

Frecuencia de uso de medicinas complementarias y alternativas en sujetos que acuden por primera vez al servicio de reumatología. Análisis de 800 casos

Everardo Álvarez-Hernández^a, Julio César Casasola-Vargas^a, Leticia Lino-Pérez^a, Rubén Burgos-Vargas^b y Janitzia Vázquez-Mellado^a

^aServicio de Reumatología. Hospital General de México. México DF. México.

^bCurso Universitario de Especialización en Reumatología. Hospital General de México. División de Estudios de Posgrado e Investigación. Facultad de Medicina. UNAM. México DF. México.

Objetivos: Determinar la frecuencia del uso de terapias complementarias y alternativas (TCA) en pacientes que acuden por primera vez a un servicio de reumatología.

Sujetos y métodos: Se incluyeron consecutivamente a pacientes que acudieron por primera vez a una consulta de reumatología. Todos los pacientes llenaron un cuestionario autoadministrado en el cual se recababan datos demográficos y el diagnóstico previo, además marcaron en una lista de 22 diferentes TCA las que habían utilizado.

Resultados: Se estudiaron 800 pacientes. El 80% eran mujeres, con edad de $44,78 \pm 14,9$ años y escolaridad de $7,12 \pm 3,97$ años. Los principales diagnósticos fueron osteoartritis (29,4%), artritis reumatoide (22,3%) y fibromialgia (6,5%). El 71,1% utilizaron TCA, con una mediana de 2 (0-14) tipos diferentes. Las más comunes fueron complementos vitamínicos (38%), árnica (18%), sábila (15%) y homeopatía (15%). No se encontraron diferencias significativas en relación con el sexo, la edad, la escolaridad ni el diagnóstico. El uso de TCA fue más frecuente en pacientes con mayor tiempo de evolución de la enfermedad.

Conclusiones. La prevalencia de uso de TCA es alta en pacientes con manifestaciones reumatológicas.

Palabras clave: Tratamientos complementarios. Tratamientos alternativos. Medicina alternativa.

Complementary and alternative medicine in patients attending a rheumatology department for the first time. Analysis of 800 patients

Objectives: To determine the frequency of the use of complementary and alternative medicine (CAM) in patients attending a rheumatology department in a general hospital for the first time.

Subjects and methods: We included consecutive patients attending our rheumatology department for the first time. All the patients completed a self-administered questionnaire containing items on demographic data, and prior diagnosis. The patients were also given a list of 22 different CAM and marked those they had previously used.

Results: Eight hundred patients were studied. Eighty percent were women. The mean age was 44.8 ± 14.9 years and the mean number of years of education was 7 ± 4 . The main diagnoses were osteoarthritis (29.4%), rheumatoid arthritis (22.3%), and fibromyalgia (6.5%). Seventy-one percent had previously used CAM, with a median of two (0-14) different types. The most common were vitamin supplements (38%), arnica (18%), Aloe vera (15%) and homeopathy (15%). No significant differences were found in sex, age, educational level, or diagnosis. The use of CAM was more frequent in patients with longer disease duration.

Conclusions: The frequency of use of CAM is high in patient with rheumatologic manifestations.

Key words: Complementary therapies. Alternative therapies. Alternative medicine.

Correspondencia: Dr. E. Álvarez-Hernández.
Servicio de Reumatología. Hospital General de México.
Dr. Balmis, 148. Colonia Doctores.
Delegación Cuauhtemoc. 06726 México DF. México.
Correo electrónico: everalvh@yahoo.com.mx

Manuscrito recibido el 4-11-2005 y aceptado el 24-3-2006.

Introducción

La mayoría de las enfermedades reumáticas son crónicas y frecuentemente provocan discapacidad e impor-

tantes alteraciones en la calidad de vida de los pacientes que las presentan. En muchos casos, el tratamiento convencional no proporciona una eficacia satisfactoria, tiene efectos adversos importantes y no siempre alivia las molestias de este tipo de pacientes, los cuales buscan otras alternativas de tratamiento basándose en ciertos valores y creencias propias para tener control sobre la enfermedad y/o aumentar la potencia vital, o simplemente tener un mayor alivio, sobre todo cuando hay dolor. El aumento en la frecuencia del uso de terapias alternativas o complementarias (TCA) refleja las limitaciones de la medicina actual¹. Las TCA se definen como tratamientos cuestionables, no probados, dudosos, no ortodoxos o no convencionales, que no forman parte del arsenal médico y cuya eficacia y seguridad no se han probado siguiendo el método científico universalmente aceptado². Hasta la fecha se han descrito más de 130 modalidades de tratamiento no convencionales y más de 500 remedios para el tratamiento de diversas enfermedades³. Muchas de las TCA no siempre tienen una explicación racional, y aunque los pacientes suelen conceptualizarlas como terapias “naturales” y seguras, muchas de ellas son de uso dudoso y poco recomendable, con riesgo de efectos adversos. El uso de TCA en pacientes con enfermedades reumáticas es muy frecuente y universal. La frecuencia de uso en la población general es del 6 al 73% y aumenta en pacientes con enfermedades crónicas. La frecuencia reportada de uso de TCA en pacientes con enfermedades reumáticas es variable debido a diversos diseños de estudio y a la definición de TCA usadas^{3,4}. El gasto en TCA por los pacientes es elevado (13,7 billones de dólares en Estados Unidos en 1990 y 70.137.62 pesos o 48 días de salario mínimo por paciente en México)^{5,6}. En algunos estudios, la frecuencia es mayor en personas con nivel socioeconómico alto y con mayor escolaridad, así como en las que tienen mayor tiempo de evolución de la enfermedad⁷. Los factores identificados en el uso de TCA tienen que ver con características propias del paciente (negación de la enfermedad, factores socioculturales, familiares y psicológicos), de la enfermedad (etiología desconocida, presencia de dolor), de los médicos (negación y desinformación acerca del uso de TCA, mala relación con el paciente) y de los recursos disponibles (medicamentos con efectos colaterales, efecto de acción lento y de uso crónico)³. El objetivo del presente estudio fue determinar la frecuencia del uso de TCA en pacientes que acuden por primera vez a la consulta externa de reumatología.

Sujetos y métodos

Se realizó un estudio de tipo transversal en el que se invitó a participar a 1.000 pacientes consecutivos de la

consulta externa del Servicio de Reumatología del Hospital General de México, visitados en un período de 6 meses. A todos ellos se les realizó un cuestionario relacionado con el uso de TCA antes de su primera visita al servicio. El cuestionario se aplicó mientras el paciente se encontraba en la sala de espera. En el cuestionario se relacionaban 22 diferentes TCA y el paciente seleccionó los que había utilizado, y se dejó una pregunta abierta para que el paciente mencionara si usó algún otro tipo de TCA no relacionado previamente. El reumatólogo que atendió al paciente en su primera consulta anotó el diagnóstico aparente, el tiempo de evolución de la enfermedad y variables demográficas como sexo, edad, escolaridad y procedencia (medio urbano o rural) (anexo 1).

Análisis de datos

Se utilizaron medias y desviación estándar en variables con distribución normal, y medianas e intervalos en variables con distribución no paramétrica. Para las comparaciones se utilizó la *t* de Student y la χ^2 . Se usó análisis multivariado con regresión logística para identificar variables asociadas al uso de TCA.

Resultados

Sólo 800 pacientes entregaron el cuestionario relleno correctamente. Los 200 restantes no se consideraron para el análisis por falta de datos. Se estudiaron 800 pacientes, de los cuales 642 eran mujeres (80%), con una edad media de $44,78 \pm 14,9$ años, con escolaridad de $7,12 \pm 3,97$ años. El 82% vivía en medio urbano y el 18% en medio rural (tabla 1). Los principales diagnósticos fueron osteoartritis (OA) en el 29,4%, artritis reumatoide (AR) en el 22,3% y fibromialgia (FM) en el 6,5%. En el 4,1% no se estableció el diagnóstico y el 4,4% de los pacientes se mostraron sin enfermedad reumatológica (tabla 2). El tiempo de evolución de la enfermedad tuvo una mediana de 27 meses (0,3-360 meses). El 71,1% (569) TCA, con una mediana de 2 (0-14) tipos diferentes. Los más comunes fueron complementos vitamínicos (38%), árnica (18%), homeopatía (15%) y sábila (15%) (tabla 3). En el análisis global, no se encontraron diferencias significativas con relación al sexo, la edad, la escolaridad y el diagnóstico. En cuanto al tiempo de evolución, se encontró que el uso de TCA fue mayor entre los que tenían más de 5 años (60 meses) de evolución comparados con los que tenían menos de 5 años de evolución (el 68,4 frente al 31,6%; $p = 0,014$). En el análisis multivariado no se encontró ninguna asociación significativa (tabla 4). Al realizar un subanálisis que evaluara cada una de las terapias alternativas de forma individual, se encontró que los pacientes de sexo masculino utilizaron con mayor frecuencia el

TABLA 1. Variables demográficas

Sexo femenino, n (%)	642 (80,3)
Edad, media ± DE (intervalo)	44,78 ± 14,9 (12-86) años
Escolaridad, media ± DE (intervalo)	7,12 ± 3,97 (0-20) años
Tiempo de evolución de la enfermedad, media ± DE (intervalo)	56,08 ± 42,58 (0,25-360) meses
Procedencia urbana, n (%)	653 (82)
Uso de TCA, n (%)	569 (71,1)
Número de TCA utilizadas, mediana (intervalo)	2 (0-14)

DE: desviación estándar; TCA: terapias complementarias y alternativas.

TABLA 2. Diagnósticos de los pacientes y frecuencia de uso de terapias complementarias y alternativas (TCA)

Diagnóstico	Número	%	Uso de TCA (%)
Osteoartritis	235	29,4	69
Artritis reumatoide	178	22,3	77
Fibromialgia	52	6,5	58
Gota/hiperuricemia asintomática	38	4,8	71
Reumatismos extraarticulares	36	4,5	67
Lupus eritematoso sistémico	33	4,1	58
Poliartritis	30	3,8	73
Espondiloartropatías	25	3,1	88
Mono/oligoartritis	15	1,9	68
Síndrome de Sjögren	13	1,6	69
Artritis reumatoide juvenil	11	1,4	82
Síndrome de anticuerpos antifosfolípidos	8	1,0	87
Esclerodermia/miopatías inflamatorias	12	1,5	67
Vasculitis	5	0,6	80
Sin diagnóstico	33	4,1	82
Sin patología reumatológica	35	4,4	69
Otras	41	5,1	63

ginseng (el 7 frente al 2%; $p = 0,001$), la víbora de cascabel (el 8,9 frente al 3%; $p = 0,001$), brujos (el 12,7 frente al 5,3%; $p = 0,001$), vacunas como inmunomoduladores (el 19 frente al 12,6%; $p = 0,04$) y la atención por un quiropráctico (el 12 frente al 6,9%; $p = 0,03$), en el resto de las TCA no se encontraron diferencias significativas en relación al sexo. Los pacientes con una escolaridad mayor de 9 años utilizaron con mayor frecuencia la homeopatía (el 19,1 frente al 13,2%; $p = 0,048$), la acupuntura (el 17,4 frente al 11,6%; $p = 0,04$)

TABLA 3. Tipos de terapias alternativas y frecuencia de uso

Terapia alternativa	Número	%
Complementos vitamínicos	304	38
Árnica (<i>Arnica montana</i>)	145	18
Sábila (<i>Aloe vera</i>)	118	15
Homeopatía	116	15
Vacunas autólogas	111	14
Masoterapia (sobador o masajista)	105	13
Acupuntura	103	13
Tes herbales	92	12
Baños termales (temazcal)	80	10
Cartílago de tiburón	78	10
Marihuana tópica (<i>Cannabis sativa</i>)	65	8
Quiropráctico	63	8
Brujos (curanderos)	54	7
Piquetes de abeja	53	7
Pulseras de cobre	52	7
Gelatin ^{MR} (suplemento alimenticio con 18 aminoácidos esenciales)	48	6
Jugo noni (<i>Morinda citrifolia</i>)	34	4
Víbora de cascabel (<i>Crotalus basiliscus</i>)	33	4
Ginseng (<i>Panax quinquefolium</i>)	24	3
Orinoterapia	18	2
Terapia alfabiótica	14	2
Reiki	11	1

y el ginseng (el 6,7 frente al 1,9%; $p = 0,001$). Mientras que entre los pacientes con una escolaridad ≤ 9 años se encontraron diferencias significativas en el uso de piquetes de abejas (el 7,6 frente al 3,4%; $p = 0,048$), de brujos (el 7,7 frente al 3,4%; $p = 0,042$) y de Gelatin^{MR} (el 6,9 frente al 2,8%; $p = 0,042$). En cuanto al uso de las di-

TABLA 4. Variables asociadas al uso de terapias complementarias y alternativas (TCA)

Variable	Análisis bivariado	Análisis multivariado ^a	RM (IC del 95%)
Edad (> 50 años)	0,173 ^b	1,0	0,8 (0,6-1,1)
Sexo (femenino)	0,608 ^c	1,0	1,1 (0,8-1,6)
Escolaridad (≤ 9 años)	0,114 ^b	1,0	0,9 (0,6-1,2)
Procedencia (urbana)	0,089 ^c	1,0	0,7 (0,5-1,1)
Tiempo de evolución (≥ 5 años)	0,014 ^b	1,0	1,1 (1,0-1,2)
Diagnóstico (EIS ^d)	0,281 ^c	1,0	1,4 (0,9-1,9)

IC: intervalo de confianza; RM: razón de momios calculados con cuadros de 2 x 2 en relación con el valor que se encuentra entre paréntesis en cada variable.

^aRegresión logística.

^bt de Student.

^cχ² o U de Mann Whitney.

^dEnfermedades inflamatorias sistémicas.

ferentes TCA en relación con el diagnóstico, se encontró que el uso de orinoterapia (el 3,8 frente al 0,3%; p = 0,008) y la marihuana tópica (el 10,9 frente al 5,3%; p = 0,025) fueron más frecuentes en pacientes con enfermedades inflamatorias sistémicas (AR, espondilitis anquilosante [EA], gota, lupus eritematoso sistémico [LES], etc.) en comparación con otras enfermedades (OA, reumatismos extraarticulares [REA], FM), sin otras diferencias significativas. En cuanto a la edad, se encontró que los mayores de 50 años utilizaron con mayor frecuencia acupuntura (el 20,5 frente al 8%; p = 0,00), cartílago de tiburón (el 13,7 frente al 8%; p = 0,045), pulseras de cobre (el 11,6 frente al 3,8%; p = 0,000), piquetes de abejas (el 11,2 frente al 3,0%; p = 0,001), árnica (el 24,1 frente al 14%; p = 0,009), sábila (el 19,3 frente al 11,9%; p = 0,046) y víbora de cascabel (el 5,2 frente al 1,4%; p = 0,013) sin otras diferencias significativas.

Discusión

El uso de TCA es cada vez más frecuente y generalizado en todo el mundo, y la prevalencia es mayor entre pacientes con enfermedades crónicas, como son las reumatológicas^{8,9}. Se estima que la relación aproximada entre el gasto en TCA y terapias convencionales es de aproximadamente 1:1. En Estados Unidos la frecuencia reportada del uso de TCA en pacientes con manifestaciones reumatológicas es del 84%¹⁰. En la encuesta nacional realizada en 1990 en la población general, se informó una prevalencia de uso de TCA del 34%¹¹. Esta encuesta se volvió a realizar en 1997 y demostró un incremento en el uso de TCA al 42,1%¹². En Canadá, la frecuencia comunicada del uso de TCA en pacientes reumatológicos es del 60 al 66%^{13,14}. En Australia, en 1993, se comunicó una prevalencia de 48,5% en el uso de TCA (excluyendo suplementos de calcio, hierro y vitaminas)¹⁵. En Europa, el uso de TCA comunicado en la población general es del 20 al 50%, y aumenta a

más del 70% entre pacientes con enfermedades reumáticas^{3,16}. En España se conoce que el 54% de pacientes con enfermedades reumáticas utilizan TCA¹⁷. En México, la frecuencia comunicada de uso de TCA en pacientes con enfermedades reumáticas es del 60 al 85,6%^{4,6,7}. Cabe destacar que el uso personal de TCA entre los mismos médicos es similar al de la población general¹⁸. El uso de TCA también es frecuente entre pacientes con enfermedades crónicas como cáncer (10-50%)², pacientes transplantados (88%), diabéticos (90%) y con virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)/sida (80%)⁸. En nuestro estudio, sólo se incluyeron pacientes de primera vez y la frecuencia de uso de TCA se encuentra dentro del rango de lo informado previamente. La mayor parte de los pacientes que acuden a nuestro servicio son mujeres y personas que habitan en medio urbano, con un espectro amplio de edad, nivel educativo y tiempo de evolución de la enfermedad. A diferencia de otros estudios previos realizados en nuestro país, no se analizó el coste generado por las TCA ni el apego al tratamiento formal, debido a que el cuestionario se realizó en pacientes de primera vez y no en subsiguientes (tabla 5). En varios estudios se ha reportado un aumento en la frecuencia de uso de TCA entre pacientes con mayor nivel educativo y socioeconómico, y entre pacientes con mayor discapacidad y mayor tiempo de evolución de la enfermedad. De forma inconsistente, también se ha mostrado mayor frecuencia de uso entre mujeres y pacientes más jóvenes. Sólo en un estudio realizado en México se comunicó mayor frecuencia de uso entre pacientes con menor nivel educativo⁴. Del 47 al 61% han iniciado el uso de TCA antes de su primera valoración por el reumatólogo y menos del 30% comunicaron el uso de dichas terapias al médico. La frecuencia reportada de la suspensión del tratamiento convencional para utilizar TCA oscila del 14 al 40%, y en un estudio hecho por Ramus Remus et al en el 57% de los casos el "terapeuta" recomendó la suspensión del tratamiento formal^{4,6,7,10-19}. A pesar de contar

TABLA 5. Reportes mexicanos del uso de terapias complementarias y alternativas (TCA) en pacientes reumatológicos

Referencia	Año	N	% mujeres	Escolaridad, media (DE)	Edad (DE)	% uso TCA	No TCA	Observaciones
Gámez-Nava et al ⁶	1994	275	84	8,4 (4,7)	40,7(14)	85,6	23	Subsecuentes, análisis de costes, satisfacción y apego a tratamiento formal
Ramos-Niembro y Lom-Orta ⁷	1996	80	73	6,5 (NR)	48,2 (NR)	73,75	35	De primera vez
Arteaga et al ¹⁹	1997	160	83	NR	NR	60	11	Subsecuentes, análisis de costes, conceptos, calidad de vida y tratamiento
Ramos-Remus et al ⁴	1998	300	80	8 (5)	41 (14)	83	28	Subsecuentes, análisis de creencias, expectativas, percepciones, costes, apego a tratamiento formal
Álvarez-Hernández	2006	800	80	7,12 (3,97)	44,8 (15)	71,1	22	De primera vez, procedencia, uso de glucocorticoides y preferencias específicas

DE: desviación estándar; NR: no reportado.

con un tamaño de muestra suficiente, en este estudio no se encontraron diferencias significativas en relación con la edad, sexo o nivel educativo como se ha comunicado en otros estudios. Sólo se encontró una relación estadísticamente significativa entre el tiempo de evolución de la enfermedad y el uso de TCA, lo cual es lógico pues cuanto más tiempo dura la enfermedad el paciente busca nuevas alternativas para aliviar las molestias, y experimenta entre las opciones disponibles en su medio. Al realizar un análisis por separado de cada una de las TCA incluidas en este estudio, se encontraron diferencias que pueden representar preferencias específicas grupales pues se observó que ciertas TCA tuvieron una mayor frecuencia de uso dependiendo de la edad, el sexo, la escolaridad y el diagnóstico, y estas preferencias muy probablemente están influenciadas por la idiosincrasia del paciente, el núcleo familiar, étnico y social e incluso la publicidad generada por ciertos productos. Este tipo de preferencias específicas ha sido poco explorada en estudios previos. El conocer las preferencias de los pacientes le brinda al clínico la oportunidad de brindar una mejor orientación. En nuestro estudio se eligieron 22 de las más frecuentes TCA utilizadas en nuestra población. En algunos estudios se han excluido el uso de complementos vitamínicos y suplementos de calcio. En nuestro caso, se incluyeron siempre y cuando fueran por automedicación y utilizados con el fin de mejorar las molestias osteoarticulares y no como un apoyo dietético, siendo el tipo de TCA más utilizado en este grupo de pacientes. No es fácil definir las razones por las cuales los pacientes utilizan TCA, ya que los factores involucrados son complejos y no bien entendidos. Dentro de estos factores se encuentran: *a)* el hecho de que en la población general aún es común la concepción mágico-animista del origen de las enfermedades y debido a que la medicina convencional no contempla la etiología sobrenatural, el paciente busca el uso de TCA para equilibrar o purificar su cuerpo y

recuperar la salud perdida por un encantamiento o “mal de ojo”^{20,21}; *b)* algunos pacientes consideran que el tratamiento convencional debilita su cuerpo e impide su capacidad de autocuración, mientras que las TCA corrigen y dan apoyo a todo su organismo²; *c)* los pacientes con enfermedades crónicas frecuentemente tienen interés en participar directamente en su tratamiento, solicitando consejo acerca de la dieta que deben seguir o las actividades que deben realizar y son atraídos por TCA que se basan no sólo en una maniobra, sino en un modelo que busca explicar toda la complejidad de la salud y enfermedad, y que propone cambios en el estilo de vida (acupuntura, naturismo)²¹, y *d)* la fragmentación y tecnificación de la medicina actual que despersonaliza la relación médico-paciente y debido a la naturaleza de las enfermedades crónicas, el paciente no encuentra la satisfacción deseada y tienden a buscar la esperanza ofrecida por las TCA. A pesar de que la mayoría de los pacientes considera a las TCA como inocuas, hay múltiples reportes de episodios adversos por el uso de estas terapias, ya sea por impericia de quien las aplica, por contaminación de los productos o como resultado de efectos farmacológicos o interacciones desconocidas²²⁻²⁸.

Conclusión

La frecuencia de uso de TCA es alta en pacientes con manifestaciones reumatológicas independientemente del sexo, la edad o la escolaridad, y sólo se encuentran diferencias en preferencias específicas sin afectar la prevalencia de uso general.

Bibliografía

1. Panush RS. Complementary and alternative therapies for rheumatic diseases I. Preface. *Rheum Dis Clin North Am.* 1999;25:13-8.
2. McGinnis LMS. Alternative therapies, 1990. *Cancer.* 1991;67:1788-92.

3. Ramos-Remus C, Gutiérrez-Ureña S, Davis P. Epidemiology of complementary and alternative practices in rheumatology. *Rheum Dis Clin North Am.* 1999;25:789-804.
4. Ramos-Remus C, Gámez-Nava I, González-López L, Skeith KJ, Perla-Navarro AV, Galván-Villegas F, et al. Use of alternative therapies by patients with rheumatic disease in Guadalajara, Mexico: Prevalence, beliefs, and expectations. *Arthritis Car Res.* 1998;11:411-8.
5. Eisenberg DM, Davis RB, Ettner SL, Appel S, Wilkey S, Van Rompay M, et al. Trends in alternative medicine use in the United States, 1990-1997. Results of a follow-up National Survey. *JAMA.* 1998;280:1569-75.
6. Gámez-Nava JI, González-López L, Farrera-Gamboa H, Galván-Villegas F, Hernández de la Torre C, Orozco AJ, et al. Impacto del uso de remedios no convencionales en una población de enfermos reumáticos. *Rev Mex Reumatol.* 1994;9:117-22.
7. Ramos-Niembro F, Lom-Orta H. Frecuencia del empleo de recursos no comprobados en el manejo de enfermedades reumáticas. *Rev Mex Reumatol.* 1996;11:14-9.
8. Wootton JC, Sparber A. Survey of complementary and alternative medicine. Part IV. Use of alternative and complementary therapies for rheumatologic and other diseases. *J Altern Complement Med.* 2001;7:715-21.
9. Ernst E. Complementary medicine. *Curr Opin Rheumatol.* 2003;15:151-55.
10. Cronan TA, Kaplan RM, Posner L, Blumberg E, Kozin F. Prevalence of the use of unconventional remedies for arthritis in a metropolitan community. *Arthritis Rheum.* 1989;32:1604-7.
11. Eisenberg DM, Kessler RC, Foster C, Norlock FE, Calkins DR, Delbanco TD. Unconventional medicine in the United States. Prevalence costs, and patterns of use. *N Engl J Med.* 1993;328:246-52.
12. Tindle HA, Davis RB, Phillips RS, Eisenberg DM. Trends in use of complementary and alternative medicine by US adults: 1997-2002. *Altern Ther Health Med.* 2005;11:42-9.
13. Boisset M, Fitzcharles MA. Alternative medicine use by rheumatology patients in a universal health care setting. *J Rheumatol.* 1994;21:148-52.
14. Ramos-Remus C, Watters CA, Dyke L, Suárez-Almazor ME, Russell AS. Assessment of health locus of control in the use of nonconventional remedies by patients with rheumatic diseases. *J Rheumatol.* 1999;26:2468-74.
15. MacLennan AH, Wilson DH, Taylor AW. Prevalence and cost of alternative medicine in Australia. *Lancet.* 1996;347:569-73.
16. Fisher P, Ward A. Complementary medicine in Europe. *BMJ.* 1994;309:107-11.
17. Alegre de Miguel C. Terapias alternativas en reumatología. Usos y abusos. *Rev Esp Reumatol.* 2002;29:1-3.
18. Burg MA, Kosh SG, Neims AH, Palo SE. Personal use of alternative medicine therapies by Health Science Center Faculty [letter]. *JAMA.* 1998;280:1563.
19. Arteaga B, Martínez-Cázares GL, Magaña-Aquino M, González-Amaro R, Abud-Mendoza C. Conceptos, calidad de vida, terapias alternativas y costo de la enfermedad en padecimientos reumatológicos crónicos. *Rev Mex Reumatol.* 1997;12:147-51.
20. Trotter RT II. Curanderismo: a picture of Mexican-American folk healing. *J Altern Complement Med.* 2001;7:129-31.
21. Borrelli CF. Medicinas complementarias y alternativas: algunas reflexiones desde la bioética. *Aten Primaria.* 2005;35:311-3.
22. Kraus A, Guerra-Bautista G, Alarcón-Segovia D. Salmonella Arizona arthritis and septicemia associated with Rattlesnake ingestion by patients with connective tissue diseases. A dangerous complication of folk medicine. *J Rheumatol.* 1991;18:1328-31.
23. Slifman N, Obermeyer WR, Aloï BK, Musser SM, Correll WA, Cichowicz SM, et al. Contamination of botanical dietary supplements by digitallis lanata. *N Engl J Med.* 1998;339:806-11.
24. Goldman JA. Chinese herbal medicine: camouflaged prescription anti-inflammatory drugs, corticosteroids, and lead [letter]. *Arthritis Rheum.* 1991;34:1207.
25. MacGregor FB, Abernethy VE, Dahabra S, Cobden I, Hayes PC. Hepatotoxicity of herbal remedies. *BMJ.* 1989;299:1156-7.
26. Huff L. Chiropractic manipulation and incidence of complications. *Am Fam Physician.* 1996;54:1467-70.
27. Senstad O, Leboeuf-Yde C, Borchgrevink CF. Side-effects of chiropractic spinal manipulation: types frequency, discomfort and course. *Scand J Prim Health Care.* 1996;14:50-3.
28. Saifeldien K, Evans M. Acupuncture associated pneumothorax. *Emerg Med J.* 2004;21:398.

Anexo 1. Cuestionario sobre uso de terapias alternativas y glucocorticoides en pacientes que acuden por primera vez al servicio de reumatología

Para ser rellenado por el paciente

a) Si alguna vez ha tomado o recibido alguno(s) de los siguientes medicamentos, subrayelo(s):

Adrecort	Delta-diona	Indodex	Rumoquin NF
Alín o Alín Depot	Depomedrol	Kenacort	Rumosil NF
Artridol	Dexabión	Ledercort	Solumedrol
Artrilán	Dexa-grín	Lergosin	Taproxed
Bexime	Dexal	Meprosona F	Taxyl
Brulin	Dexametasan	Metax	Tedax
Metilprednisolona	Dexatam	Meticorten	Triamsicort
Calcort	Dexazolidin	Mexona	Vengesic
Celestamine F	Dexicar	Migradexan	Yalotal
Celestone	Deximet	Neuralin	Zolidime
Cordex	Dexona	Norapred	Prednisona
Cordex FM	Dextone	Novacort	Dexametasona
Cortacil	Dibasona	Ofisolona	Tiamidexal
Cortidex	Defensibal	Oxibit	Cronolevel
Cryometasona	Dilar	Prednidib	Fisopred
Cryosolona	Dilarmine	Promifen	Celestamine NS
Dartrizon	Diprosan	Realin	Claricort
Decadron	Flebocortid	Betametasona	Hidrocortisona
Decadronal	Galdecxan	Reusan	Metodexa
Decorex	Indarzona	Rumoquin	Nositrol
Predicar	Prednilem		

b) ¿Quién le indicó o recomendó el o los medicamentos?:

1. Médico general
2. Médico especialista (reumatólogo, ortopedista, internista, etc.)
3. Empleado de farmacia
4. Familiar o amigo

c) Si alguna vez ha usado o recibido alguno(s) de los siguientes tratamientos para el tratamiento de la enfermedad reumática, subrayelo(s):

Homeopatía	Piquetes de abeja
Acupuntura	Árnica
Masoterapia (sobador)	Vitaminas
Tratamiento quiropráctico	Marihuana untada
Reiki y/o reflexología	Sábila
Té	Víbora de cascabel
Jugo noni	Brujos (limpias)
Inyecciones de orina	Ginseng
Cartílago de tiburón	Terapia alfabiótica
Pulseras de cobre	Vacunas
Baños termales	Gelatin

d) Si ha usado algún otro, menciónelo: _____

Para ser rellenado por el médico

Edad: _____ Sexo: _____ Escolaridad: _____

Expediente: _____ Procedencia: Rural _____ Urbano _____

Diagnóstico aparente: _____

Tiempo de evolución de la enfermedad: _____

Dosis y tiempo de los medicamentos con esteroides: _____

Efectos adversos aparentes por el uso de glucocorticoides: _____

¿Considera que el paciente necesitaba el tratamiento con glucocorticoides?:

- Sí
- No

¿Considera que el esquema utilizado fue adecuado?:

- Sí
- No