

68. TERAPIAS ALTERNATIVAS EN EL PACIENTE CON CÁNCER*

Alejandro Agostinelli, Alejandro Turek

Los pacientes con diagnóstico de cáncer pueden curarse, aproximadamente, en el 50%. El porcentaje de enfermos oncológicos es también muy elevado, pero si recibe en tiempo y forma la terapia adecuada, puede alcanzar un control prolongado con buena calidad de vida. Por otra parte, la experiencia enseña que muchos enfermos de cáncer, con o sin tratamiento médico, tienden a adoptar terapias no convencionales (Figura 1).

Se llaman medicinas complementarias y alternativas (MCA) al conjunto de sistemas, tanto médicos como de cuidados de salud, prácticas y productos que –hasta el momento– no son considerados parte de la medicina convencional. En este capítulo nos proponemos actualizar la información sobre un tema en el que no abunda bibliografía en español y diferenciar los tratamientos pasibles de aceptación de las terapias totalmente no efectivas. También se propone discriminar las prácticas que pueden complementar la recuperación del paciente oncológico –en especial psicológica– de las potencialmente perjudiciales; se debe tener en cuenta que las últimas son ofrecidas tanto por profesionales de la medicina como por personas inescrupulosas que afirman proponer una terapia curativa cuando, en realidad, convierten a los enfermos en víctimas de un fraude.

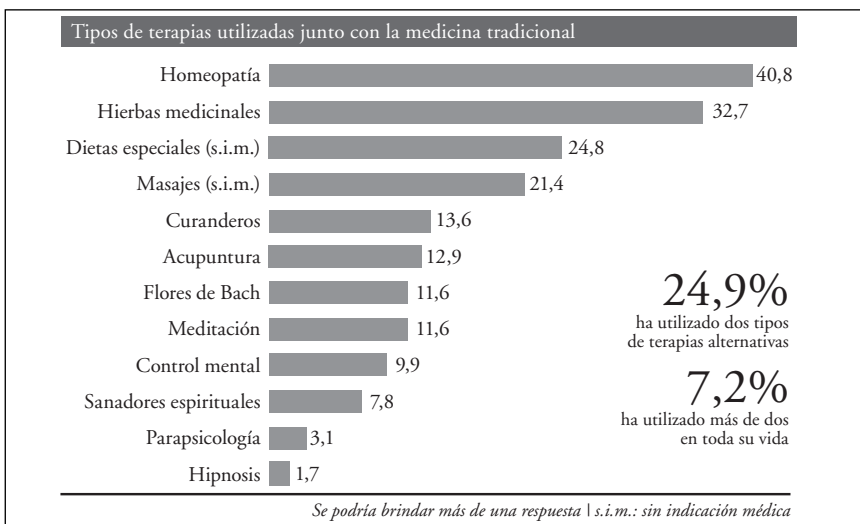
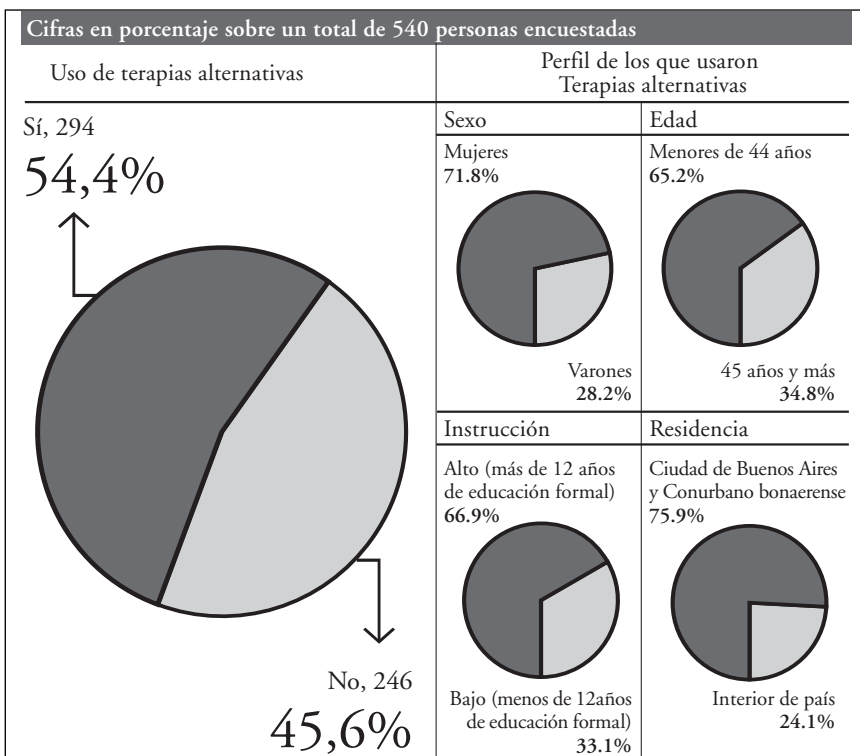
Se conoce la bibliografía de este grupo heterogéneo de prácticas pretendidamente médicas con diferentes nomenclaturas: medicinas complementarias y alternativas; terapias no probadas/no estudiadas; no convencionales; integrativas.

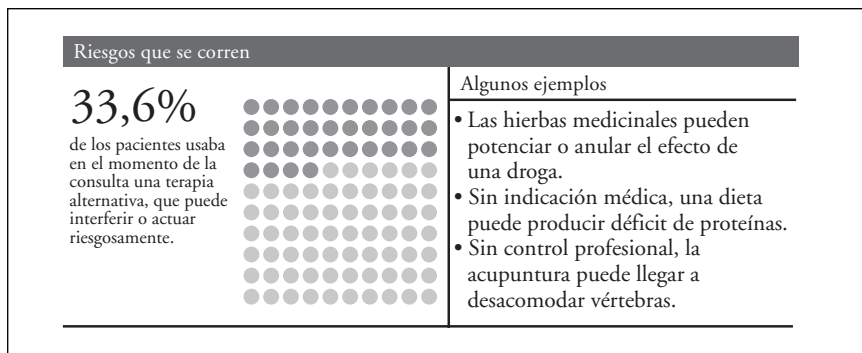
Para comenzar, se esbozarán algunas pautas básicas, tanto para el paciente oncológico, como para el médico a su cargo.

El paciente debe hablar del tema con su médico oncólogo o clínico de cabecera. Si el paciente no toma la iniciativa, el médico debe preguntarle si está recibiendo alguna MCA. Así, el profesional tendrá elementos para orientar, investigar o ayudar a decidir sobre cómo seguir conductas no nocivas e

* Los autores agradecen la lectura crítica de Alejandro J. Borgo.

FIGURA 1. Uso de terapias alternativas en pacientes oncológicos





Fuente: Estudio del Dr. Jorge Franco y la Lic. Cristina Ricci.

impedir pérdidas de tiempo, dinero y, especialmente, evitar frustraciones desalentadoras.

El hecho de hablar abiertamente sobre las MCA nunca debe alejar al médico del paciente: establecer una comunicación constructiva es tarea de ambas partes. Una buena relación médico-paciente contribuye a buscar juntos las terapias o conductas útiles que permitan mejorar la calidad de vida o la tolerancia a la situación de estar enfermo bajo tratamiento.

Algunas preguntas que corresponde hacer toda vez que se postula una MCA como alternativa terapéutica para un paciente oncológico:

- ¿Para qué se la ofrece?
- ¿Cura el cáncer?
- ¿Es útil para cualquier clase de tumor?
- ¿Se basa en alguna evidencia médica?
- ¿Sirve para mejorar algunos síntomas o efectos adversos?
- ¿Quién o quiénes la ofrecen?
- ¿Qué formación médica demostrable tiene en la especialidad? (los especialistas en oncología se registran en ministerios de salud, colegios médicos y superintendencias de servicios de salud).
- ¿Son sus credenciales conocidas en el medio?
- ¿Cómo presentan sus terapias en los espacios publicitarios?
- ¿Recurren a testimonios de pacientes?
- Si presentan publicaciones científicas que dicen apoyar sus investigaciones ¿lo hacen en medios reconocidos?
- ¿Cuál es el costo de estas terapias?
- ¿Son aceptadas en el sistema de salud?

- ¿Es un método ampliamente disponible o se administra en un solo centro?
- ¿Se conoce cómo detiene el crecimiento tumoral?

Cuando estas preguntas son contestadas funcionan como llamado de alerta; si los promotores de estas terapias o prácticas no ofrecen respuestas satisfactorias, se podrá colegir que:

-No hacen distinción entre tipo tumoral, estadios, localizaciones, etc., se asume que la enfermedad es síntoma de un trastorno “fácil de resolver”.

-Se ofrecen “explicaciones” en una jerga oscura con la intención de impactar al paciente (generalmente sin conocimientos médicos) o se apela a justificaciones simplistas para crear la ilusión de que tal práctica “a lo sumo, mal no le hará”.

-Se afirma una aparente o promocionada inocuidad, dato nada irrelevante considerando que muchos pacientes postergan o abandonan los tratamientos oncológicos cuando son informados sobre posibles efectos colaterales.

-Se presenta al tratamiento como inocuo, indoloro, o no tóxico, una manera atractiva de tentar a los pacientes y su entorno, ya que la propuesta parece comparativamente superior a los tratamientos probados, como la cirugía, la radioterapia o la quimioterapia.

-Se presenta a la “terapia” como el agente ideal: sirve para todos los tumores, en todas las edades y estadios clínicos, es capaz de detener la evolución y ayudar como terapia de apoyo en todos los casos.

-Se sabe que el tratamiento solo está disponible en el centro donde se la receta, y su fórmula es semisecreta.

-Se informa que la medicación viene de otro país.

-Sus promotores atacan a los colegas que administran terapias convencionales (por ejemplo, enfatizan que son tóxicas e ineficaces), mientras que, a la vez, se declaran “atacados por el *establishment*” de la ciencia médica.

-Para probar que sus remedios son eficaces, presentan testimonios de gratitud de pacientes satisfechos, supuestamente curados. En realidad, esos testimonios (a menudo emocionalmente impactantes) carecen de valor científico: no existen garantías de que hayan sido curados ni que efectivamente hayan sido estudiados y recibido un diagnóstico correcto. A veces, esos pacientes mejoran precisamente porque no suspendieron los tratamientos convencionales.

-Aunque difícilmente lo reconocen en público, se les dice a los pacientes que pueden (o incluso, deben) abandonar terapias médicas convencionales.

-El tratamiento se basa en una teoría de eficacia no comprobada.

Un párrafo especial merecen las ofertas de curación mágica, es decir, las que no son acompañadas por evidencia científica alguna. En los últimos años, se acuñó la expresión inglesa *disproven* (falso) o *unproven* (irreal, de curiosa inventiva o probadamente falso) para referir a los procedimientos o las conductas presentadas como ciertas, cuando, en realidad, surgen de la imaginación de sus promotores; a menudo, se dice que funcionan pese a permanecer sin explicación científica. Estas propuestas, por definición, carecen de fundamento y su eficacia es altamente improbable.

Pese a que los avances biotecnológicos en oncología sitúan a la especialidad en la vanguardia del conocimiento científico del siglo XXI, ello no ha significado un retroceso –ni mucho menos una pérdida de popularidad– para las MCA. Por el contrario, en los últimos años crece el consenso de asignarles un papel en la terapia multidisciplinaria del cáncer, especialmente entre quienes adolecen de una enfermedad avanzada. En estos casos, tanto los pacientes como los familiares sienten cada vez mayor necesidad de buscar opciones que mejoren la calidad de vida del enfermo, a veces a cualquier precio. En este proceso, existe el riesgo cierto de que el paciente demore, descuide o abandone un tratamiento eficaz.

De un tiempo a esta parte han surgido nuevas corrientes de pensamiento médico, especialmente en los Estados Unidos, que ya no consideran a las MCA “prácticas encubiertas” sino que muchas de ellas son reconocidas por el sistema de atención médica. Tanto en los Estados Unidos como en Europa, las MCA significan negocios multimillonarios. Según un cálculo conservador realizado en 1997, solo en los Estados Unidos este negocio generó un movimiento de 27 mil millones de dólares. En Europa, según un estudio publicado en 2001, las MCA son la segunda industria con mayor crecimiento. En muchos países del Tercer Mundo su desarrollo todavía es incipiente, cuando no marginal. Pero, a la luz de algunos trabajos preliminares, su auge no debe ser desestimado: en una serie presentada en las XII Jornadas de Trabajo de la Asociación Argentina de Oncología Clínica (1990), Ferro y Cuello analizaron 140 cuestionarios autoadministrados a pacientes de consultorio externo. La encuesta dio que el 43,5% de los pacientes habían realizado o continuaban realizando tratamientos con alguna variante de MCA. En una encuesta oral, realizada a 250 pacientes en hospitales de Buenos Aires y el Gran Buenos Aires, Slepatis y colaboradores constataron que el 22% de los pacientes habían tenido experiencias con las MCA.

Según algunos autores, las medicinas complementarias y alternativas parecen cubrir una demanda aún no satisfecha por la medicina científica, posiblemente porque los profesionales de la salud se encuentran en un esquema conceptual, distinto del que les fue provisto durante su formación académica.

A estas prácticas se las llama “complementarias” en Europa y “alternativas” en los Estados Unidos. Pero “alternativa” significa que estamos ante un tratamiento dudoso, contrario al convencional de eficacia comprobada. Por esta razón, si las MCA constituyen algún riesgo obvio, consiste en retrasar o incluso, alejar al paciente con oportunidad de respuesta de los procedimientos terapéuticos y las conductas curativas o de control. Por esta razón, en el mundo crece el consenso de distinguir un suplemento dietario de un método no validado o peor, lesivo. Muchas veces, estos tratamientos alternativos son activos, invasivos, medicamentosos, muy costosos, contraproducentes e ineficaces.

Se estima que entre el 8 y el 10% de los pacientes que reciben su primer diagnóstico, recurre a alguna de estas terapias; luego, a medida que evoluciona su enfermedad, hasta el 50% del total de enfermos se acercan a ellas. En una revisión sobre 26 estudios con pacientes de 13 países, la incidencia de las MCA fue del 31%. Las más utilizadas fueron: terapias dietéticas; homeopatía; hipnoterapia; imaginiería; visualización; vitaminoterapias; técnicas de relajación; sanación espiritual.

Tanto en medicina general como en oncología, se detectan más casos de pacientes mujeres, generalmente jóvenes, de poder económico alto y nivel educativo elevado; desde 1997 a la fecha la bibliografía menciona un incremento del 67% entre estas MCA.

En el segmento pediátrico también se detectó un evidente aumento del uso de MCA, según datos de Australia, Finlandia, Países Bajos y Canadá; entre el 40 y el 50% de los chicos con cáncer son llevados por sus padres a recibir alguna de estas “terapias” y, según otras referencias estadounidenses, hasta el 81%.

Como sucede en la Argentina, uno de los motivos es el débil o nulo control de los entes de registro, así como la baja capacidad de respuesta de los organismos a cargo del control de los medicamentos y del ejercicio de la medicina: la aceptación social de las MCA –poco correspondida por los mecanismos institucionales de regulación– les facilita inmensamente las oportunidades de promocionarse en internet, en las guías telefónicas, la prensa gráfica, radial y televisiva, entre otros.

Frecuentemente, los medios de comunicación carecen de controles adecuados para verificar la información que presentan. Esta superficialidad en el tratamiento de la información se puede atribuir al desconocimiento. Pero los patrocinantes de los productos o métodos y las empresas periodísticas son grupos donde prevalece el rédito lucrativo. Por lo demás, los pacientes o sus familiares no siempre están preparados para discriminar las fuentes de información, en especial, cuando, en algunos casos, la información es presentada por médicos que parecen ofrecer datos legítimos y confiables.

También es frecuente que muchas de esas propuestas no estén precedidas por estudios controlados, y salen al mercado sin haber realizado investigaciones donde se comparen grupos de pacientes con cáncer que reciben este nuevo tratamiento con grupos de control que no lo recibieron. Para que estos estudios posean validez, ambos grupos debieron recibir el mismo diagnóstico y tener la misma edad, distribución por sexo, estadio de la enfermedad y número de enfermos.

Finalmente, la evaluación permite comparar la efectividad de la terapia propuesta con el grupo de control, sin tratamiento. Como este procedimiento elemental suele ser pasado por alto, a partir de la extensión del fraude y a fin de reconocer las terapias potencialmente útiles, el Instituto Nacional de la Salud y el Instituto Nacional del Cáncer de los Estados Unidos abrieron el Centro Nacional de Medicina Complementaria y Alternativa (CNMCA), el principal organismo del gobierno federal de los Estados Unidos, dedicado a la investigación científica de las medicinas complementarias y alternativas. Su objetivo es explorar prácticas para las MCA en el contexto de la ciencia, capacitar a investigadores en las MCA e informar al público y a los profesionales sanitarios sobre los resultados de estudios de investigación en las MCA.

En los últimos años, las academias médicas también incluyeron muchas de estas terapias en sus currículos, y las principales revistas médicas acostumbran incluir revisiones sobre el tema.

Algunas propuestas consideradas por las MCA son las llamadas sesiones cuerpo-mente, masajes, ejercicios, suplementos dietarios, terapias de grupo, quiropraxia, acupuntura, entre otras. La mayoría de los profesionales que ofrecen MCA son médicos de familia y psiquiatras. En este sentido, sus detractores combaten la imposición de manos, el llamado toque terapéutico, *reiki* o terapias a base de hierbas de eficacia no probada.

La CNMCA divide a las MCA en siete categorías: dieta y nutrición; técnicas de cuerpo y mente; bioelectromagnética; sistemas médicos alternativos; terapias farmacológicas y biológicas; métodos de curación manual; medicina basada en hierbas, dieta y nutrición.

DIETA Y NUTRICIÓN

Sus defensores incluyen en este grupo los conocimientos validados sobre frutas, verduras, fibras, restricción de grasas, que por sí solas no demostraron detener el crecimiento tumoral.

Los tratamientos de desintoxicación o metabólicos llevan 50 años en el

mercado, y se destacan el Gerson (inyecciones de extractos de hígado), que se acompaña de una dieta baja en sal, alta en potasio; las basadas en enemas de café entre otras medidas higiénico-dietéticas y el método González (México), variante del Gerson. Otros centros en México ensayaron variantes del anterior. La medicina ayurveda también se basa en la desintoxicación y, en la creencia de que las sustancias entran en putrefacción en el colon; algunos promotores de MCA ofrecen actualmente la terapéutica de enemas de gran volumen con sustancias varias. Respecto de estas MCA no se conocen beneficios.

Las megavitaminas y la terapia ortomolecular (basadas en grandes cantidades de nutrientes) tampoco mostraron ventaja alguna. En ciertos ensayos clínicos se demostró que las vitaminas en altas dosis pueden alterar la acción de ciertos medicamentos utilizados en la terapia antineoplásica.

La dieta y las técnicas diagnósticas macrobióticas tampoco muestran beneficio alguno. Es claro que las dietas saludables mejoran el estado general de una persona, pero lo que aquí se está discutiendo es su eficacia terapéutica, y hasta ahora no se comprobó que modifiquen el curso de una enfermedad tumoral.

TÉCNICAS DE CUERPO Y MENTE

Este grupo de “terapias” tiene gran aceptación en los Estados Unidos. Entre las técnicas a las que se les reconoce alguna ventaja en el mejoramiento del estado psico-físico del paciente se encuentran la meditación, el yoga y el *biofeedback*, que pueden reducir reacciones fisiológicas al estrés, aliviar la depresión y ayudar a controlar el dolor. Pero si bien pueden tener un impacto favorable sobre la calidad de vida, y el hecho de mantener una actitud positiva puede aumentar las oportunidades de un paciente de sobrevivir al cáncer, estas terapias pueden ayudar al paciente a aceptar tratamientos de eficacia comprobada, ya que queda por demostrarse que las emociones influyan directamente en el curso de la enfermedad.

Luego, está fuera de discusión la necesidad de prestar una atención personalizada o grupal de la salud psicológica de los pacientes con cáncer, tanto para los enfermos como para la familia.

Por la misma razón, si bien no se ha establecido claramente la influencia del factor psicológico en la génesis del cáncer, su organización asistencial es parte vital de las terapias convencionales multidisciplinarias. El simple ejercicio es terapéutico en pacientes que requieren aumento de la masa muscular

desminuida por terapias antiandrogénicas, o mejoras del metabolismo óseo por tratamientos hormonales antiestrogénicos o antiandrogénicos.

BIOELECTROMAGNÉTICA

Utilizada en la medicina china, supone la interacción de los organismos vivos con campos electromagnéticos. No se halló confirmación teórica o clínica de su utilidad en la terapia antineoplásica.

SISTEMAS MÉDICOS ALTERNATIVOS

Incluyen terapias de larga data, algunas de origen oriental, que con el tiempo fueron aceptadas socialmente e incluso adaptadas para su uso en Occidente, como la medicina china (que maneja gran cantidad de hierbas terapéuticas, como el té verde), la ayurvédica, donde los pacientes son asistidos en centros tipo *spa* (al menos en los Estados Unidos) aunque en la Argentina se las puede hallar en ciertas zonas consideradas “energéticas” (por ejemplo, cerca del cerro Uritorco, provincia de Córdoba). También se incluyen en esta categoría la acupuntura y la digitopuntura, que suelen ser indicadas para aliviar el dolor, aunque el resultado de los estudios científicos es negativo o controvertido.

TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS Y BIOLÓGICOS

Esta es la categoría que ha suscitado más polémicas. En los últimos 50 años, la lista de “terapias farmacológicas curativas” para el cáncer ha sido extensa. Los neoplastones (Burzynski, Houston); el laetrilo y la terapia aumentativa (Burton, Bahamas); el cartílago de tiburón (“los tiburones no tienen cáncer”, es la falsa consigna) que, al fallar como antiangiogénico, pasó a la reumatología; el Cancell (Florida, Estados Unidos) que “transformaba las células tumorales”; el krebiozen; el agua de Tlacote, el Livingston-Wheeler, la multiterapia del profesor Di Bella (estudiada por las autoridades sanitarias italianas a un costo muy alto), la terapia Revici; altas dosis de vitamina C; chaparral, sulfato de hidracina, “cuánticas” o “fotónicas”, sin olvidar las experiencias argentinas con venenos de ofidio y terapias “ideales” que se presentan ante el ANMAT como homeopatía, son solo algunas de las tantas soluciones fáciles (a un problema muy difícil) aún disponibles en el mercado.

En estudios presentados como validación de estas pretendidas terapias no es extraño encontrar ocultamiento o falsificación de datos, estudios mal realizados, resultados irrelevantes o insignificantes, omisión de casos que terminaron en fracaso y, en general, hay constancia de su nula eficacia para evitar el curso de la enfermedad.

MÉTODOS DE CURACIÓN CON LAS MANOS

En este grupo se incluyen la palpación, la manipulación, la quiropraxia, el masaje manual, etc. Esta diversidad demuestra la enorme heterogeneidad de las clasificaciones, que no distinguen entre profesionales y legos, ni entre técnicas útiles e inútiles. El toque terapéutico y el *reiki* (*ki*, energía; *rei*, universal) son, en realidad, técnicas de imposición de manos que pretenden trabajar sobre los “campos energéticos”. Quienes reciben el *reiki*, por ejemplo, a menudo ignoran que esta forma de terapia procede de un movimiento religioso inspirado en el budismo japonés.

Esta categoría también incluye a los cirujanos filipinos (aunque también los hubo brasileños, ingleses, españoles y hasta algún argentino), quienes afirman operar tumores a “manos desnudas” y “sin anestesia”. Algunos curanderos, en especial brasileños, realizan cortes reales y extraen tejidos. Otros, como los que pretenden que la cicatrización de una presunta herida es instantánea, utilizan simples trucos de magia, como lo demostraron ilusionistas especializados en fraudes paranormales.

HIERBAS CON PROPIEDADES CURATIVAS

Algunas hierbas llevan siglos de uso, pero las más difundidas en los últimos años fueron el Essiac en Canadá, que reunía cuatro hierbas; el iscador (un derivado del muérdago); la infusión a base de *Pau d'arco* de los incas; y un listado con diferentes tés, laxantes, ajo, jengibre, sedantes (en algunos pacientes chinos se advirtió toxicidad grave), regaliz, eméticos, ephedra, ginseng, equinácea, valeriana, kava, semillas varias, yohimbina, y una extensa cantidad de variantes.

Un problema adicional es que en ningún país existe una normativa estricta respecto de las hierbas con un fin terapéutico (procesamiento, envasado, dosificación, control de quien las administra); por lo tanto, en el contexto de las MCA, es habitual hallar suplementos alimentarios herbáceos. Así, las farmacias que preparan recetas magistrales, o centros que administran sus pro-

pías “medicinas”, o con etiquetas no oficiales, hacen que el control por las autoridades sanitarias sea muy difícil. En varias publicaciones, Cassileth apoya el potencial de la botánica, pero al mismo tiempo advierte el riesgo que conlleva comprar esas hierbas en forma de suplementos.

No caben dudas acerca de la diferente formación de quienes ofrecen las MCA; en distintos países del mundo se estudian carreras universitarias que habilitan la asistencia de pacientes, con algunas de las MCA que se nombraron, en particular, con el objetivo de mejorar la calidad de vida.

Pero la investigación en el nivel mundial de las MCA no demuestra su utilidad antitumoral, y son presentadas en publicaciones de segundo y tercer orden, o en medios no médicos. En la medida que sus defensores rehúyen de la investigación reglada de sus terapias, solo suscitan desconfianza sobre su utilidad.

Otro argumento socorrido por terapeutas relacionados con las MCA son los de carácter conspirativo y autovictimizante: las eventuales críticas de la comunidad médica los hace sentir “acosados por el sistema”, que habitualmente incluye la industria de los medicamentos. Este sentimiento de persecución, si es mal manejado por las autoridades, puede permitir a los promotores de MCA ganar una visibilidad que antes no tenían. Cuando la comunidad científica es considerada “rival” (ya que formarían parte de instituciones presuntamente amenazadas con la oferta de métodos alternativos “más efectivos” que los conocidos) la acusación se desmorona por su propio peso. No existe sistema médico indiferente ante nuevas formas de curación: su personal trabaja activamente en la cura del cáncer y, si se señala que existen “intereses” que se anteponen a la salud, no hay que perder de vista que los miembros de esa comunidad, o sus familiares y amigos, también forman parte de la sociedad afectada por la enfermedad.

UNA ENCUESTA EUROPEA

Uno de los trabajos más reveladores publicados recientemente, “Uso de la medicina complementaria y alternativa en pacientes del cáncer: una investigación europea”, exploró la extensión, el perfil y las prácticas más corrientes de la MCA en 14 países (Reino Unido, España, Israel, Turquía, Grecia, Suiza; Suecia, Italia, República Checa, Dinamarca; Serbia, Montenegro, Bélgica e Islandia).

El estudio, publicado en febrero de 2005 por la revista de la Sociedad Europea de Oncología Médica, *Annals of Oncology*, recopiló los datos por medio de un cuestionario descriptivo suministrado a 956 pacientes. Para rea-

lizar el trabajo fueron convocados profesionales de la salud pertenecientes a 15 centros sanitarios, universitarios y departamentos oncológicos europeos. La elección del especialista que concentró el estudio nacional estuvo basada en su interés y experiencia en las MCA y cada uno tradujo el cuestionario al idioma local, y se sometió a la aprobación del comité de ética en cada hospital indicado para el estudio y la recopilación de los datos.

Finalmente, la encuesta estimó que un tercio de los europeos con cáncer recurre a diversas formas de terapias alternativas y complementarias: la popularidad de las MCA entre pacientes con cáncer alcanza el 35,9%, oscilando entre el 14,8% y el 73,1%, según de qué país se trate. La constancia en el uso de las MCA osciló en lapsos tan dispares como 27 meses a 18 años. Sobre las características sociodemográficas de la muestra, 591 pacientes (61,8%) correspondieron a pacientes de sexo femenino, mientras que 365 (38,2%) de sexo masculino. Los diagnósticos más frecuentes fueron cáncer de pecho (30,8%), cáncer de colon rectal (16,1%) y cáncer de pulmón (12,1%). El 74% de los encuestados eran casados. Por citar un caso en detalle, de la consulta a 115 españoles procedentes de 14 hospitales se desprende que hasta un tercio recurre, o ha recurrido, a las MCA.

El estudio también identificó 58 MCA diferentes; las medicinas y los remedios herbales eran las terapias más comúnmente utilizadas (con diferencias dadas por las plantas más populares en cada país) seguidas muy aproximadamente por la homeopatía, las vitaminas/minerales, infusiones medicinales, terapias espirituales y técnicas de la relajación.

El artículo concluyó que, si bien las MCA no están tan extendidas como en los Estados Unidos, se trata de una práctica cada vez más frecuente en los países europeos examinados. Los oncólogos, señala el trabajo, no pueden obviar esta realidad si desean ayudar a sus pacientes, educarlos y estar informados para evitar la aparición de posibles efectos secundarios e interacciones peligrosas con los fármacos convencionales.

En el informe se reveló que, en los últimos años, el uso de hierbas pretendidamente terapéuticas antes del diagnóstico de cáncer se triplicó. Por otra parte, el análisis de variables múltiples estimó que el usuario promedio de MCA corresponde a una mujer joven (con un promedio de edad que ronda los 55 años) con una educación superior.

Merecen una mención especial las fuentes que sugieren o aconsejan MCA a los pacientes con cáncer. En Europa, la inmensa mayoría son amigos (56%), familiares (29%) o medios de comunicación (28%); los médicos o el personal auxiliar que derivan la utilización de esta clase de terapias son el 18%; solo el 10% recurrió a internet.

La encuesta también refleja que los pacientes con peor pronóstico (páncreas, hígado y cerebrales) utilizan con más frecuencia medicinas complementarias y alternativas, a la inversa de lo que se observó en estudios anteriores donde eran más propensas las mujeres con cáncer de mama. El 50,7% respondió que la principal motivación era “aumentar la capacidad del organismo para luchar contra el cáncer”, aunque entre los beneficios buscados muchos pacientes destacaron mejorar el bienestar físico (40,6%) o emocional (35,2%). Solo el 22,4% de los pacientes consultados consideró que los beneficios de usar estas terapias fueron significativos.

Por otra parte, un porcentaje de pacientes nada desdeñable (4,4%) informó efectos secundarios transitorios. Una de las coautoras del trabajo europeo, Paz Fernández Ortega, Coordinadora de Investigación en Enfermería del Instituto Catalán de Oncología, advirtió que uno de los desafíos pendientes se relaciona con la interacción médico-paciente respecto de estas prácticas: “muchos enfermos no informan a sus oncólogos de que están tomando esto o aquello por temor a que les digan que es una tontería” (*El Mundo Salud*, 4 de febrero de 2005).

Un modo de mejorar la administración de medicinas de eficacia comprobada y el uso de MCA es que los pacientes tomen conciencia de que deben informar a sus médicos, ya que entre unas y otras existen interacciones no siempre positivas. “Independientemente de lo que los profesionales de la salud piensen sobre estas terapias, es evidente que sus pacientes están utilizando, y continuarán utilizando, las MCA”, concluyen los autores. Tanto los médicos como el personal de enfermería, dicen para terminar, “deben estar informados sobre el uso de las MCA a fin de poder educar adecuadamente a los pacientes y deben ampliar su comprensión del concepto de la medicina para trabajar hacia un modelo integrado de aquellas medicinas cuya eficacia en los servicios sanitarios comunitarios haya sido demostrada”.

Los autores del trabajo también se mostraron preocupados por la forma en que los gobiernos regulan estos tratamientos debido a la inexistencia de instituciones que evalúen y supervisen la calidad y el nivel de preparación de los profesionales que ejercen las MCA. “Cualquier persona puede hacerse llamar a sí mismo un terapeuta y ejercer la profesión” y no existen líneas definidas sobre “qué tipo de tratamientos son efectivos para qué condiciones específicas”.

La llamada de alerta que se desprende del estudio difundido por *Annals of Oncology* coincidió con una directiva lanzada por la Organización Mundial de la Salud (OMS). El organismo, en un estudio difundido en junio de 2004, advirtió que, si bien en general sus productos son inofensivos, no son buenos

para todas las personas en todas las circunstancias porque en muchas ocasiones pueden causar efectos secundarios peligrosos. En 2002, en China –menciona la OMS– se registraron 9.854 casos de reacciones adversas derivadas del uso indebido de terapias y productos tradicionales, lo cual duplicaba los registros de toda la década de 1990, que fueron 4.000. La encuesta de la OMS determinó que en 142 países, 99 de ellos respondieron que la mayoría de esta clase de productos podía adquirirse sin prescripción. Los acupuntores no calificados, las mezclas de hierbas o complementos alimenticios administrados por personas sin el debido conocimiento y la automedicación sin informar a los médicos que siguen tratamientos convencionales fueron los ejemplos mencionados.

CONCLUSIONES

La mayoría de los pacientes con diagnóstico de cáncer, y más los que tienen enfermedad activa avanzada, acuden en busca de soluciones en terapias de eficacia no comprobada; si no las buscan ellos, lo hacen sus familiares, una tendencia que se acentúa aún más en el segmento pediátrico.

Los médicos siempre deben estar dispuestos a hablar sobre las MCA con sus pacientes. Y preguntar a sus pacientes sobre el uso que le dan a estas terapias o productos debe ser parte de la rutina.

Aconsejar a sus pacientes acerca de cuáles son las MCA compatibles con sus terapias o tienen fundamento teórico es parte de la asistencia.

Las fuentes de MCA son infinitas, varían regionalmente, incluyen terapias útiles, que pueden mejorar la calidad de vida, y otras inútiles o perjudiciales.

Las terapias perjudiciales, en general, son justamente las que mayores gastos significan a los pacientes.

Los promotores de las MCA a veces informan al paciente que la “medicación es preventiva” o que “reduce los efectos colaterales del tratamiento quimio o radioterápico”. Esta es una afirmación que el enfermo tiende a considerar “información positiva”.

Se indican como adyuvancia, neoadyuvancia, y terapia de fase avanzada, indiscriminadamente en todo tipo de patología y situación clínica.

Algunos médicos que ofrecen MCA se presentan como oncólogos clínicos, y otros (muy escasos) lamentablemente, lo son.

Los pacientes no suelen estar preparados para diferenciar una MCA potencialmente útil de otra dañina para su salud o de un simple fraude.

El negocio de las MCA es multimillonario en todos los mercados del Primer Mundo.

Para el paciente es imprescindible averiguar quién puede realmente atenderlo en el contexto de un tratamiento oncológico (Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica).

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Cassileth, B. R. (año), “Tratamientos complementarios y alternativos”, *Oncología Clínica; Manual de la Asociación Americana del Cáncer*, Capítulo 38: 859-873.
- Eisenberger, D. M. (1997), “Advising patients who seek Alternative Medicine Therapies”, *Annals Of Internal Medicine* 127(1): 61-69.
- Eisenberg, D. M., Davis, R. B., Ettner, S. L. *et al.* (1998), “Trends in alternative medicine use in the United States, 1990-1997: results of a follow-up national survey”, *J Am Med Assoc* 280: 1569–1575.
- Ferro, N., Cuello G. (1990), “Extensión e impacto de los tratamientos alternativos (TA)”, Abstract 36, XII Jornadas de Trabajo de la Asociación Argentina de Oncología Clínica, en *Tumor*, 5(2).
- Finkielman, S. (2001), “El caso Crotoxina”, *Medicina y Cultura. Los editoriales de Medicina*, Buenos Aires, Biblioteca Aventis, pp. 212–217.
- Molassiotis, A. *et al.* (2005), “Use of Complementary and alternative medicine in cancer patients: a European survey”, *Annals Of Oncology* 16: 655-663.
- National Institutes of Health (NIH), National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM), <<http://nccam.nih.gov/health/whatiscam/spanish.htm>>.
- “News & Views” (2004), “Growing interest in complementary and alternative cancer therapies”, *CA Cancer J Clin* 2004; 54: 286-288.
- “Normas de Organización y Funcionamiento del Área de Oncología de los Establecimientos Asistenciales. Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica. Resolución Ministerial 169/97, Ministerio de Salud y Acción Social, Secretaría de Programas de Salud, República Argentina” (1999), *Rev. Argentina Canc.* vol. XXVII, 3: 165.
- Reilly, D. J. (2001), “Comments on complementary and alternative medicine in Europe”, *J Altern Complement Med* 7 (Suppl 1): S23–S31.
- Slepetis, A. y col. (1992), “Curanderismo. Investigación en hospitales de Buenos Aires y Gran Buenos Aires”, *El ojo escéptico*, año 2, N° 5: 16–24.
- Vickers, A. (2004), “Alternative Cancer Cures: Unproven o Disproven?”, *CA Cancer J Clin* 54: 110-118.