



Revista Médica de  
**Homeopatía**

www.elsevier.es/homeopatía



## FUNDAMENTOS

# Medicina integrativa en el paciente oncológico: estrategia de la Organización Mundial de la Salud y estado actual

Marino Rodrigo Bañuelos

*Médico especialista en Medicina Interna, Máster en Homeopatía Salud, Profesor Clínico Asociado de Medicina. Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona, España*

Recibido el 1 de Julio de 2013; aceptado el 15 de septiembre de 2013

### PALABRAS CLAVE

Medicina integrativa;  
Oncología;  
Medicina tradicional;  
Medicina  
complementaria y  
alternativa;  
Homeopatía;  
Naturismo;  
Higienismo

### KEYWORDS

Integrative medicine;  
Oncology;  
Traditional medicine;  
Complementary and  
alternative  
medicine;  
Homeopathy;  
Naturism;  
Hygienism

### Resumen

En 2002, la Organización Mundial de la Salud presentó su documento “Estrategia sobre medicina tradicional 2002-2005” basándose en el uso extenso de las medicinas no convencionales. Se justificaba la necesidad de vías de integración que garantizaran la eficacia, seguridad y accesibilidad de las poblaciones a estos recursos, y que implicaban a gobiernos, autoridades, pacientes, proveedores y profesionales sanitarios. Algo más de una década después se van concretando diversas formas de integración al tiempo que se plantean nuevos retos. Médicos de la práctica convencional y no convencional estamos convocados a abordarlos.

© 2013 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

### Integrative medicine in the oncology patient: World Health Organization strategy and current state

### Abstract

In 2002, the World Health Organization presented its document “Traditional Medicine Strategy 2002-2005”, being based on the extensive use of non-conventional medicines. It justified the need for integration routes that would ensure the efficacy, safety, and accessibility of the population to these resources, and that involved governments, authorities, patients, and health providers and professionals. A little more than a decade later, different forms of integration are being put into action, at the same time presenting new challenges. Physicians of conventional and non-conventional medical practice are called upon to approach these.

© 2012 Elsevier España, S.L. All rights reserved

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mrod@mixmapail.com; mrb300@gmail.com

Dejemos actuar un poco a la naturaleza

*Montaigne, Ensayos*

## Introducción

En su documento “Estrategia sobre medicina tradicional 2002-2005”, la Organización Mundial de la Salud (OMS) presentó su papel en las medicinas tradicional, complementaria y alternativa (MT/MCA) desarrollando los aspectos culturales, científicos, económicos, políticos, de seguridad, eficacia, calidad y acceso<sup>1</sup>. Definió la MT como prácticas, enfoques, conocimientos y creencias sanitarias diversas que incorporan medicinas basadas en plantas, animales o minerales, terapias espirituales, técnicas manuales y ejercicios aplicados de forma individual o en combinación para mantener el bienestar, además de tratar, diagnosticar y prevenir las enfermedades. Y reservó los términos “complementaria” y “alternativa” para referirse a un amplio grupo de prácticas sanitarias que no forman parte de la tradición de un país o no están integradas en su sistema sanitario prevaleciente.

El porcentaje de población que utilizó la MCA al menos 1 vez era del 48% en Australia; del 70% en Canadá; del 42% en Estados Unidos; del 38% en Bélgica, y del 75% en Francia<sup>2</sup>. Una encuesta realizada entre 610 médicos suizos mostró que el 46% había utilizado alguna forma de MCA, principalmente homeopatía y acupuntura. Esto era comparable a la cifra de MCA para el total de la población suiza<sup>3</sup>. En Reino Unido, casi un 40% de todos los médicos alopáticos ofrecía alguna forma de derivación o acceso a la MCA<sup>4</sup>.

A partir de la constatación de que el uso de estos recursos era amplio y creciente, la OMS planteaba una estrategia global y local que garantizase a la población una asistencia sanitaria en condiciones básicas de efectividad, seguridad y accesibilidad. Proponía, además, un *uso racional* de la MT/MCA basado en una buena comunicación entre proveedores, médicos alopáticos y pacientes, en la implementación de actuaciones en investigación, formación y educación, y en su integración en planes de tratamiento interdisciplinarios óptimos, desarrollados (esto es importante) en cooperación con los pacientes. De este modo, comunicación, formación, información, investigación e integración se constituyen en pilares de todo este planteamiento.

## Comunicación

En la relación médico-paciente, el modelo paternalista va siendo sustituido por el autonomista en la medida en que sus principales agentes lo van asumiendo. Cada vez más, los pacientes participan activamente en sus procesos de salud y enfermedad: se informan, contrastan opiniones y eligen recursos, además de aceptar (o, excepcionalmente en nuestro medio, rechazar) las recomendaciones convencionales. Cada vez más, los médicos asumimos nuestra función de decidir *con* el paciente, no *por* él.

Citando a la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM): se realizó una encuesta a pacientes con neoplasia avanzada para saber si utilizaban las terapias complementarias<sup>6</sup>. Alrededor del 60-88% de ellos las habían utilizado en algún momento después del diagnóstico. A pesar de la

difusión de estas terapias hay una brecha entre el reconocimiento por los pacientes de su empleo y la comunicación con el médico responsable, pues un 63-72% de los pacientes que las usan no lo comunican a su médico, porque el médico no se lo pregunta (60%), porque no creen que sea necesario o, quizás, por temor.

He aquí una sugerencia para la práctica asistencial, de aplicabilidad inmediata: preguntar sistemáticamente a los pacientes oncológicos si recurren a la MT/MCA y hacerlo constar en la historia clínica.

## Formación

Los médicos tenemos la responsabilidad de conocer las carencias y limitaciones de nuestros recursos sanitarios habituales y de mejorar conocimientos y habilidades, intentando colaborar —en la medida de nuestras posibilidades— en todo esfuerzo conjunto que permita mejorar la asistencia. Citando de nuevo a la SEOM: la mayoría de médicos no recibe formación sobre seguridad y efectividad de las terapias complementarias, y tiene un conocimiento limitado en este ámbito. Las encuestas muestran un deseo de los médicos de acceder a información de calidad sobre estas terapias para mejorar el trato y fortalecer la comunicación con el paciente.

La tradición empírica de buena parte de los recursos de la MT/MCA apoya su empleo y el hecho de que, por diferentes motivos que no viene a cuento detallar aquí, sea difícil obtener “evidencia” científica que los avalen no significa que los médicos tengan que prescindir de ellos, como tampoco prescinden los pacientes. Su empleo óptimo debería permitirnos adaptarlos a las peculiaridades de cada persona, solos o en complementación con los tratamientos convencionales.

Fundamental en este aspecto de la formación médica en MT/MCA es la consideración de sus bases teóricas. En particular, en lo que es común a varias de ellas, por ejemplo, homeopatía, naturismo e higienismo médicos: el enfoque holístico e individual. Integración no es amontonamiento. No es la arbitraria acumulación de técnicas y procedimientos sin una clara fundamentación de su aplicación y una formulación de objetivos para cada paciente en cada momento de su proceso.

Una adecuada integración de recursos deberá considerar y facilitar los recursos adaptativos, defensivos y curativos movilizados por el paciente, e interpretar adecuadamente síntomas emergentes durante el proceso terapéutico. Por ejemplo, ante un estado nauseoso en un paciente en tratamiento oncológico, una restricción de la ingesta (incluso un ayuno temporal) puede resultar una medida más eficaz y segura que la adición de un fármaco antiemético, quizás generador de nuevos síntomas como efectos colaterales. Una elevación térmica puede ser indicador de reacción saludable en un paciente concreto en un momento determinado, y no la simple justificación para administrar supresivamente un antitérmico. La reaparición de un exantema cutáneo largo tiempo suprimido puede ser un episodio favorable en la medida en que no es de nuevo suprimido.

Si, como se ha dicho, tenemos un problema con un exceso de intervencionismo médico y farmacológico en la

asistencia sanitaria, la contención razonable, la actitud expectante o un intervencionismo de apoyo, no supresivo, apoyado en la confianza en los recursos curativos de los pacientes, sería al menos parte de la solución cuando estas estrategias sean aplicables, con más motivo en el paciente oncológico, en quien es tan importante contar con todos sus recursos psicoorgánicos como aliados terapéuticos. En otro lugar he presentado argumentos que apoyan un manejo conservador, expectante o favorecedor ante determinadas situaciones clínicas, más allá del meramente supresivo de síntomas<sup>6</sup>.

Expresado en una dicotomía un tanto forzada, pero que nos sirve al propósito de visualizar sinergias, una buena integración de recursos debería permitirnos actuar contra la enfermedad *cáncer* con los tratamientos disponibles, generalmente oncológicos convencionales, ocasionalmente de otro tipo, y, al mismo tiempo, apoyar y fortalecer los mecanismos curativos de los pacientes.

Intentando avanzar en este sentido de fundamentar la aplicación de la MT/MCA en la comprensión de sus principios, en mayo del corriente se llevó a cabo en Pamplona una actividad de formación acreditada y autofinanciada, en la que confluimos médicos de los ámbitos convencional y no convencional procedentes de Navarra, País Vasco y Zaragoza. Con la colaboración del Servicio de Oncología Médica del Complejo Hospitalario de Navarra, de la Fundación Colegio de Médicos de Navarra, de la Asociación Vasco-Navarra de Médicos Homeópatas y del Centro de Salud Vital Zuhaizpe, se exploraron los antecedentes históricos, el contexto actual, los criterios médicos, las indicaciones terapéuticas y la evidencia científica de la medicina integrativa en el paciente oncológico. Revisamos, en particular, los recursos del naturismo e higienismo médicos más universalmente empleados y asequibles, menos intervencionistas y que constituyen probablemente la forma más antigua de MT: los elementos naturales, el ayuno y la restricción calórica.

## Información

La OMS aludía, en su documento, a 2 extremos que hay que evitar: el *entusiasmo no crítico* y el *escepticismo no informado*. Los médicos nos vemos con frecuencia en la tesitura de tener que dar nuestra opinión a los pacientes o a la opinión pública sobre aspectos referidos a los recursos de la MT/MCA, ya sea en nuestra práctica individual o desde nuestras agrupaciones profesionales. En esta situación, tan importante es rechazar las presiones comerciales de, entre otros, los fabricantes de productos no convencionales como las procedentes de los de productos bien asentados en la práctica sanitaria convencional, con intereses opuestos a los primeros, con poderosos medios a su disposición y enorme capacidad de influencia, que ha llegado a afectar gravemente la credibilidad de supuestas evidencias científicas.

En esta labor informativa destacan aportaciones personales por la calidad de sus esfuerzos<sup>7</sup>. Desde el ámbito de agrupaciones profesionales, la SEOM puso en marcha en 2010 una iniciativa encomiable dirigida a pacientes y público en general a la que se accede desde su premiada página *web* ([oncosaludable.es](http://oncosaludable.es))<sup>8</sup>. La *Guía de hábitos*

*oncosaludables* y la sección “Terapias integrativas” pueden servirnos de referencia a la hora de informar o dar nuestra opinión a nuestros pacientes.

## Investigación

Algunos de estos recursos no convencionales podrían interaccionar con los oncológicos, condicionando su efectividad y seguridad. De hecho, para algunos está ya documentado. Así, el zumo de pomelo bloquea los citocromos hepáticos, por lo que retrasa la eliminación de docetaxel, aumentando el riesgo de toxicidad; el ginseng, el ajo y la equinácea, por afectación del citocromo P450, pueden reducir los valores de ciclofosfamida; algunos remedios botánicos pueden producir efectos no deseados en el período perioperatorio, debido a su actividad antiplaquetaria; los fitoestrógenos presentes, por ejemplo, en la soja, no serían recomendables en tratamientos con tamoxifeno o inhibidores de la aromatasas; el empleo simultáneo de hipérico con irinotecán reduce los valores de SN38, un metabolito activo.

Respecto a los resultados positivos en la investigación de los recursos de la MT/MCA baste como muestra algo referido al ayuno. Hay suficientes indicios de que el ayuno podría proteger a las células normales de la quimioterapia (QT) sin proteger a las células cancerosas, según el concepto de *resistencia diferencial al estrés*, acuñado por Longo y colaboradores. Según estos autores, los patrones de expresión genética de células normales y cancerosas cambian radicalmente en situación de ayuno, pero de forma diferente. Las normales reducen la expresión de genes asociados al crecimiento y división celulares, desviando su energía a las vías de mantenimiento celular que las protegen de condiciones estresantes y reparan el daño inducido por el estrés. Las células que no se están dividiendo y entran en modo de mantenimiento son menos propensas al daño por QT con fármacos que actúan en el proceso de división celular<sup>9</sup>.

En contraste, las células cancerosas tienen mutaciones que, en esta situación de *hambre*, les impide redirigir sus recursos a funciones diferentes del crecimiento. En esta situación se reduce también la expresión de muchos genes protectores, haciéndolas más propensas a morir. Finalmente, el ayuno depriva a las células cancerosas de azúcar y otras moléculas necesarias para sostener su ilimitada división. De este modo, el ayuno asociado a la QT expondría a la célula cancerosa a un entorno doblemente hostil, al tiempo que protege a la célula normal de sus efectos. Estudios realizados en células de cultivo, en animales y en humanos, muestran que dicha combinación podría retrasar el desarrollo tumoral, sensibilizar a las células malignas a la QT, disminuir sus efectos secundarios, prolongar la supervivencia y la regresión, y disminuir la progresión metastásica. Si esto fuera así, ya vamos con retraso en progresar en la investigación del ayuno como recurso terapéutico y emplearlo en la práctica asistencial.

Por otra parte, la homeopatía se emplea en pacientes oncológicos. Se han publicado casos clínicos con distintos enfoques. En general presentan escuetamente el tratamiento homeopático administrado sin valorar los posibles recursos complementarios (¿y convencionales?) que los

pacientes hayan podido emplear durante este, condicionando así limitaciones respecto a la interpretación de sus resultados<sup>10,11</sup>. Lo mismo cabe decir de cualquier tratamiento oncológico convencional cuando, en la valoración de sus resultados, no se considera la posible contribución de recursos no convencionales.

Se necesitan equipos de expertos en diversos campos multidisciplinarios. Esto significa voluntad, trabajo y recursos. Supone lo que refirieron Richardson y Straus<sup>13</sup>: que científicos experimentados y entusiastas estén dispuestos a afrontar ciertos riesgos personales para incorporarse a esta disciplina. Supone actuaciones por parte de las instituciones políticas correspondientes<sup>14</sup>.

## Integración

¿Podemos darnos por plenamente satisfechos de los beneficios obtenidos con los tratamientos oncológicos convencionales?, ¿podemos considerarlos autosuficientes? En un estudio publicado en *Clinical Oncology* en 2004, el oncólogo Graeme Morgan et al<sup>14</sup> se preguntaron por la contribución de la QT a la supervivencia de pacientes oncológicos adultos. Tras revisar la literatura científica llegaron a la conclusión de que su contribución global a la supervivencia a 5 años fue del 2,3% en Australia y del 2,1% en Estados Unidos. Una contribución que los autores consideraron *menor*.

Si queremos mantener los logros de la oncología y, quizás, mejorarlos con tratamientos no convencionales, el primer paso es su empleo médicamente controlado. Su aplicación con rigor y método traerá otras 2 consecuencias prácticas: en primer lugar podremos valorar individualmente en cada paciente su posible impacto en el curso del tratamiento, y en segundo lugar, con un volumen suficiente de pacientes simultaneando o alternando tratamientos convencionales y no convencionales, tendremos la posibilidad de realizar estudios científicos que nos ayuden a ir concretando efectividad y seguridad y, en consecuencia, la utilidad y aplicabilidad de su uso integrado. Con actitud responsable y equilibrada, crítica pero no prejuzgada, médicos en ejercicio convencional y no convencional partimos de un, a menudo, “*disvalorado*” empirismo (infravalorado a veces, sobrevalorado otras), y aspiramos a la validación científica de técnicas y procedimientos.

El primer paso para una medicina integrativa de calidad es reconocer que ya existe, que muchos pacientes y profesionales sanitarios están ya combinando recursos.

La OMS enfatizaba la necesidad de avanzar en el conocimiento de las potencialidades de la MT/MCA en la asistencia sanitaria a la población. Grupos de trabajo y unidades clínicas están integrando conceptos, técnicas y recursos terapéuticos convencionales y no convencionales, y aplicándolos en diversos ámbitos asistenciales. Centros oncológicos de referencia, como el Anderson Cancer Center y el Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, disponen de unidades de oncología integrativa. En nuestro país, el Servicio de Oncología del Hospital de Mataró ofrece asistencia integral apoyada por su Unidad de Terapias Naturales. En 2004, la Society for Integrative Oncology publicó las *Guías de práctica clínica basada en la evidencia para la Oncología integrativa*, actualizadas en 2009<sup>16</sup>. Esfuerzos todos ellos que merecen apoyo y continuidad.

## Conclusiones

La OMS elaboró en 2002 una estrategia ante una situación *de facto*: pacientes de todo el mundo recurren a las MT/MCA, ya sea *además de o en vez de* la medicina convencional. El avance hacia el modelo autonomista en la relación médico-paciente determina la adaptabilidad de los sistemas sanitarios a las decisiones de los pacientes en sus procesos de salud, enfermedad y curación cuando optan por recursos de la MT/MCA. En el ámbito de la oncología médica, centros de referencia mundial han incluido en sus carteras de servicios procedimientos no convencionales, en lo que se ha dado en llamar *oncología integrativa*. Los limitados conocimientos de efectividad y seguridad de la mayor parte de estos recursos, así como su probada o posible interacción con los tratamientos oncológicos convencionales, condicionan un esfuerzo plural. En primer lugar, de *comunicación* entre pacientes, médicos y proveedores, que incluye la información a los primeros y la formación de los segundos; en segundo lugar, de *investigación* de su eficacia y seguridad, y, finalmente, de *integración* de recursos en cooperación con los pacientes. Desde el principio es imperativo evitar el mero consumismo “alternativo” y optimizar el gasto sanitario, introduciendo rigor en su aplicación y metodología en su investigación.

## Agradecimientos

A Ruth Vera García y Lucía Teixeira Sánchez, jefa y médica adjunta, respectivamente, del Servicio de Oncología Médica del Complejo Hospitalario de Navarra (CHN); a Xavier Uriarte Llorente, especialista en rehabilitación y naturista; a Germán Achury Bello, anestesiista del CHN y experto en balance polar electromagnético y cromoterapia; a Karmelo Bizkarra Maiztegi, médico higienista y experto en medicina antroposófica del Centro de Salud Vital Zuhaizpe, en Arizleta, y a Pablo Saz-Peiró, especialista en hidrología médica y naturista, Universidad de Zaragoza. Por arrimar el hombro y mucho más en el camino hacia una medicina integrativa de calidad, eficaz, segura y accesible.

A nuestros pacientes oncológicos, por darnos cada día la oportunidad de asistirles mejor.

A Hodei Rodrigo Pérez, por revisar el manuscrito.

## Bibliografía

1. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005. Organización Mundial de la Salud: Ginebra; 2002.
2. Fisher P, Ward A. Medicine in Europe: complementary medicine in Europe. *BMJ*. 1994;309:107-11.
3. Health Canada. Perspectives on Complementary and Alternative Health Care. A Collection of Papers Prepared for Health Canada. Ottawa: Health Canada; 2001.
4. Domenighetti G. Usage personnel de pratiques relevant des médecines douces ou alternatives parmi les médecins suisses. *Médecine & Hygiène*. 2000;58:2291.
5. Zollman C, Vickers A. ABC of complementary medicine. London: BMJ Books; 2000.
6. Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). Disponible en: <http://www.seom.org/>

7. Rodrigo Bañuelos M. El foco, la ventana, la luna y su reflejo: luz y encuadre en medicina. *Rev Med Homeopat.* 2012;5:143-8.
8. Eres N. Oncología integrativa. *Integral.* 2011;377:48-55.
9. Guía de terapias integrativas. Disponible en: <http://www.oncosaludable.es/es/inicio/terapias-integrativas>
10. Safdie FM, Dorff T, Quinn D, Fontana L, Wei M, Lee C, et al. Fasting and cancer treatment in humans: a case series report. *Aging (Albany NY).* 2009;1:988-1007.
11. Imventarza E. ¿Un nuevo enfoque o el retorno a la homeopatía constitucional en el tratamiento del cáncer? 65.º Congreso de la LMHI. Los Ángeles, Estados Unidos, 18-22 de mayo de 2010.
12. Mateu-Ratera M. Cáncer y homeopatía. V Jornadas Nacionales de Homeopatía. FEMH. Alicante, 4-6 de abril de 2003.
13. Richardson MA, Straus SE. Medicina complementaria y alternativa: oportunidades y retos en la investigación y el tratamiento del cáncer. *Seminars in Oncology* (ed. esp.). 2003;II:455-68.
14. EUROCAM. The role of complementary and alternative medicine in the context of cancer. Background document for the MAC-CAM Interest Group meeting on 27 March 2012 in the European Parliament.
15. Morgan G, Rard R, Barton M. The contribution of cytotoxic chemotherapy to the 5-year survival in adult malignancies. *Clin Oncol (R Coll Radiol).* 2004;16:549-60.
16. Deng GE, Frenkel M, Cohen L, Cassileth BR, Abrams DI, Capodice JL, et al; Society for Integrative Oncology. Evidencebased clinical practice guidelines for integrative oncology: complementary therapies and botanicals. *J Soc Integr Oncol.* 2009;7:85-120.