

# Los tratamientos no convencionales y las terapias alternativas en la era de grandes avances terapéuticos en reumatología

Guillermo Hernández Ríos, Sergio Durán Barragán y César Ramos-Remus

Departamento de Reumatología. UMAE Hospital de Especialidades. Centro Médico Nacional de Occidente. IMSS. Guadalajara. Jalisco. México.

Pueden llamarse tratamientos no convencionales, o terapias alternativas, o medicina alternativa y complementaria, o remedios folclóricos, etc., pero el caso es que cualquiera que fuere el término que se desee emplear, y a pesar de los rápidos avances científicos de la medicina moderna, estas modalidades y remedios son una realidad en la búsqueda de la salud de la población general.

En este número de la revista, Álvarez-Hernández y el Grupo de Reumatología del Hospital General de México publican los resultados de su estudio transversal acerca de la prevalencia de punto de usuarios de terapias alternativas y/o tratamientos no convencionales en sus casos incidentes; 7 de cada 10 los utilizaron y en algunos casos hasta 14 remedios por paciente. Estas cifras son muy similares a lo comunicado en países como Canadá, Estados Unidos, Reino Unido, Australia, Francia, Alemania, Israel y en otras ciudades de México<sup>1</sup>. Los productos y los proveedores de estas terapias pueden variar, y se han descrito más de 130 modalidades y más de 500 remedios para tratar enfermedades reumáticas; éstos van desde cremas para untarse, aceite de motor y marihuana con alcohol, hasta la ingesta de orina y los implantes de “hipófisis de cerdo que no ha nacido”<sup>2</sup>. Hay una fuerte evidencia de que el uso de tratamientos no convencionales es un fenómeno mundial y que no se restringe a algún grupo étnico, nivel social, situación económica o enfermedad particular, incluyendo las reumáticas. Sin embargo, la investigación seria acerca de sus patrones de uso es escasa. Se ha informado de que en general los usuarios vienen de todas las clases sociales, un poco más en las clases medias y altas y con mayor nivel de educación formal. También hay una tendencia de mayor uso entre mujeres de 25 a 50 años de edad. En el caso particular de los pacientes reumáticos no ha sido consistente la asociación con nivel de educación o ingreso económico. Al igual que la población ge-

neral, los pacientes reumáticos utilizan de forma simultánea medicina convencional y remedios, aunque hay períodos en donde utilizan exclusivamente tratamientos no convencionales. Sin embargo, lo que sí es consistente a través de los diferentes estudios realizados en diferentes países es que:

- La mayoría de los pacientes no informan a su médico reumatólogo de que están utilizando tratamientos no convencionales o que han acudido con algún prestador de estos servicios<sup>3-5</sup>.
- La mayoría de los pacientes utilizan tratamientos no convencionales sin ninguna supervisión médica<sup>3</sup>.
- La mayoría de los proveedores de terapias alternativas en diversos países, incluyendo Gran Bretaña, Estados Unidos y México, no tienen entrenamiento médico alguno<sup>6</sup>.

Hay muy pocas publicaciones acerca de las motivaciones de los pacientes para buscar tratamientos no convencionales o para acudir a prestadores de terapias no convencionales. En algunas se opina que es el desencanto de los pacientes con la medicina moderna, pero no muestran ningún fundamento a su dicho. Puede ser más plausible que las motivaciones tengan 3 orígenes más simples:

- El primero está en relación con la congruencia cultural<sup>7</sup>. Mientras que en la medicina tradicional se desconoce la etiología de la mayoría de las enfermedades reumáticas inflamatorias, y los medicamentos que se utilizan hoy se descubrieron, cuando más, hace apenas unas décadas, el pensamiento mágico de donde se derivan la mayoría de los remedios y terapias no convencionales asigna desde hace miles de años una etiología para “la artritis”, y sus tratamientos tienen la misma antigüedad<sup>7,8</sup>. Por ejemplo, la primera descripción de las pulseras de cobre para “la artritis” aparece en el papiro de Ebers en el año 1550 a. C.; estas pulseras aún se venden en forma periódica en algunos mercados de México y Europa.
- El segundo está en relación con la publicidad. Mientras que los tratamientos no convencionales y los prestadores de servicios utilizan los medios de comunicación masiva para publicitarse, los médicos reuma-

Correspondencia: Dr. C. Ramos-Remus.  
Jefe Departamento de Reumatología.  
UMAE Hospital de Especialidades.  
Colomos, 2292, Providencia.  
Guadalajara, Jalisco 44620 México.  
Correo electrónico: rramos@cenar.udg.mx

Manuscrito recibido el 18-5-2006 y aceptado el 18-5-2006.

tólogos permanecen desconocidos para la población general<sup>9</sup>. En un estudio reciente de grupos focales de sujetos sanos con alta escolaridad en una ciudad de México, se encontró que los entrevistados no sabían qué eran los reumatólogos y no pudieron identificar más de 2 enfermedades reumáticas. Sin embargo, sí conocían la existencia de alfabióticos, pulseras de cobre, hierbas y tés para el tratamiento de “las reumas” y “la artritis”<sup>9</sup>.

– El tercer origen sobre las motivaciones para el uso de estos remedios está en relación con el factor “negocio”. Extrapolando los datos de la bibliografía se puede calcular que el mercado potencial para tratamientos no convencionales en las Américas es de alrededor de 23.000 millones de dólares por año, lo que constituye un buen negocio para los fabricantes y prestadores de remedios y terapias no convencionales<sup>1</sup>.

Estos 3 factores –la congruencia cultural, la publicidad y el negocio– interactúan haciendo que la penetrancia cultural ancestral en el uso de remedios y terapias no convencionales se perpetúe en forma intencional a través de la publicidad, en vista de las ganancias cuantiosas que producen. El estudio de los motivadores y conductas de consumo de tratamientos no convencionales sería un buen tema para realizar una investigación seria.

La eficacia de las terapias alternativas, de los tratamientos no convencionales o de sus proveedores es un tema muy controvertido por 4 razones principales: la pobre calidad metodológica de la mayoría de los ensayos clínicos publicados; la ausencia de necesidad jurídica en muchos países de mostrar hechos antes de poder clamar sus bondades y poder venderlos; la adición fraudulenta de fármacos de prescripción y el efecto placebo.

Sin embargo, si se tiene en cuenta que una gran proporción de pacientes reumáticos los utiliza y no informa a su médico reumatólogo, sería también lógico abordar el tema de la eficacia desde el punto de vista del paciente. El paciente no es ignorante con respecto a la enfermedad que presenta; de hecho, sabe más que el médico. Mientras que el paciente “sabe” que su artritis está causada por pasar de lo frío a lo caliente bruscamente<sup>7-9</sup>, el médico reumatólogo asigna una etiología desconocida o “multifactorial” para el mismo problema. El paciente evalúa el éxito de un tratamiento también desde una perspectiva diferente a la del médico. No tiene entre sus parámetros de eficacia el DAS28, el índice de Sharp, ni la prevención de discapacidad a largo plazo, por lo que su expectativa en la mayoría de los casos se restringe a que disminuyan sus molestias a corto plazo. Dicho de otra forma, el paciente percibe que su problema principal es el dolor y no tiene claro el concepto de daño; por lo tanto, su motivo de consulta es el dolor. Es aquí donde interviene el concepto de placebo. Se recomienda al lector 2 excelentes estudios como ejemplos del efecto placebo<sup>10,11</sup>. Si a esto se añaden

de que muchas enfermedades reumáticas tienen un curso clínico fluctuante y que algunas tienen remisión espontánea, entonces hay un campo fértil para proclamar que un remedio o terapia alterna sea “eficaz”. Desafortunadamente, en una era de grandes avances científicos y de medicina basada en evidencia, la tradición, la cultura, los medios de comunicación y los promotores de terapias alternativas emplean las mismas medidas de eficacia que busca la población general para pregonar la bondad de los remedios y terapias no convencionales.

Por otra parte, es un hecho cada vez más documentado de que el uso de remedios y terapias alternativas pueden ser un factor de morbilidad y de mal pronóstico, aun si son de origen “natural”, principalmente por toxicidad directa, adición fraudulenta de fármacos de prescripción, contaminación (metales pesados, microorganismos, aditivos, etc.), interacciones farmacológicas con los fármacos de prescripción y por patrones conductuales de los usuarios (descontinuación de fármacos de prescripción por usar remedios, falta de supervisión médica en caso de episodios adversos y retraso en el diagnóstico y tratamiento adecuados). El lector podrá encontrar una amplia revisión acerca de la seguridad de los tratamientos no convencionales en los trabajos de Ramos-Remus et al<sup>1</sup> y Panush<sup>2</sup>.

¿Cómo abordar el tema de tratamientos no convencionales y terapias alternativas con el paciente? No hay una respuesta absoluta ni aplicable para cada caso. Pero posiblemente el punto más importante sea entender la percepción del paciente. A tal efecto, el lector puede encontrar útiles 3 conceptos que se adaptaron de un libro de posicionamiento, y que aplicados al tema de este editorial serían como sigue:

– La verdad es irrelevante. Lo que importa son las percepciones que hay en la mente del paciente. La esencia de la idea consiste en aceptar que las percepciones del paciente son reales, y luego reestructurarlas para crear la posición que el médico desea.

– La mente humana, por consiguiente la del paciente, no sólo rechaza la información que no corresponde a sus conocimientos o experiencias anteriores, sino que también muchas veces actúa sin contar con éstos.

– Si el médico quiere entrar en el mundo del paciente para ayudarlo al máximo en el menor tiempo posible, no debe ignorar la posición de su competidor (los remedios y terapias no convencionales) ni alejarse de la suya. “Juegue a lo que ve”.

Si se tiene en cuenta lo anterior, el mejor abordaje sería escuchar al paciente y brindar con la mayor claridad y empatía la información necesaria acerca de los remedios y terapias no convencionales y los beneficios y expectativas de la medicina moderna. El paciente entonces tendrá el poder y la responsabilidad de elegir.

## Bibliografía

1. Ramos-Remus C, Gutiérrez-Ureña S, Davis P. Epidemiology of complementary and alternative practices in rheumatology. *Rheum Dis Clin N Amer.* 1999;25:789-804.
2. Panush RS. Complementary and alternative therapies for rheumatic diseases I. *Rheum Dis Clin N Amer.* 1999;25:789-968.
3. Eisenberg DM, Kessler RC, Foster C, Norlock FE, Calkins DR, Delblanco TL. Unconventional medicine in the United States. *N Engl J Med.* 1993;328:246-52.
4. Ramos-Remus C, Gámez-Nava JI, González-López L, Skeith KJ, Perla-Navarro AV, Galván F, et al. Use of non-conventional therapies by patients with rheumatic diseases in Guadalajara, Mexico: prevalence, beliefs and expectations. *Arthritis Care Res.* 1998;11:411-8.
5. Ramos-Remus C, Gámez-Nava JI, González-López L, Suárez-Almazor ME. Use of alternative medicine in a consecutive sample of patients with systemic lupus erythematosus. *J Rheumatol.* 1997;24:2490-1.
6. Thomas KJ, Carr J, Westlake L, Williams BT. Use of non-orthodox and conventional healthcare in Britain. *Br Med J.* 1991;302:207-10.
7. Aceves-Ávila FJ, Medina F, Fraga A. Herbal therapies in rheumatology: the persistence of ancient medical practices. *Clin Exp Rheumatol.* 2001;19:177-83.
8. Aceves-Ávila FJ, Delgadillo-Ruano MA, Ramos-Remus C, Gómez-Vargas A, Gutiérrez-Ureña S. The first descriptions of therapeutic arthrocentesis: a historical note. *Rheumatology (Oxford).* 2003;42:180-3.
9. Ramos-Remus C, Aceves Ávila FJ. Enfermedades reumáticas: ¿un mismo problema para el paciente y el reumatólogo? *Rev Mex Reumatol.* 2003;18:S14.
10. Clegg DO, Reda DJ, Harris CL, Klein MA, O'Dell JR, Hooper MM, et al. Glucosamine, chondroitin sulfate, and the two in combination for painful knee osteoarthritis. *N Engl J Med.* 2006;354:795-808.
11. Moseley JB, O'Malley K, Petersen NJ, et al. A controlled trial of arthroscopic surgery for osteoarthritis of the knee. *N Engl J Med.* 2002;347:81-8.