

Evidencia y uso de plantas medicinales en los sistemas de salud

Evidence and use of medicinal plants in the health systems

Prof. Dr.C. Francisco Morón Rodríguez

Doctor en Ciencias Médicas. Profesor Titular de Farmacología.

La medicina basada en evidencia (MBE) se ha impuesto, de manera creciente, para considerar la pertinencia de los tratamientos en medicina. A partir de esa premisa se han exigido ensayos clínicos más rigurosos y con mayor número de pacientes incluidos de manera que se requieren varios miles para probar la eficacia de un medicamento. Sin duda, es importante y constituye un avance, aunque contrasta con la tendencia paralela a imponer estudios preclínicos "alternativos" que minimizan o eliminan los animales totales para llegar a sustituirlos por modelos *in vitro* que llegan al nivel reduccionista de un sistema enzimático.

De unos 200 tratamientos médicos conocidos solo 13 % ha sido clasificado beneficioso y probablemente beneficioso 23 %, contra 46 % con efectividad desconocida y el resto (18 %) con diversas categorías de efecto y seguridad dudosos y hasta perjudiciales; esas cifras sugieren que los investigadores tenemos una gran tarea por delante y que la mayoría de las decisiones terapéuticas descansan en los criterios individuales de los clínicos y los pacientes.¹ Si lo anterior ocurre para los medicamentos de síntesis y otros tratamientos aceptados hoy día por la medicina: ¿qué podemos esperar para las plantas medicinales y otros que clasifican como "complementarios o alternativos" (CAM)?

Divergentes observaciones y cartas publicadas en *British Medical Journal* (BMJ)²⁻⁴ motivaron a tratar este tema con nuestros lectores. Un análisis concluye que necesitamos prestar más atención a los tratamientos CAM que los pacientes buscan y a la evidencia que respalda su efectividad.² Otro señala que eufemismos como "desconocido" o "necesita más estudio" para calificar la ineficacia de tratamientos CAM pueden calmar a los que proponen estos que han fallado en mostrar eficacia; lo anterior es injusto con los investigadores que obtuvieron esos resultados y engañan tanto a practicantes como a pacientes. Resulta particularmente irónico que las terapias CAM están sobre-representadas en la categoría "no mostró ser efectiva".³ Por otra parte, se destaca que muchos fármacos de la farmacopea actual derivan de plantas y que en el Reino Unido solo 0,0085 % del presupuesto para

investigación médica se gasta en CAM mientras que 15 a 20 % de los pacientes acuden a CAM anualmente, a pesar que se les dice no hacerlo.⁴

Los sistemas de salud necesitan usar los recursos con máximo efecto, ello los hace prestar atención a la MBE para priorizar los tratamientos con mayores evidencias de efectividad y surge un dilema para seleccionar cuando la evidencia es débil. Sin embargo, muchos tratamientos ortodoxos y complementarios se emplean a pesar de la incertidumbre de sus efectividades. Un principio de la práctica basada en evidencia es que la evidencia debe ser solo un aspecto a considerar al tomar decisiones clínicas, junto a la pericia y perspectivas tanto de pacientes como de clínicos; un servicio basado en evidencia debe reflejar la preferencia expresada por el paciente.⁵

En el contexto internacional anterior podemos invitar a nuestros lectores a reflexionar sobre 3 aspectos:

La utilización de plantas medicinales y otras CAM debe hacerse éticamente, sobre la base de la información precisa y transparente a los pacientes que tienen como sustento el uso tradicional y hasta qué punto las investigaciones lo validan.

Los investigadores estamos en el deber de hacer investigaciones aplicadas, preclínicas y clínicas, que contribuyan a establecer la efectividad de los medicamentos herbarios y de los usos de plantas medicinales tradicionales. Debemos pensar más sobre la aplicabilidad y contribución a la salud que podemos hacer y secundariamente en publicar en las revistas de "impacto" y otras salidas académicas de nuestro trabajo. Estas investigaciones son poco atractivas para las grandes industrias farmacéuticas porque no suelen tener patentes como salidas; tampoco les interesa a los que fabrican a partir de plantas medicinales los "suplementos nutricionales" y otras categorías, pues registran y comercializan con pocos requisitos. Sin embargo, el uso de plantas medicinales, incluidas esas presentaciones que no son medicamentos, constituye prácticamente un problema de salud porque las personas las emplean aunque no sean aconsejadas por el médico y hasta si son desaconsejadas por él. Por ello, los sistemas de salud y otros financistas deben apoyar más las investigaciones dirigidas a validar usos tradicionales de plantas medicinales, así como otras terapias consideradas "complementarias", y lograr las evidencias necesarias para que entren o salgan definitivamente como recursos terapéuticos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Anónimo. About us. How much do we know? *BMJ. Clinical Evidence*. Visitado: 31 de diciembre de 2007. Disponible en <http://clinicalevidence.bmj.com/ceweb/about/knowledge.jsp>
2. Kamerow D. Wham, bam, thank you CAM. *BMJ*. 2007;335:647. Visitado: 30 de septiembre de 2007. Disponible en <http://bmj.com/cgi/content/full/335/7621/647>
3. Garrow JS. How much of orthodox medicine is evidence based? *BMJ*. 2007;335:951. Visitado: 15 de noviembre de 2007. Disponible en <http://bmj.com/cgi/content/full/335/7627/951-a>
4. Lewith GT. Funding for CAM. *BMJ* 2007;335:951. Visitado: 15 de noviembre de 2007. Disponible en <http://bmj.com/cgi/content/full/335/7627/951>

5. Tovey DI. Evidence is important but should not be the only consideration: patients' and clinicians' views matter too. *BMJ* 2007; 335:952. *Visitado:* 15 de noviembre de 2007. Disponible en <http://bmj.com/cgi/content/full/335/7627/952>