

BORRADOR PARA UN PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA: CONTROL DE LA EFICACIA DEL MÉTODO HOMEOPÁTICO

Dr. Emilio Morales

En 1994, tras el fracaso de las negociaciones encaminadas a la legalización de la homeopatía, dirigí la presente comunicación a la Asociación de Médicos Homeópatas de Andalucía. Mi intención expresa era que, a través de las distintas asociaciones, pudiese llegar a manos de todos los médicos federados. Cinco años más tarde, tras comprobar que no ha ocurrido así, me decido a publicarla esperando que pueda ser de utilidad.

En la reciente y decepcionante reunión del Comité de Expertos, en la que se debatió la posibilidad de incluir la homeopatía entre las especialidades médicas, el comité concluyó que (cito textualmente la carta dirigida a todos los miembros de la AMHA por su presidente, el doctor Romero) “el primer obstáculo insalvable para demostrar la eficacia de la homeopatía estriba en que es imposible ajustarse a uno de los parámetros que utiliza la alopátia, el método doble ciego, ya que el remedio homeopático no se puede dar al azar en una muestra de cien o más casos (...). En este sentido, se le respondió que el medicamento homeopático se administra en función de unas características personales del paciente y unas modificaciones selectivas de los síntomas que éste presenta, y que darles el mismo remedio a todos los enfermos que tienen una determinada patología es ir en contra de los principios fundamentales de la homeopatía, por lo que nunca, parece ser, podríamos salvar ese obstáculo científico que es requisito indispensable.”

Al margen de que, tras esta explicación podrían ocultarse, siempre al hilo de la Ciencia, motivaciones más ideológicas que técnicas o procedimentales, me parece necesario proponer a mi vez una experiencia clínica que deja la excusa en dique seco y hace viable la comprobación de la eficacia del tratamiento homeopático con las debidas garantías.

Es muy cierto que la relación significativa no puede establecerse entre **enfermedad** y **medicamento** debido, como se acaba de señalar, a que no existe manera de administrar tratamiento homeopático idéntico a una serie de sujetos que padezcan la misma enfermedad, lo que añade una nueva dificultad, a saber, que el médico tratante no podría en ningún caso ignorar el medicamento que administra, puesto que debe elegirlo para cada paciente.

A la hora de diseñar un experimento, es necesario preguntarse qué podemos demostrar con él, qué pondría de relieve en caso de obtenerse un resultado positivo.

Imaginemos por un momento que la experiencia propuesta, y declarada inviable por el Comité de Expertos, pudiera realizarse. Digamos que podemos establecer que cierta sustancia, pongamos el mercurio en dilución no ponderal, tiene un efecto terapéutico estadísticamente significativo sobre determinada patología, por ejemplo, la amigdalitis aguda supurada. ¿Qué habríamos demostrado con ello?

- a- Que el mercurio es útil en la amigdalitis aguda supurada y
- b- Que las dosis imponderables de mercurio son terapéuticamente activas, conclusiones ambas muy interesantes para los estudiosos del mercurio, pero que poco o nada dicen de la homeopatía.

Y es que no es eso lo que se trata de demostrar, sino

- a- Que el método homeopático de tratamiento, que consiste en la elección de los medicamentos de acuerdo a la semejanza de los síntomas del paciente con los de las patogenesias medicamentosas de manera individual y personalizada, es un procedimiento terapéutico útil y
- b- Que cualquier medicamento administrado en dosis imponderables (conocidas como dosis homeopáticas) de acuerdo al criterio anterior es terapéuticamente activo.

Sería muy difícil por tanto concluir algo sobre la homeopatía con un experimento en el que no se ponen en juego los recursos propios del método.

Por el contrario, si establecemos la relación significativa entre **enfermedad y tratamiento homeopático**, estaremos en condiciones de someter dicha experiencia a todos los controles imaginables y de extraer, de los resultados obtenidos, conclusiones definitivas.

Para explicar el procedimiento recurriré a un ejemplo posible.

Tomemos un grupo clínico muy nutrido en la práctica, cual es el de los niños afectados de amigdalitis de repetición. Serán remitidos a la consulta homeopática desde los servicios de ORL, pediatría o medicina general.

Si un diseño más pormenorizado de la experiencia lo aconseja, los médicos remitentes podrán ser instados a seleccionar a los pacientes de acuerdo a unos parámetros predeterminados (resultados de las pruebas reumáticas, frecuencia de los episodios, indicación quirúrgica, edad, zona de residencia, medio sociocultural u otros).

En todos los casos, el médico remitente cursará un informe en el que debe figurar la anamnesis, los resultados de las pruebas y exploraciones realizadas, el diagnóstico, los tratamientos anteriormente aplicados, la evolución clínica y el pronóstico. Asimismo se podrán reseñar parámetros generales tales como progreso escolar, crecimiento, psicomotricidad, socialización, etc., lo que permitirá disponer de un referente de posibles resultados desde el punto de vista general. Aquí comienza propiamente la experiencia, que constará de las siguientes etapas:

1- Consulta homeopática.- Recibido el paciente, el médico homeópata (en su caso, un equipo de médicos) elaborará la historial clínico habitual en homeopatía y prescribirá el oportuno tratamiento en una receta que se entregará al equipo de farmacia.

2- Dispensación de la receta.- Un miembro del equipo de farmacia, tras conocer la prescripción (sólo para ilustrar el ejemplo, supongamos que fuese Rhus

toxicodendron 30CH sin perder de vista que puede ser cualquier medicamento), tomará dos frascos idénticos, de los que llenará uno con el medicamento activo y otro con placebo, los identificará aleatoriamente con un código que anotará en su registro indicando cuál es el placebo y cuál el remedio y lo pasará un segundo miembro del equipo de farmacia que haya permanecido ajeno a la operación, junto con la receta.

El segundo miembro del equipo de farmacia, que ignora el verdadero contenido de los frascos, añadirá dos etiquetas idénticas (una a cada frasco) con el nombre del remedio (*Rhus toxicodendron* 30CH) y utilizando de nuevo un procedimiento aleatorio, seleccionará uno de los frascos que entregará al paciente, haciendo constar en su propio registro el frasco que se selecciona y el que no, con los códigos que anotó el primer miembro del equipo de farmacia.

3- Revisiones.- Dependiendo del tipo de patología sobre la que se pruebe el método, la duración de la experiencia será mayor o menor. En el caso de nuestro ejemplo, un periodo mínimo de un año con revisiones mensuales será necesario para valorar la evolución en la frecuencia de las recidivas y eliminar falsos resultados por la influencia estacional (mejoría en el buen tiempo y otros). A partir de la segunda prescripción no intervendrá el azar. El primer miembro del equipo de farmacia se encargará de que cada paciente reciba el mismo tipo de tratamiento (medicamento, el que recete en cada ocasión el médico tratante, o placebo) que recibió la primera vez. Para ello será necesario que tenga acceso a los registros del segundo miembro, el cual debe saber que se va a forzar el azar por necesidades de la experiencia, pero no sabrá qué paciente recibe medicamento y cuál no lo recibe, extremo que también ignorará el médico. El único que lo sabrá es el primer miembro del equipo de farmacia, precisamente el único que jamás tiene contacto con los pacientes.

4- Análisis de los resultados.- Concluida la experiencia, el equipo investigador tendrá acceso a los registros de control y a las historias clínicas y podrá proceder a su evaluación.

Ciertamente este protocolo de trabajo no mostrará la acción de un medicamento en concreto sobre una concreta patología, sino la eficacia que sobre ésta pueda tener el método homeopático de tratamiento.

Demostrará simultáneamente que cualquier medicamento administrado en dosis imponderables siguiendo las indicaciones del método homeopático, es terapéuticamente activo.

Muchos de los medicamentos que los homeópatas utilizamos pertenecen o pertenecieron al arsenal terapéutico de la escuela alopática. Sustancias tales como la belladona, el arsénico o el mercurio han contado con garantes más que autorizados entre los representantes de la medicina institucional. No necesitan de nosotros para demostrar que son activas.

Lo que los homeópatas defendemos no es el uso de tal o cual remedio. No preconizamos los medicamentos, sino una forma particular de utilizarlos. Es esa

forma, y no los propios medicamentos, lo que está en cuestión y para responder a esa cuestión y para responder a esa cuestión, la experiencia que propongo me parece necesaria y suficiente.

Emilio Morales

Sevilla, 19 de octubre de 1994.

(Publicado en 1999 en Revista Española de Homeopatía, número 7. Otoño-Invierno.