

## Aspectos aparentemente marginales de la terapia

J. Sillero E. Cañete

### Introducción

El tratamiento es la última ratio de la Ciencia Médica. El análisis de los síntomas y signos que aquejan al enfermo –Clínica–, la discusión sobre su causalidad –Etiología–, la identificación de la naturaleza del proceso morboso –Diagnóstico– y perspectivas de su evolución –Pronóstico–, sólo se justifican plenamente con el colofón terapéutico.

Por otra parte, es el objetivo fundamental de la entrevista médica que definimos como historia clínica. El paciente acepta una serie de investigaciones más o menos complejas que van a conducir al reconocimiento de la enfermedad, en función de los recursos terapéuticos que el médico puede entonces desplegar para su curación. En una palabra: el paciente acude al médico ante todo para que le prescriba un remedio a su enfermedad.

En esta reflexión en voz alta, nuestro objetivo no estriba en examinar en forma pormenorizada tal o cual faceta de la terapéutica médica, o cómo se lleva a cabo el tratamiento en éste o este otro proceso. Eso compete de modo selectivo a los médicos, y figura en sus libros mucho mejor de lo que yo pudiera exponer aquí. Por otra parte, nuestra disgresión pretende orientarse hacia una audiencia más heterogénea. Por eso, hemos escogido aspectos de la terapia más en consonancia, como se dice en el enunciado «aparentemente marginales», si bien muy importantes aunque no sea más que por su pertenencia al enfermo, el gran protagonista del acto médico.

En este sentido, vamos a desarrollar con brevedad los 4 temas siguientes:

1. Una realidad patente: la polifarmacia.
2. Pros y contras de la automedicación.
3. Un recurso terapéutico válido: el efecto placebo.
4. Medicinas alternativas: terapia herbaria.

### Una realidad patente: La polifarmacia

Debo confesar que, con el paso del tiempo, he venido recetando un número creciente de medicamentos a cada enfermo, y que mis prescripciones rara vez contenían menos de tres específicos. Cuando, como consultor, estudio los problemas patológicos que me plantean pacientes previamente examinados por otros facultativos, no pocas veces me asombro del número de fármacos que consume el enfermo.

La «polifarmacia» es, pues, una realidad, y debemos preguntarnos cuáles son sus causas y también cuáles sus consecuencias.

Entre aquéllas, algunas resultan lógicas y hasta inevitables. Con el crecimiento de la expectativa de vida, son cada vez más los individuos que rebasan ampliamente el límite de la tercera edad. Estos sujetos, con mayor frecuencia que los de edades inferiores, tienen una patología crónica múltiple, a la que resulta ineludible atender: sufren dos o más enfermedades y cada una de ellas tiene una exigencia terapéutica inalienable. De hecho, hay incluso trabajos –como uno reciente de REDELMEIER– que acusan de subtratamiento en no pocos casos: por ejemplo, un enfermo con trastornos mentales es

menos probable que sea tratado correctamente de artritis; o un paciente con enfisema pulmonar recibe con menos asiduidad terapia para colesterol si la precisa, etc.

Por otro lado, nuestras posibilidades de tratamiento efectivo son hoy mayores que nunca, y contamos en consecuencia con recursos terapéuticos frente a muchos procesos morbosos. Ello abre el abanico de nuestras prescripciones, lo que resulta especialmente cierto cuando para combatir una enfermedad se requieren varios fármacos simultáneamente. Tal es el caso típico del paciente con SIDA, que —si bien es verdad que ha pasado a gozar de superior calidad de vida y supervivencia prolongada— eso se consigue a costa de tomar 3 fármacos antirretrovirales, medicación profiláctica contra *Pneumocistis* y quizá tuberculosis, medicinas antifúngicas, etc.

Al lado de estas razones válidas, existen otras motivaciones espurias que deben ser comentadas.

Observamos una relación inversa entre certeza diagnóstica y redundancia terapéutica. Quiero decir que un diagnóstico firme y nítido en general exige uno o pocos medicamentos eficaces (ejemplo, hipertiroidismo, carbimazol); en cambio, un diagnóstico dudoso o no explícito precisa con frecuencia de una amplia cobertura farmacológica con finalidad meramente sintomática.

Existe, por contra, una relación directa y obvia entre el número de visitas y el de medicamentos prescritos, como que la inmensa mayoría de los actos médicos se saldan con una formulación terapéutica. Un número excesivo de visitas significa no pocas veces contactos cortos, sincopados, entre médico y paciente, el cual no encuentra garantías en una exploración somera y reincide en la consulta al menor atisbo de ineficacia terapéutica. También puede ser la consecuencia del recurso a diversos especialistas en forma simultánea o estrechamente sucesiva: cada uno de ellos examina en el paciente la faceta particular que le compete y elabora su propia y distinta prescripción. Merece la pena ahora abordar, aunque sea brevemente, las consecuencias indeseables

de la polifarmacia, de diversa índole y gravedad.

En principio, tal conducta conlleva un gasto sanitario creciente —ampliamente constatado en nuestro país—, lo que puede obligar a la adopción de medidas restrictivas por parte de la Seguridad Social. El famoso «medicamentazo», por ejemplo.

En segundo lugar, se comprueba con frecuencia la falta de adherencia del paciente a la medicación prescrita. El enfermo suele «contar» el número de pastillas que a diario se ve obligado a consumir y, falto de un criterio firme y discernidor, al rebasar ciertos límites propende a restringir en alguna cuantía cada fármaco en uso: en vez de tomar tres comprimidos de tal o cual medicamento, reduce la dosis a dos o quizá sólo a uno... con lo cual la posología de cada fármaco quedará fácilmente por bajo de su umbral de eficacia.

En tercer lugar, y esto es más grave, la polifarmacia puede provocar conflictos entre medicamentos, lo que conocemos como «interacciones medicamentosas»; un terreno en el que si bien hemos aprendido muchas cosas, quizá ignoramos todavía bastantes más. A veces los medicamentos suman efectos en forma desfavorable: anticoagulantes cumarínicos y antiinflamatorios, digital y calcio, teofilinas y macrólidos, etc. Otras, por contra, interfieren sus acciones benéficas: quelantes biliares y fármacos liposolubles administrados por vía oral, alcalinos y tetraciclina, antiinflamatorios y diuréticos, antiepilépticos y un sinnúmero de drogas... En resumen: la polifarmacia es consustancial con la medicina de hoy, y debe limitarse en lo posible porque es capaz de provocar problemas potencialmente graves.

#### Pros y contras de la automedicación

Por automedicación designamos el acto de conseguir y utilizar medicamentos no prescritos por ningún médico, es decir, sin la previa elaboración por el clínico de un diagnóstico y, en base al mismo, determinación de la terapia adecuada en cuanto a específico, forma farmacéutica y dosis a administrar. Automedicación es, por supuesto, el consumo de medicamentos sin receta, «over the

counter» (sobre el mostrador, como dicen los americanos). Tales medicamentos pueden ser incluso objeto de propaganda (y así lo vemos con frecuencia en TV); una propaganda en la que por cierto juiciosamente se aconseja pedir asesoramiento al farmacéutico que los expende. Pero también es automedicación usar fármacos que habitualmente se adquieren con receta médica, pero que el paciente (bien porque los tiene ya a su alcance en su stock de medicamentos o incluso los ha usado anteriormente) decide aplicarlos por propia iniciativa o por el consejo de un familiar o amigo. E incluso cabe hablar de automedicación cuando se trata de plantas medicinales, infusiones, etc., a las que se concede algún poder curativo.

Podría pensarse que el fenómeno de la automedicación es un hecho eventual y accesorio: nada más lejos de la realidad. Por ejemplo, estudios llevados a cabo tanto en Europa como en EE.UU. han puesto de relieve que al inicio de una enfermedad son muchos más los que recurren a automedicación (dos terceras partes de los pacientes) que los que de entrada se limitan exclusivamente a emplear lo que el médico les prescribe (un tercio). Y del conjunto de fármacos consumidos por la población española, hasta un 40% (es decir, casi la mitad) son la consecuencia de un acto automedicativo. Obviamente, no todos los medicamentos se usan así con igual frecuencia. Según nuestro criterio, son los analgésicos (puros o dotados de capacidad antiinflamatoria) los de mayor empleo bajo esta modalidad. En no pocos casos, se trata de asociaciones medicamentosas dotadas a la vez de alguna capacidad antigripal, antitusiva, etc. Asociaciones que por cierto a veces contienen hasta 6 ó 7 ingredientes!

El segundo gran grupo objeto de automedicación son los fármacos de la esfera digestiva: antiinflamatorios, antiácidos, anti-diarreicos, laxativos... Un puesto destacado lo ocupan también los psicotropos, más ansiolíticos e hipnóticos que antidepresivos. También son de gran uso los antibióticos, especialmente betalactámicos (penicilinas, cefalosporinas) y macrolícos, menos los restantes. No puede olvidarse el consumo —por

mujeres en edad fértil— de anticonceptivos. Y podrían completar esta lista de medicamentos estrella los suplementos de vitaminas y minerales.

Cabe preguntarse ahora si la automedicación es beneficiosa o perjudicial; nuestra respuesta a este respecto ecléctica: como casi todo en esta vida, tiene facetas favorables y desfavorables.

Entre las primeras, sin duda destaca la rapidez en disponer del medicamento; el recurso terapéutico puede aplicarse de inmediato o casi, con el consiguiente alivio en caso de éxito ante situaciones más o menos conflictivas.

Se resuelven además de esta forma muchos problemas de lo que llamamos «patología menor», descargando al médico en concreto y a la sanidad asistencial en general de un gran contingente de consultas de escasa relevancia, y permitiéndole enfocar su atención hacia otras patologías mayores, más serias. Mas no pueden desconocerse los riesgos que la automedicación conlleva, derivados del empirismo y grado de desconocimiento con que se utilizan productos dotados de una actividad farmacológica evidente:

En muchos casos, la automedicación parte de un diagnóstico presunto o inexistente, limitándose a combatir el síntoma o síntomas presentes sin enfrentarse a la causa de la enfermedad (así, se pretende combatir el dolor, la fiebre, un vómito, etc.).

Por lo mismo, una medicación autógena prolongada indebida e ineficazmente puede retrasar diagnósticos importantes e incluso vitalmente imprescindibles: una cardiopatía grave, una infección invasiva, un proceso maligno, etc.

Su aplicación puede comportar efectos secundarios inesperados, derivados de las condiciones fisiopatológicas del paciente; por poner algunos ejemplos, un diurético puede en un viejo inducir un grave disturbio hidroelectrolítico, ciertos antieméticos ocasionar en niños espectaculares crisis dísticas, un antiinflamatorio no esteroideo puede dar al traste con una función renal ya deficiente, o hasta un asmático que se aplica gotas para el glaucoma es posible que sufra una grave crisis de disnea...

Hay ocasión, con la automedicación que incluye varios fármacos, para provocar interacciones medicamentosas desfavorables, de las que se habló en el capítulo precedente. En conclusión: aceptamos una automedicación menor como proceder inicial ante síntomas banales o de poca gravedad, en sujetos sin patología previa; en los demás casos, será responsabilidad del médico optar por los recursos medicamentosos más adecuados previa una ponderación cuidadosa y global del organismo del paciente y su enfermedad.

**Un recurso terapéutico válido:  
El efecto placebo**

Es un secreto a voces que el médico cura a sus pacientes no pocas veces por su prestigio como mito o mago, más que por la efectividad real de la medicación que prescribe. En el fondo de esta afirmación aparentemente herética se encuentra lo que denominamos «efecto placebo».

Quisiera en primer lugar definir lo que se entiende por placebo y por efecto placebo, dos conceptos no exactamente idénticos. Llamamos placebo a una sustancia inerte, carente de acción específica sobre la enfermedad en que se aplica. Efecto placebo en cambio alude a una acción útil sobre un proceso morboso determinado, conseguida por un producto que no tiene acción concreta sobre dicha enfermedad. El efecto placebo es, pues, rentable: lo ha sido en el pasado, lo es hoy y pienso que lo seguirá siendo en el futuro.

Hasta bien entrada nuestra centuria las drogas y fármacos al alcance del físico o médico eran poco o nada eficaces, pese a lo cual se obtenían mejorías y hasta curaciones. Los mismos médicos de entonces —clínicos muy avezados— reconocían estas circunstancias. Así, Richard CABOT, de la Escuela Médica de Harvard, escribía: «He sido educado, supongo que como cualquier otro médico, para usar placebos tales como píldoras de pan, inyecciones subcutáneas de agua y otros artefactos, que actúan sobre los síntomas del enfermo a través de su mente».

Quizá llegó un momento en nuestro siglo en el que el desarrollo brillante de la medicina científico-natural condujo a un olvido o des-

precio de estos recursos. Descubierta la patología infecciosa a partir de los geniales trabajos de Louis PASTEUR y Roberto KOCH, el posterior advenimiento de los antibióticos supuso la adquisición de un armamentario medicamentoso efectivo y específico frente a muy diversos y temibles agentes infectantes. Enfermedades de gran letalidad, como una neumonía, una meningitis o una endocarditis infecciosa se hicieron perfectamente curables. De otro lado, la síntesis de hormonas (insulina como recurso frente a la diabetes, cortisol para los addisonianos) y vitaminas (B12 en el tratamiento de la anemia perniciosa, p.e.) significaron la adquisición de fármacos con potencia curativa real en enfermedades hasta entonces mortales. Se añadirían otras medicaciones igualmente eficaces como los diuréticos, antihipertensivos, antiblásticos, etc., creando así un arsenal terapéutico sólido y valioso.

Pero de nuevo, a partir de la mitad de nuestra centuria, los médicos hemos recaído en el concepto de que nuestros fármacos en buena parte son efectivos porque conllevan un efecto placebo. En un trabajo fundamental, publicado por BEECHER en el *Journal of American Medical Association*, este autor evalúa tal influencia como de un 35%, es decir, que produce beneficio en más de un tercio de los pacientes afectados de procesos tan dispares como una jaqueca, un vértigo, un resfriado o un asma.

Ahora bien, para que el efecto placebo se produzca, se requieren tres condiciones:

- creencias y expectativas positivas en el tratamiento por parte del paciente;
- iguales creencias del médico que lo prescribe;

- y una buena relación, una conexión efectiva y armónica, entre médico y paciente.

Se ha afirmado (CUMMINGS: Estudio Kayser-Permanente) que hasta un 60 a 90% de las visitas médicas están promovidos por condicionantes relacionados al estrés y otras interacciones cuerpo/mente, por lo que el efecto placebo puede ser extraordinariamente amplio.

Voy a limitarme a dos ejemplos para glosar este concepto:

- Uno podría ser el de los innumerables fármacos que a lo largo de varios decenios se han venido utilizando en el manejo de la angina de pecho, un proceso grave y mortífero: papaverina, xantinas, khellina, vitamina E, dipiridamol, etc., con unos porcentajes de eficacia estimados entre el 70 y 90%; cuando se han llevado a cabo estudios doble ciego con placebo se han demostrado todos ellos carentes de valor específico. Esto podría parecer increíble, si no se tuviera en cuenta que en experiencias realizadas exclusivamente con placebo se ha demostrado la utilidad de éste en la reducción de la mortalidad por enfermedad coronaria.

- Otro ejemplo lo extraigo de mi propia experiencia: durante una etapa de mi vida profesional he asistido a la curación de dolor abdominal tras la intervención quirúrgica con extirpación del apéndice, bajo la etiqueta diagnóstica de «apendicitis crónica». El operado quedaba bien, al menos por un plazo de medio año, a veces indefinidamente. Pues bien: hoy estamos todos de acuerdo en que la apendicitis crónica es una enfermedad fantasma, no existe como tal...

El beneficio del placebo tiene otras derivaciones:

- La primera, en la medicina tradicional, explicando el escaso beneficio de las visitas de rutina, apresuradas y con un mal entendimiento entre médico y paciente, como ocurre por desgracia no pocas veces en la medicina pública.

- La segunda, el éxito de las llamadas «medicinas alternativas», que fundamentan su eficacia en este 60-90% de casos en que los factores psíquicos son prevalentes o al menos presentes. Y así triunfa, por ejemplo, la homeopatía —la doctrina introducida siglos ha por el germano Samuel HAHNEMAN— suministrando medicamentos que, en la mayor parte de los casos, carecen del efecto alegado.

Si esto es así, ¿por qué no utilizar con honestidad y entusiasmo, en la mejor manera posible, este efecto placebo —al que algunos llaman ahora «bienestar recordado»— en beneficio de nuestros pacientes?

#### Medicinas alternativas: Terapia herbaria

La medicina que utiliza las plantas como recurso terapéutico se integra dentro de las alternativas a la medicina oficial o tradicional, al mismo título que la homeopatía, acupuntura, etc.

EISENBERG definió no ha mucho estas modalidades de terapia (que algunos designan como «medicinas complementarias»), indicando que se trata de «intervenciones médicas que no se enseñan en escuelas oficiales y que no están disponibles en los hospitales»; una definición que no me parece acertada, ya que sobre no ser absolutamente exacta —existen centros docentes de medicinas alternativas— no señala sus cualidades fundamentales.

A mi modo de ver, dos rasgos caracterizan a estas formas curativas no ortodoxas:

—primero (y ya concretándonos a la medicina herbaria), el conocimiento deficiente por incompleto de la composición en ingredientes activos, estructura química de los mismos y efectos fisiológicos que inducen;

—segundo, la ausencia de una base científica sólida para su empleo, ya que los que defienden y practican la medicina herbaria:

- desconocen o marginan el funcionalismo normal y anormal del cuerpo humano, es decir, la fisiología y fisiopatología, hasta el nivel actual de la biología molecular;
- se oponen a utilizar la experimentación científica rigurosa para la comprobación de la eficacia e inocuidad de sus productos, y
- simplemente los recomiendan en base a un conocimiento empírico, un saber tradicional que se transmite de generación en generación.

No hay duda de que la madre naturaleza nos ha ido descubriendo al correr de los tiempos plantas con poderes beneficiosos frente a las enfermedades que aquejan al hombre. Bien conocidos son los ejemplos de la dedalera (*digitalis purpurea*), cuyas hojas especialmente en tintura alcohólica son un recurso efectivo para la hidropesía producida por un corazón desfalleciente; la adormidera (*papaver somnifera*), con la que se consigue alivio del dolor, tos y diarrea; o

de la corteza de chinchona, de reconocidas capacidades febrífugas. En el laboratorio científico, se ha demostrado luego la existencia de principios activos, que en el primer caso eran los glucósidos digitalina y digoxina; en el segundo un alcaloide (opio y sus derivados: morfina, codeína, heroína), y en el caso de la chinchona era la quinina y similares.

La industria farmacéutica, conocida la estructura molecular de estos productos, ha podido sintetizarlos en el laboratorio, obteniendo así preparados de absoluta pureza; modificar su fórmula, a fin de hacerlos más efectivos e inocuos, etc. Y así han nacido los específicos que hoy llenan los anaqueles de nuestros gabinetes de farmacia. El ejemplo de la penicilina, tan conocido, es aleccionador: la contaminación de un cultivo bacteriano por un hongo del género *penicillium* (primero clasificado como *rubrum* y luego identificado como *penicillium notatum*), capaz de destruir las colonias de microorganismos, fue la chispa que encendió el genio de un investigador, Sir Alexander FLEMING, para buscar en esos hongos el principio activo nocivo para las bacterias. A partir de la penicilina, el número de antibióticos betalactámicos semisintéticos se ha expandido considerablemente.

Resulta por lo demás obvio que la naturaleza nos sigue hoy día sorprendiendo con productos del reino vegetal dotados de capacidad curativa: entre los más recientes, los derivados de la vinca rosea o pervenche (*vinblastina*, *vincristina*) y del tejo americano (*taxol*), ambos con capacidad antitumoral destacada.

Los inconvenientes del uso empírico de hierbas medicinales se pueden contemplar bajo dos circunstancias. Unas veces están desprovistas de una actividad terapéutica significativa, aunque en sí no sean nocivas; su consumo puede no entrañar riesgo, salvo si se aplican en detrimento de medicaciones efectivas. He aquí dos ejemplos de reciente publicación:

—Un muchacho de 15 años, que sufre un linfoma maligno tipo Hodgkin, variedad esclerosis nodular y etapa IIA, perfectamente curable por radioterapia locorregional y poliquimioterapia complementaria. Rechaza esta pauta y toma en su lugar un producto naturista llamado Matol Biomune Plus, que se compone de la hierba astrágal y un extracto de calostro, y que pregona su capacidad activadora del sistema inmune. Resultado: el paciente no sólo no obtiene beneficio, sino que su enfermedad maligna avanza considerablemente, haciendo entonces su curación más complicada y aleatoria.

—Niña de 9 años, operada de un tumor cerebral neuroectodérmico, siendo conveniente añadir a la cirugía quimioterapia y radiaciones ionizantes, porque permiten una prolongada supervivencia. En lugar de este tratamiento, utiliza un producto natural a base de cartílago de escualo. Resultado: la enfermedad progresa con rapidez y la pequeña muere. La decisión de terapia alternativa fue desde luego responsabilidad de sus padres. En otras ocasiones, los ingredientes del vegetal son activos, tienen un efecto terapéutico no bien mensurable e incluso ocultado en las especificaciones que acompañan al preparado. Recojo, a título de ejemplo, la comunicación de DiPAOLA y otros en *New England*:

—Preparado conocido como PC-Spes (esperanza frente al cáncer de próstata) que incluye hasta 8 hierbas (*crisantemo*, *isatis*, *seudoginseng*, *palmito*, etc.); la literatura anexa al producto asegura que se trata de una medicación no hormonal. El aludido grupo de investigadores ha analizado minuciosamente el producto y concluye taxativamente: PC-Spes tiene una potente acción hormonal estrogénica. El uso no regulado de esta mezcla de hierbas puede complicar los resultados del tratamiento estándar y producir efectos adversos clínicamente significativos». ◀

J. Sillero F. Cañete, *Medicina Interna*.