

Uso de terapia alternativa/complementaria en pacientes seropositivos a VIH

Armando
Herrera-Arellano,¹
Minerva
Jaime-Delgado,²
Sara
Herrera-Álvarez,²
Jesús
Oaxaca-Navarro,²
Eduardo
Salazar-Martínez^{2,3}

RESUMEN

Objetivo: identificar uso de terapias alternativas/complementarias (TA/C) en pacientes infectados con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH+), así como tipo, tiempo y factores asociados.

Métodos: estudio transversal en clínicas de VIH de tres instituciones líderes; participaron 293 sujetos a quienes se les aplicó un cuestionario específico por personal estandarizado con información demográfica y de utilización de TA/C.

Resultados: la prevalencia de uso de TA/C fue de 73.4 %; 71 % informó al médico tratante de su empleo; 51 % indicó usar suplementos alimenticios, 29.7 % herbolaria y 19 % agentes físicos, ejercicio, medicina china y terapia por contacto; 96.6 % de los usuarios percibió beneficio. Los pacientes con bajos ingresos, derechohabientes del IMSS y con tratamiento antirretroviral, fueron los mayores usuarios.

Conclusiones: el uso de TA/C es una práctica común entre pacientes VIH+. No se limita a un solo producto, siendo los polivitamínicos y los productos herbarios los más utilizados, la mayoría tiene prescripción por personal de salud y los usuarios manifestaron algún beneficio. Se requieren otros estudios de seguimiento para establecer el impacto de las TA/C sobre la evolución de la enfermedad y la calidad de vida de los pacientes VIH+.

SUMMARY

Objective: to evaluate the use of complementary alternative medicine (CAM) in patients infected with the human immunodeficiency virus (HIV), and to identify the type and factors associated to its use.

Methods: cross-sectional study made in HIV clinics of three majors institutions from Morelos State, Mexico; the sample was 293 subjects; a specific questionnaire looking for demographic information and CAM use was applied.

Results: The use of CAM was 73.4 %; 71 % informed to the physician of their use. 51 % of the patients reported using nutritional complements, 29.7 % herbal products and 19 % used physical agents like exercise, Chinese medicine, and therapy by contact. The 96.6 % of the users reported some perception of benefit with its use. The patients with low income, IMSS beneficiaries and on antirretroviral treatment are the greatest CAM users.

Conclusions: CAM use is a common practice among HIV (+) patients. The multivitamins and herbal products were the most used. The majority is prescribed by health personnel and the users showed some benefit. Other longitudinal studies are required to establish the CAM impact on the disease evolution and the quality of life of HIV (+) patients.

¹Centro de Investigación Biomédica del Sur, Xochitepec, Morelos
²Hospital General Regional 1, Cuernavaca, Morelos
³Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, Morelos

Autores 1 y 2, Instituto Mexicano del Seguro Social

Comunicación con:
Armando
Herrera-Arellano.
Tel: (777) 361 2155.
Fax: (777) 361 2194.
Correo electrónico:
armandoha_mx@yahoo.com.mx

Recibido: 3 de noviembre de 2008

Aceptado: 23 de septiembre de 2009

Introducción

Se llama *medicina alternativa* al tratamiento de salud que no concuerda con la norma de la práctica médica occidental o al empleo único de alguna medicina no occidental. *Medicina complementaria* se denomina al uso complementario de alguna medicina además de la convencional u occidental. El Centro

Nacional de Medicina Alternativa y Complementaria divide en cinco grupos los diferentes tipos de terapias alternativas/complementarias (TA/C):

1. *Sistemas médicos alternativos:* homeopatía, naturopatía, medicina china y ayurveda.
2. *Enfoque sobre la mente y el cuerpo:* grupos de apoyo a pacientes, terapia cognitiva y conductual,

Palabras clave

VIH
terapias
complementarias
fitoterapia

Key words

HIV
complementary
therapies
phytotherapy

así como soluciones creativas como música y danza.

3. *Terapias biológicas*: suplementos dietéticos, uso de productos herbolarios y de otras terapias “naturales”.
4. *Métodos de manipulación y basados en el cuerpo*: quiropráctica, osteopatía y masaje.
5. *Terapias sobre la base de la energía*: terapias del biocampo (chi gong y reiki) y terapias bioelectromagnéticas (campos de impulsos, campos magnéticos y campos de corriente alterna o directa).^{1,2}

Independientemente del tipo de patología, en todo el mundo se informan altos porcentajes de uso de TA/C, de 21 a 84 %.³⁻⁷ En México, el uso de TA/C varía según la enfermedad entre 44 y 70 %.^{8,9} Respecto a la herbolaria, en Norteamérica se informan frecuencias de uso hasta de 61 %, predominando en latinos.^{10,11} En México, el empleo de terapias herbolarias se encuentra muy difundido, alcanzando hasta 90 % por los pacientes y aceptación de 83 % en médicos familiares.¹²

El tipo, la frecuencia y la fuente de información del uso de TA/C en las personas infectadas por VIH varía según la raza y el sexo. Así, en Estados Unidos se han informado prevalencias hasta de 84 %, siendo las mujeres blancas y con alta escolaridad los sujetos más propensos a probarla o emplearla; las formas más utilizadas fueron vitamínicos, el ajo (*Allium sativum* L. [Alliaceae]), terapias de masaje, acupuntura, visita al quiropráctico y herbolaria. Otro estudio mostró que los sujetos VIH+ usaron más de 1600 diferentes tipos de TA/C (1210 sustancias, 282 actividades terapéuticas y otras 119 terapias) como tratamiento. Incluso, 84 % de los pacientes VIH+ participantes en ensayos clínicos controlados en Estado Unidos utiliza TA/C. Por otro lado, la homeopatía se emplea principalmente en Europa.¹³⁻¹⁶

Por lo señalado, resulta evidente que en todo el mundo altos porcentajes de pacientes VIH+ emplean algún tipo de TA/C, pero desafortunadamente existen pocos estudios que aborden el efecto de algún tipo específico de TA/C, como tratamiento único o administrado junto con el régimen antirretroviral, sobre la evolución de la infección o de los efectos colaterales del tratamiento.¹⁷ A continuación se mencionan algunas investigaciones formales que ilustran la importancia del efecto de la TA/C sobre la infección por VIH: la hierba de San Juan (*Hypericum perforatum* L.), que se emplea en la formulación de múltiples medicamentos antidepressivos, ha mostrado interacción con el indinavir (inhibidor de las proteasas), al disminuir en promedio 57 % su biodisponibi-

lidad en sujetos sanos.¹⁸ En un ensayo clínico fase I en pacientes VIH+, la administración de androgroholide (lactona diterpénica antiviral presente en la especie vegetal *Andrographis paniculata* [Burm.f] Wall. ex Nees) incrementó la cuenta de linfocitos CD4.¹⁹

Por otro lado, la medicina alternativa o complementaria también es usada por pacientes que reciben atención médica dentro de los sistemas formales de salud, incluso sin la autorización del personal de salud, como una forma de coadyuvar con la medicina convencional.¹² Esto indica la necesidad de motivar al médico tratante para que indague y, después de consultar las fuentes científicas apropiadas, autorice o desapruuebe el uso de la TA/C específica que cada paciente le informe.^{20,21} El empleo de TA/C está tan difundido, que diversas asociaciones médicas en Estado Unidos no solo consideran necesario integrar su estudio a los currículos y programas educativos de médicos y enfermeras, sino que algunas escuelas de medicina y la mayoría de los programas de residencia médica con práctica familiar ya incluyen información al respecto.^{22,23}

En México, a pesar de los más de 121 mil casos VIH+ registrados para el 30 de junio de 2008, no existe información sobre el uso, tipos y productos de la TA/C prescritos formal o informalmente en las personas con esta infección.²⁴⁻²⁶ Por lo anterior, el objetivo del presente estudio fue evaluar la prevalencia de uso de la terapia alternativa/complementaria en pacientes VIH+ del estado de Morelos, México, así como identificar el tipo y tiempo de uso y los factores asociados a su utilización.

Métodos

Estudio transversal en pacientes portadores del virus de la inmunodeficiencia adquirida, con edades entre dos y 74 años, provenientes de las clínicas de VIH del Instituto Mexicano del Seguro Social, de la Secretaría de Salud y del Hospital del Niño Morelense del estado de Morelos, entre febrero de 2003 y enero de 2004. Fueron incluidos pacientes bajo supervisión médica en las diferentes clínicas de VIH que aceptaron por escrito participar en el estudio. Se utilizó un cuestionario diseñado específicamente para el proyecto que incluyó preguntas sobre aspectos sociodemográficos, utilización, percepción de beneficio y costos de la TA/C. Se calculó el tamaño de la muestra ($n = 245$) mediante la fórmula para el cálculo de una proporción, con un nivel de significancia de 0.05 y un poder de 0.20.²⁷

Construcción y validación del instrumento de medición

El cuestionario fue diseñado por consenso por tres integrantes del grupo de investigación: un médico internista (encargado de la Clínica de VIH del Instituto Mexicano del Seguro Social en Cuernavaca, Morelos), un investigador clínico (doctor en Ciencias, con experiencia en el estudio del conocimiento y aceptación de fitomedicamentos por médicos y pacientes)²⁸ y un médico residente de medicina familiar. Para evitar sesgos de información e incrementar la validez interna del instrumento, se elaboró un manual operativo del cuestionario, el cual contenía la definición, interpretación y codificación de cada uno de los reactivos del mismo; además, los entrevistadores fueron capacitados y certificados tanto con el manual operativo como en el correcto llenado del cuestionario. Para validar el instrumento de evaluación, antes de la aplicación definitiva del instrumento se efectuó una prueba piloto a 20 pacientes VIH+. La versión final del cuestionario se generó al modificar los errores de constructo identificados durante la prueba piloto.²⁹

El análisis estadístico de los datos se realizó a través de medidas de tendencia central, de dispersión, frecuencias simples y porcentajes, así como medidas de asociación con intervalos de confianza a 95 %, utilizando el paquete estadístico Stata versión 8.

Resultados

El estudio incluyó 293 pacientes portadores de VIH, la media de edad de los pacientes fue de 37 años, con predominio del sexo masculino (72.7 %). La mitad de la población estudiada fue soltera (51.8 %), mientras que tres cuartas partes católicos (77.1 %), casi un cuarto terminó la preparatoria (23.5 %) y el mismo porcentaje se dedicaba al hogar (23.9 %). Por clínica de VIH en control, la población participante se distribuyó de la siguiente forma: 71.67 % del Instituto Mexicano del Seguro Social, 24.57 %, de la Secretaría de Salud y 3.75 % del Hospital del Niño Morelense. Se identificó que 243 pacientes usaban medicamentos antirretrovirales (82.94 %), 138 empleaban tres fármacos (47.09 %), 97 dos (33.19 %) y 18 (6.14 %) utilizaban monoterapia institucional con diferentes fármacos (figura 1). El tiempo de evolución de la enfermedad de los pacientes fue de 45.5 meses (rango de uno a 182).

En el cuadro I se indican los productos informados y el tiempo de uso de TA/C por pacientes VIH+. Se documentaron 299 productos, correspondiendo

29.76 % a recursos herbolarios, 5.7 % a agentes físicos, 3.7 % a medicina china y 3 % a terapia por contacto. El 57 % restante correspondió a diversas TA/C, incluyendo principalmente complementos alimenticios y multivitamínicos, que ocuparon el primer lugar con 51 % de esta categoría. Antes del diagnóstico de portador del VIH, solo 22.18 % de los pacientes manifestó haber usado algún tipo de TA/C para otro tipo de enfermedades; posterior al diagnóstico, 73.4 % ($n = 215$) de los participantes aceptó usar medicina alternativa para tratar de curar o controlar la infección por VIH, correspondiendo a 84.2 % como terapia complementaria y 15.8 % a terapia alternativa. La TA/C fue utilizada como monoterapia por 71.9 % de

Herrera-Arellano A et al.
Terapia alternativa/
complementaria
en VIH

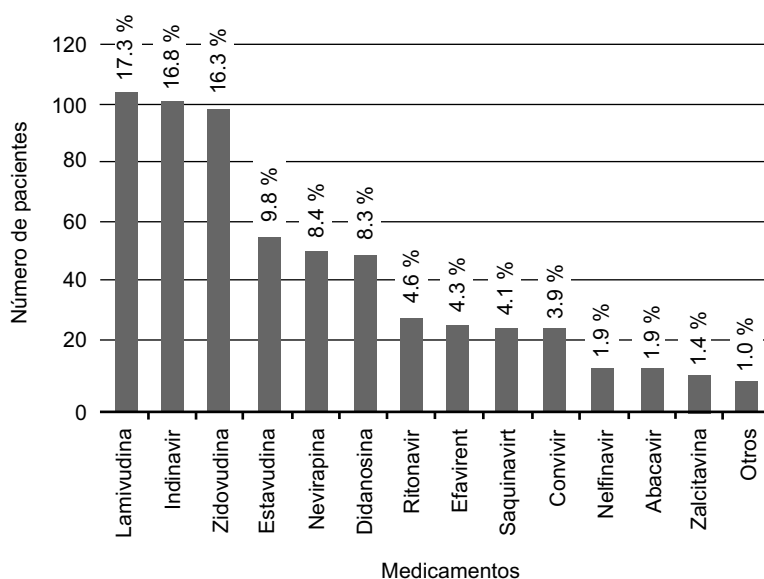


Figura 1. Medicamentos utilizados en las clínicas de VIH, Morelos, México, 2004

Cuadro I

Tipo de terapias alternativas/complementarias y tiempo de uso en 215 de 293 pacientes con VIH+, Morelos, México

Tipo de TA/C	Núm. usuarios	Tiempo de uso (meses)		
		Media	DE	Rango
Herbolaria	89	10.106	10.83	1-60
Agentes físicos	17	8.17	12.42	1-48
Por contacto	9	5.07	4.54	1-32
Medicina china	11	16.18	23.16	1-96
Complementos de la alimentación*	152	10.01	18.90	1-204
Otros**	21	8.03	5.44	1-24
Total	299	9.87	14.57	1-204

*Multivitamínicos principalmente; **Incluye ejercicio y varios no especificados

Cuadro II

Productos naturales y herbolarios utilizados como TA/C por pacientes VIH+, en Morelos, México

Sólidos/semisólidos

Alga verde-azul (<i>Arthrospira platensis</i>)	Cápsulas de germanio (diferentes hierbas)
Cartílago de tiburón (superorden <i>Selachimorpha</i>)	Compuesto Q (raíz de "pepino chino"; <i>Cucumis sativus</i> L.)
Cúrcuma (<i>Curcuma longa</i> L.)	Equinácea (<i>Echinacea angustifolia</i> DC. <i>E. purpurea</i> L.)
Gel de sábila (<i>Aloe vera</i> L., <i>A. barbadensis</i> Mill.)	Ginkobiloba (<i>Ginkgo biloba</i> L.)
Ginsen (<i>Panax Ginseng</i> C.A. Mey.)	Hierba dulce (<i>Stevia rebaudiana</i> Bertoni.)
Marihuana (<i>Cannabis sativa</i> L.)	Super Natural Inmun (<i>Ganoderma Lucidum</i> Curtis.
Miel de abeja, miel virgen (<i>Apis mellifera</i>)	y 28 ingredientes naturales chinos)
Uña de gato (<i>Uncaria tomentosa</i> DC.)	Virusidal cápsulas (<i>Astragalus membranaceus</i> Fisch,
Plata coloide en gotas	<i>E. angustifolia</i> DC.)
Hipericin (<i>Hypericum perforatum</i> L.)	

Tés

Anís (<i>Pimpinella anisum</i> L.)	Árbol o palo de Brasil (<i>Dracaena fragans</i> L.??)
Ave néctar (producto herbolario)	Árnica, cuachalalate y cancerina (<i>Arnica montana</i> L., <i>Hippocratea excelsa</i> H.B. & K., y <i>Amphipterygium adstringens</i> Schiede ex Schlecht)
Árnica, muicle y tronadora (<i>A. montana</i> L., <i>Justicia spicigera</i> Schltdl. y <i>Tecoma satans</i> [L.] Juss. ex Kunth)	Cáscara de naranja (<i>Citrus aurantium</i> L.)
Cabello de elote o jilote (<i>Zea maiz</i> L.)	Cola de caballo (<i>Equisetum arvense</i> L.)
Manzanilla (<i>M. recutita</i> L.)	Gordolobo (<i>Verbascum thapsus</i> L.)
Labatel (producto herbario)	Manzanilla con gordolobo (<i>M. recutita</i> L., <i>V. thapsus</i> L.)
Muicle (<i>J. spicigera</i> Schltdl.)	Flor de azahar (<i>Citrus aurantium flos</i> L.)
Mercadela (<i>Calendula officinalis</i> L.)	Manzanilla con hierbabuena (<i>M. recutita</i> L., <i>Mentha piperita</i> L.)
Prodigiosa (<i>Brickellia cavanillesi</i> DC., <i>Brickellia veronicaefolia</i> HBK Grey.)	Ortiga (<i>Urtica dioica</i> L.)
Tlacuache (<i>Didelphis marsupiales</i>)	Palo azul
Tlacuache con cancerina (<i>Didelphis marsupiales</i> con <i>Hippocratea excelsa</i> H.B. & K)	Té de zana
	Té de 12 flores

Jugos y combinados

Betabel con zanahoria (<i>Beta vulgaris</i> L. var. <i>crassa</i> ; <i>Daucus carota</i> subsp. <i>sativus</i>)	Jitomate con limón (<i>Solanum lycopersicum</i> L., <i>Citrus limon</i> L.)
Naranja, piña y papaya (<i>C. aurantium</i> L., <i>Ananas comosus</i> L. y <i>Carica papaya</i> L.)	Naranja con levadura de cerveza (<i>C. aurantium</i> L., <i>Saccharomices cervisiae</i>)
Noni (<i>Morinda citrifolia</i>)	Naranja con berros (<i>C. aurantium</i> L., <i>Nasturtium officinale</i> W. T. Aiton)
Limón, naranja y apio (<i>C. limon</i> , <i>C. aurantium</i> ; <i>Apium graveolens</i>)	Naranja con fibra de Omniplus (<i>C. aurantium</i> L. con Omniplus®)
Limón con ajo (<i>C. limon</i> ; <i>Allium sativum</i>)	

Aguas preparadas

Agua de cuachalalate (<i>Hippocratea excelsa</i> H.B. & K)	Agua de jamaica (<i>Hibiscus sabdariffa</i> L.)
Agua de la jícara del árbol de panicua (<i>Cochlospermum vitifolium</i> Willd)	Agua de mora azul (<i>Vaccinium corymbosum</i> L.)
	Licudo de harina con amaranto (<i>Amaranthus</i> sp. L.)

los enfermos, con 9.5 meses de uso en promedio (rango de 1 a 204); incluso se identificaron pacientes que usaron hasta cinco productos diferentes de manera simultánea por periodos prolongados.

El 41.47 % de las TA/C fue prescrito por el médico tratante (principalmente vitamínicos) y 13.38 % por otros profesionales de la salud, lo que en conjunto suma 54.85 % de prescripciones por personal sanitario. En contraste, los otros prescriptores (yerberos, familiares, amigos, etcétera) no rebasaron de manera individual 15 % del total prescrito. La percepción de los pacientes es que 66.5 % de las TA/C sirve para tratar de controlar la enfermedad y 33.4 % para contrarrestar los efectos de las complicaciones del VIH.

La vía oral fue la más empleada. Respecto al beneficio percibido por parte de los pacientes, 96.6 % informó algún beneficio. En 55.4 % de los casos, la TA/C proporcionó sensación de mayor energía, en 22.5 % los síntomas disminuyeron y 14.2 % percibió aumento de peso, entre otros beneficios. Solamente 3 % de los productos empleados como TA/C ocasionó alguna complicación, principalmente trastornos digestivos, que obligaron a la suspensión. El 84.16 % de usuarios de TA/C la empleó combinada con los fármacos antirretrovirales. En cuanto a los costos, la TA/C fue responsable de un gasto mayor o igual a 500 pesos mensuales por cada paciente con VIH en 90 % de los casos. El 71 % los pacientes comunicó de la TA/C al médico tratante.

La herbolaria fue la segunda TA/C más usada (29.76 %), desconociendo el lugar de adquisición en la mayoría de estos casos (43.8 %), 16.8 % la adquiriría en las tiendas naturistas y 39.3 % en expendios de hierbas medicinales (4.5 %), farmacia (4.49 %), en el campo (3.4 %), en consultorio (3.4 %) y con distribuidor mayorista (3.4 %), entre otros. Los remedios herbolarios más usados fueron la “uña de gato” (*Uncaria tomentosa* DC. [Rubiaceae]) en 11.25 % y el té de “muicle” (*Justicia spicigera* L. [Acanthaceae]) en 4.49 %.

Resulta interesante mencionar que en *U. tomentosa* se ha identificado actividad inmunomoduladora y antimicrobiana, entre otras; mientras que a *J. spicigera* se le atribuye moderada actividad antiinflamatoria y antiangiogénica.³⁰⁻³³ Fue informado un gran número de productos herbolarios; sin embargo, fue bajo el porcentaje de uso respecto a la gran variedad. En el cuadro II se muestran los productos naturales y herbarios utilizados como TA/C para pacientes VIH+ en el estado de Morelos.

La tercera TA/C más empleada fueron los agentes físicos, los cuales no se especificaron en 17 pacientes (5.68 %), seguidos por la práctica del ejercicio

en 15 (5.01 %). Las diferentes terapias de medicina china fueron empleadas solo por 11 sujetos (3.67 %). Estos datos son similares a los registrados en otros países, excepto el uso de homeopatía, la cual es muy utilizada en Europa.¹³⁻¹⁶ Mayor información sobre los tipos de TA/C se muestra en el cuadro III.

El análisis de regresión mostró que la religión católica (RM = 1.23, IC 95 % = 0.63-2.32), el ingreso económico bajo (RM = 1.13, IC 95 % = 0.63-2.01), ser derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social (RM = 1.76, IC 95 % = 0.97-3.17) y recibir tratamiento con fármacos antirretrovirales (RM = 2.36, IC 95 % = 1.18-4.65) fueron los factores asociados al uso de TA/C. Otros factores como sexo, escolaridad y estado civil no mostraron asociación con TA/C por portadores de VIH (datos no mostrados).

Discusión

La prevalencia de uso de TA/C (73.4 %) en esta muestra de pacientes con VIH fue menor a la de otros países, en los que llega hasta 96 %.¹³ Por otro lado, un buen porcentaje de pacientes con VIH utilizaba esquemas politerapéuticos de TA/C, y la comunicación del paciente hacia su médico respecto al uso de este tipo de terapias fue significativa. Este hallazgo es muy importante, debido a que el clínico bien informado estará en condiciones de identificar los productos complementarios que pueden interactuar de manera ad-

Cuadro III
Otros productos utilizados como TA/C en el
tratamiento del VIH en Morelos, México

Agentes físicos

Cámara hiperbárica
Dinitroclorobenceno (DNCB)
Ozono (oxígeno inestable)
Hipertermia
Homeopatía

Por contacto

Masaje
Quiropráctica
Sanación
Reiki

Medicina tradicional china

Acupuntura
Acupresión
Tai Chi
Dong Chong Xia Cao (*Cordyceps sinensis*)
Reiki

versa al ser consumidos paralelamente con los fármacos antirretrovirales, desarrollar efectos colaterales o disminuir la absorción, metabolismo y eficacia de los medicamentos antiVIH o antibióticos.^{34,35}

En nuestro estudio, solo 65 de los 293 pacientes entrevistados (22.18 %) habían empleado alguna forma de TA/C antes del diagnóstico de infección por VIH, mientras que después del diagnóstico el porcentaje se incrementó a 73.38. La posible explicación es que los pacientes perciben que no existe un tratamiento efectivo para eliminar la enfermedad, con el consecuente deterioro físico y psicológico; ante esta situación, optan por alternativas terapéuticas no ofrecidas por la medicina institucional.

Algunas formas de TA/C no están desprovistas de riesgo. Por ejemplo, la acupuntura ha causado muerte y otras complicaciones serias a través de infecciones y trauma; el tratamiento quiropráctico ha provocado disección de la arteria vertebral después de una manipulación.^{36,37} Algunos remedios herbolarios mal empleados han causado serias complicaciones por hepato y nefrotoxicidad, así como interacciones hierba-droga.³⁸ Incluso, el consumo inadecuado de algunos productos naturales se ha asociado con mortalidad, como el “chaparral” (*Larrea tridentata* DC. [Zygophyllaceae]), el “germander” (*Teucrium chamaedrys* L. [Lamiaceae]), el té de Kombucha (simbiosis de bacterias principalmente *Bacterium xylinum* y levaduras como *Brettanomyces bruxellensis* y *Candida stellata*, entre otras) y de “ruda” (*Ruta chalepensis* L. y *Ruta graveolens* L.).³⁹⁻⁴² Por todo esto, los individuos que utilicen TA/C deben siempre discutir las posibles interacciones con sus médicos y farmacéuticos.^{43,44} En nuestro estudio, solo 3 % de usuarios de TA/C indicaron efectos indeseables que ameritaron la suspensión, pero sin requerir atención médica.

En cuanto al tipo de TA/C utilizada por nuestros participantes, los suplementos alimenticios fueron los preferidos (50.8 %), sobresaliendo el consumo de multivitamínicos, vitamina C y vitamina E, siguiendo en frecuencia la medicina herbolaria, los agentes físicos, el ejercicio, la medicina china y la TA/C por contacto. Estos resultados varían poco de lo señalado en otros estudios.¹⁴⁻¹⁷

Respecto al producto herbolario más utilizado en nuestra muestra, la *U. tomentosa* o “uña de gato” se empleó más que cualquier otro, suponiendo una condición local de uso y costumbre en el estado de Morelos. Se necesitarán otras investigaciones en diversas áreas del país para comparar nuestra información.

El presente estudio pone de relieve que la medicina tradicional mexicana emplea pocos productos

herbolarios para tratar la infección por VIH o sus complicaciones debido principalmente a que esta infección es de reciente aparición.⁴⁵ Por otro lado, será necesario entrevistar, además de los pacientes, a los médicos tradicionales para indagar el tipo de productos herbarios que sugieren para el tratamiento empírico de la infección por VIH, preparación, vía de administración, dosificación, tiempo de uso, etcétera.

Otro hallazgo importante fue que los pacientes percibieron un beneficio en más de 90 % de los casos, lo cual tiene gran importancia pues aunque no podemos atribuir directamente esta sensación de beneficio solo a la medicina alternativa, debido a que generalmente se usa concomitante con productos farmacéuticos antiVIH, la calidad de vida de los pacientes parece mejorar ostensiblemente con la utilización de la TA/C. Deberán llevarse a cabo análisis para evaluar el beneficio de su empleo.

Conclusiones

En el estado de Morelos, el uso de la TA/C es una práctica común entre los pacientes infectados por el VIH. Su utilización no se limita a un solo producto, siendo los suplementos alimenticios y los productos herbolarios los más empleados, la mayoría por prescripción del médico tratante. Si bien los pacientes perciben beneficios, se requieren investigaciones de costo-beneficio y de seguimiento para establecer el impacto de los productos de la TA/C sobre el tratamiento y calidad de vida de los pacientes infectados por VIH. Además, identificamos diferentes factores asociados al uso de TA/C, principalmente ingresos económicos bajos, ser derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social y recibir de manera simultánea fármacos antirretrovirales.

Referencias

1. Duarte-Gómez MB. Western medicine and alternative medicines: can they be complementary? Conceptual reflections. *Cad Saude Publica* 2003; 19:635-643.
2. National Center for Complementary and Alternative Medicine. What is CAM? An overview. Disponible en <http://nccam.nih.gov/health/whatiscam/>
3. Eisenberg DM, Kessler RC, Foster C, Norlock FE, Calkins DR, Delbanco TL. Unconventional medicine in the United States. Prevalence, costs, and patterns of use. *N Engl J Med* 1993;328:246-252.

4. Palinkas LA, Kabongo ML; San Diego Unified Practice Research in Family Medicine Network. The use of complementary and alternative medicine by primary care patients. A SURF*NET Study. *J Fam Pract* 2000;49:1121-1130.
5. Simon L, Prebay D, Beretz A, Bagot JL, Lobstein A, Rubinstein I, et al. Complementary and alternative medicines taken by cancer patients. *Bull Cancer* 2007;94:483-488.
6. Artus M, Croft P, Lewis M. The use of CAM and conventional treatments among primary care consultants with chronic musculoskeletal pain. *BMC Fam Pract* 2007;8:26.
7. García-Planella E, Marín L, Domènech E, Bernal I, Mañosa M, Zabana Y, et al. Use of complementary and alternative medicine and drug abuse in patients with inflammatory bowel disease. *Med Clin* 2007; 128:45-48.
8. Gómez-Martínez R, Tlacuilo-Parra A, Garibaldi-Covarrubias R. Use of complementary and alternative medicine in children with cancer in Occidental, Mexico. *Pediatr Blood Cancer* 2007;49: 820-823.
9. Carmona-Sánchez R, Tostado-Fernández FA. Prevalence of use of alternative and complementary medicine in patients with irritable bowel syndrome, functional dyspepsia and gastroesophageal reflux disease. *Rev Gastroenterol Mex* 2005;70: 393-398.
10. Dole EJ, Rhyne RL, Zeilmann CA, Skipper BJ, McCabe ML, Dog TL. The influence of ethnicity on use of herbal remedies in elderly Hispanics and non-Hispanic whites. *J Am Pharm Assoc* 2000;40: 349-351.
11. Harnack LJ, Rydell SA, Stang J. Prevalence of use of herbal products by adults in the Minneapolis/St Paul, Minn, metropolitan area. *Mayo Clin Proc* 2001; 76:688-694.
12. Taddei-Bringas GA, Santillana-Macedo MA, Romero-Cancino JA, Romero-Téllez MB. Acceptance and use of medicinal plants in family medicine. *Salud Publica Mex* 1999;41:216-220.
13. Sparber A, Wootton JC, Bauer L, Curt G, Eisenberg D, Levin T, et al. Use of complementary medicine by adult patients participating in HIV/AIDS clinical trials. *J Altern Complement Med* 2000;6:415-422.
14. Standish LJ, Greene KB, Bain S, Reeves C, Sanders F, Wines RC, et al. Alternative medicine use in HIV-positive men and women: demographics, utilization patterns and health status. *AIDS Care* 2001;13:197-208.
15. Colebunders R, Dreezen C, Florence E, Pelgrom Y, Schrooten W; Eurosupport Study Group. The use of complementary and alternative medicine by persons with HIV infection in Europe. *Int J STD AIDS* 2003;14:672-674.
16. Brauchli P, Reuteler I, Bürki B, Saller R. Use of complimentary medical therapies in HIV/AIDS in Switzerland. *Schweiz Med Wochenschr* 1996;126: 1297-1305.
17. Power R, Gore-Felton C, Vosvick M, Israelski DM, Spiegel D. HIV: effectiveness of complementary and alternative medicine. *Primary Care* 2002;29: 361-378.
18. Piscitelli SC, Burstein AH, Chait D, Alfaro RM, Falloon J. Indinavir concentrations and St John's wort. *Lancet* 2000;355:547-548.
19. Calabrese C, Berman SH, Babish JG, Ma X, Shinto L, Dorr M, Wells K, Wenner CA, Standish LJ. A phase I trial of andrographolide in HIV positive patients and normal volunteers. *Phytother Res* 2000; 14:333-338.
20. Hasan MY, Das M, Behjat S. Alternative medicine and the medical profession: views of medical students and general practitioners. *East Mediterr Health J* 2000;6:25-33.
21. Chez RA, Jonas WB, Crawford C. A survey of medical students' opinions about complementary and alternative medicine. *Am J Obstet Gynecol* 2001;185:754-757.
22. Carlston M, Stuart MR, Jonas W. Alternative medicine instruction in medical schools and family practice residency programs. *Fam Med* 1997;29: 559-562.
23. Jonas W. Alternative medicine and the conventional practitioner. *JAMA* 1998;279: 708-709.
24. Conasida. Datos al 30 de junio del 2008. Disponible en <http://www.salud.gob.mx/conasida/estadis/2008/panoepide30jun2008.pdf>
25. Sierra-Madero JG. Atención de la persona infectada por VIH. *Salud Publica Mex* 1995;37:520-523.
26. Magis-Rodríguez C, Esquivel-Pedraza L, López-Martínez C. Experience in the management of the HIV patient among the physicians of the Secretaría de Salud. *Salud Publica Mex* 1999;41: 460-465.
27. Daniel WW. Bioestadística. Bases para el análisis de las ciencias de la salud. Tercera edición. México: Limusa; 1994. p. 202-204.
28. Romero-Cerecero O, Reyes-Morales H, Herrera-Arellano A, Lozoya-Legorreta X, Tortoriello-García J. Aceptación de los fitofármacos por médicos y pacientes en clínica de atención primaria en México. *Rev Med IMSS* 2004;42(2):125-130.
29. Hernández-Ávila M, Garrido F, Salazar-Martínez E. Sesgos en estudios epidemiológicos. *Salud Publica Mex* 2000;42:438-446.
30. Groom SN, Johns T, Oldfield PR. The potency of immunomodulatory herbs may be primarily dependent upon macrophage activation. *J Med Food* 2007;10:73-79.

Herrera-Arellano A et al.
Terapia alternativa/
complementaria
en VIH

31. Cahuana-Vasquez RA, Santos SS, Koga-Ito CY, Jorge AO. Antimicrobial activity of *Uncaria tomentosa* against oral human pathogens. *Braz Oral Res* 2007;21:46-50.
32. Ponce-Macotela M, Rufino-González Y, de la Mora-de la Mora JI, González-Maciel A, Reynoso-Robles R, Martínez-Gordillo MN. Mortality and morphological changes in *Giardia duodenalis* induced by exposure to ethanolic extracts of *Justicia spicigera*. *Proc West Pharmacol Soc* 2001;44:151-152.
33. Meckes M, David-Rivera AD, Nava-Aguilar V, Jiménez A. Activity of some Mexican medicinal plant extracts on carrageenan-induced rat paw edema. *Phytomedicine* 2004;11:446-451.
34. Foster BC, Foster MS, Vandenhoek S, Krantis A, Budzinski JW, Arnason JT, et al. An in vitro evaluation of human cytochrome P450 3A4 and P-glycoprotein inhibition by garlic. *J Pharm Pharm Sci* 2001;4:176-184.
35. Culm-Merdek KE, von Moltke LL, Gan L, Horan KA, Reynolds R, Harmatz JS, et al. Effect of extended exposure to grapefruit juice on cytochrome P450 3A activity in humans: comparison with ritonavir. *Clin Pharmacol Ther* 2006; 79:243-254.
36. Endres HG, Molsberger A, Lungenhausen M, Trampisch HJ. An internal standard for verifying the accuracy of serious adverse event reporting: the example of an acupuncture study of 190 924 patients. *Eur J Med Res* 2004;9:545-551.
37. Klougart N, Leboeuf-Yde C, Rasmussen LR. Safety in chiropractic practice. Part I. The occurrence of cerebrovascular accidents after manipulation to the neck in Denmark from 1978-1988. *J Manipulative Physiol Ther* 1996;19:371-377.
38. Ernst E. Serious adverse effects of unconventional therapies for children and adolescents: a systematic review of recent evidence. *Eur J Pediatr* 2003;162: 72-80.
39. Sheikh NM, Philen RM, Love LA. Chaparral-associated hepatotoxicity. *Arch Intern Med* 1997;157: 913-919.
40. Stickel F, Egerer G, Seitz HK. Hepatotoxicity of botanicals. *Public Health Nutr* 2000;3:111.
41. Gamundi R, Valdivia M. The Kombucha mushroom: two different opinions. *Sidahora* 1995;34-35.
42. Ciganda C, Laborde A. Herbal infusions used for induced abortion. *J Toxicol Clin Toxicol* 2003;41: 235-239.
43. Wynia MK, Eisenberg DM, Wilson IB. Physician-patient communication about complementary and alternative medical therapies: a survey of physicians caring for patients with human immunodeficiency virus infection. *J Altern Complement Med* 1999;5: 447-456.
44. Saw JT, Bahari MB, Ang HH, Lim YH. Potential drug-herb interaction with antiplatelet/anticoagulant drugs. *Complement Ther Clin Pract* 2006;12:236-241.
45. Moss AR, Bacchetti P, Osmond D, Dritz S, Abrams D, Conant M, et al. Incidence of the acquired immunodeficiency syndrome in San Francisco, 1980-1983. *J Infect Dis* 1985;152:152-161.