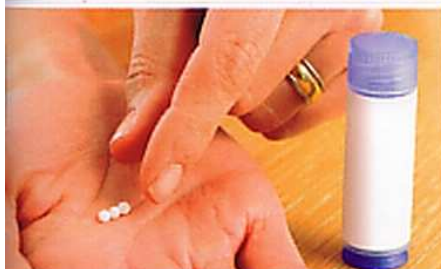


D **Salud** Discovery

Nº 107. Precio: 3,50 euros (4,00 en Canarias)



Espectaculares resultados en cáncer con protocolos homeopáticos inocuos



Demandan al Ministerio de Sanidad y a los laboratorios que fabrican productos con mercurio



La World Association for Cancer Research (WACR) inicia con fuerza sus actividades



El apio: diurético, depurativo, antiinflamatorio, remineralizante, digestivo y anticancerígeno



JAVIER HERRÁEZ, ONCÓLOGO ESPAÑOL:

“No se justifica que la quimio y la radioterapia sean aún los tratamientos de referencia en cáncer”



El Sida puede prevenirse e incluso afrontarse de forma eficaz ortomolecularmente



Consumir ibuprofeno -analgésico de consumo común- tiene muchos riesgos





Cáncer: el velo empieza a caer

Llevamos años afirmando que el hecho de que la cirugía, la quimioterapia y la radioterapia sean los tratamientos de referencia en el abordaje del cáncer no se explica de ninguna manera. Y hemos dado razones más que suficientes para justificar tan rotunda afirmación. A pesar de lo cual muchos médicos se resisten a asumirlo porque les resulta difícil entender y aceptar que los oncólogos, considerados miembros de una de las especialidades más complejas y mejor pagadas de la profesión, puedan estar tan equivocados como reiteradamente venimos denunciando. Y eso que el propio **Mariano Barbacid**, director del *Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas (CNIO)* y considerado en España la máxima autoridad en Oncología, ha reconocido públicamente que los tratamientos actuales son ineficaces en la mayoría de los casos algo a lo que los oncólogos respondieron de inmediato diciendo que quien así habla carece de experiencia clínica. Bueno, pues el oncólogo que entrevistamos en este número, el doctor **Javier Herráez**, sí la tiene. Y corrobora cuanto hemos estado diciendo. Ya no lo decimos pues nosotros. Lo dice alguien que se ha hartado de ver morir a sus pacientes tras aplicarles los protocolos oficiales. Alguien que incluso ha tenido la valentía de ir más allá y explica a quien quiera escuchar, para empezar, que es indignante que a un enfermo de cáncer se le pronostique cuánto le queda de vida porque ningún médico sabe eso y no puede ampararse en las estadísticas para hacer tamaña extrapolación. Sin embargo se hace muy a menudo para que el paciente, al decirse claramente que *“lo suyo no tiene cura y va a morir sin remedio”*, acepte entrar en el protocolo de algún nuevo fármaco experimental *“que tiene muy buenas expectativas”* –siempre se les dice lo mismo a los enfermos con todos los fármacos que se prueban porque si no se negarían– aunque, eso sí, dejando claro que no es más que *“una posibilidad sin garantía alguna”* ya que saben que la mayoría terminará muriendo y temen la reacción de los familiares. Es decir, se le dice al enfermo que está desahuciado y luego se aprovecha su desesperación –y la de su familia– para ofrecerle una vaga esperanza... a la que la inmensa mayoría, como es lógico, se agarra cual clavo ardiendo. Lo que ya no se le explica claramente casi nunca –cuando legalmente es obligatorio– es que puede tocarle estar en el grupo al que se va a dar el placebo en lugar del fármaco experimental y, por consiguiente, al de personas a las que se va a dejar morir sin darles nada útil para saber si funciona o no. Y, claro, el paciente tampoco sabe que los laboratorios pagan por cada enfermo que los oncólogos reclutan para experimentar con ellos nuevos productos hasta 6.000 euros por *“cobaya humana”*. Dinero que va al oncólogo, al hospital en el que trabaja o a alguna fundación que se suele crear ex profeso para ello. El enfermo-cobaya no ve ni un euro. Y todos sabemos que cuando hay tanto dinero de por medio mucha gente está dispuesta a dejar de lado la ética. Por eso se reconoce ya sin ambages que *“la industria farmacéutica influye demasiado en el quehacer clínico de los oncólogos”*. Javier Herráez no duda tampoco en aseverar que *“el actual uso masivo de la quimioterapia no se justifica en absoluto porque lo máximo que se suele conseguir con ella es prolongar la vida unas semanas o unos meses y con una calidad de vida mucho peor”*. Asimismo echa abajo el mito de que la reducción del tamaño de un tumor implique un aumento del tiempo de supervivencia. *“No está demostrado ni científica ni médicamente que una cosa se correlacione con la otra”*. Es más, asevera que en todos los años en los que se le enseñó a tratar enfermos con quimioterapia no vio *“más de dos o tres curaciones o posibles curaciones”* y por eso le parece inaceptable que hoy se medique con ella tan a menudo a los enfermos. Obviamente no puede extrañar que para este oncólogo desengañado la Quimioterapia no se justifique actualmente ya *“ni como primera, ni como última opción”*. Ni que agregue: *“Hay que desmitificar la Quimioterapia porque no es la solución en la mayoría de los casos”*.

Invito a nuestros lectores a leer la charla que mi compañero Antonio Muro mantuvo con él porque es realmente esclarecedora.

José Antonio Campoy
Director

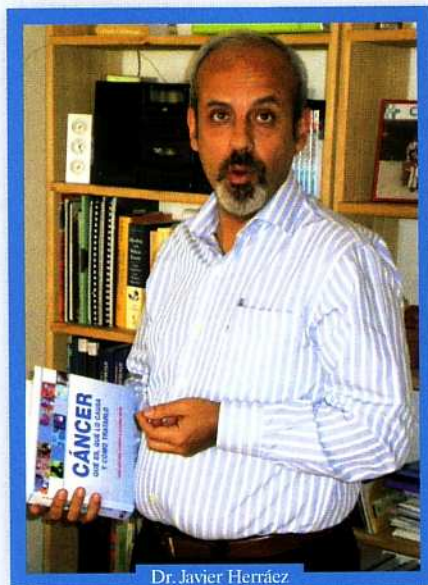
Javier Herráez:

“No se justifica que la quimio y la radioterapia sean aún los tratamientos de referencia en cáncer”

Cada vez más oncólogos entienden que en la actualidad no se justifica que la quimio y la radioterapia sean los tratamientos de referencia en el abordaje del cáncer aunque la mayoría no se atreva a decirlo públicamente por la presión de sus colegas y el miedo a perder el empleo. No es sin embargo el caso del doctor Javier Herráez quien tras varios años ejerciendo como oncólogo en la isla canaria de Lanzarote y ver los pobres resultados que se obtienen con los fármacos y la radiación decidió un día afrontar esta enfermedad ayudando a los enfermos a superarla cambiando su estilo de vida, hábitos y costumbres –sobre todo las alimenticias– mientras paralelamente afrontan sus problemas –emocionales y físicos– con sentido común y haciendo que sea el propio organismo el que reaccione mejorando sus defensas.

No habla en nombre de nadie pero lo que dice, desde su experiencia como oncólogo conocedor de los tratamientos convencionales, nos interesa a todos; especialmente a los enfermos, a sus familiares y a quienes tratan con sus colegas oncólogos. Sólo se representa a sí mismo pero tampoco descarta que su paso al frente sirva para que muchos otros que hoy vacilan y se mantienen en silencio se atrevan también a expresar sus dudas en voz alta. Como bien señala un anuncio *una ovación comienza con un aplauso* y **Javier Herráez**, oncólogo ayer y médico naturista con conocimientos de Oncología hoy, se ha puesto en pie para enfrentar al sistema a sus propias contradicciones... con los riesgos que eso conlleva. Claro que en esta revista sabemos bien que no está solo. Sabemos que muchos otros oncólogos, manteniendo un discreto silencio aún, comparten muchas de las cosas que Herráez cuenta ahora a cara descubierta; porque nos llaman, porque asisten a nuestros congresos, porque nos plantean discretamente muchas de sus dudas...

A poco de licenciarse –y por tanto antes de comenzar a trabajar como oncólogo– Javier Herráez trabajó casi

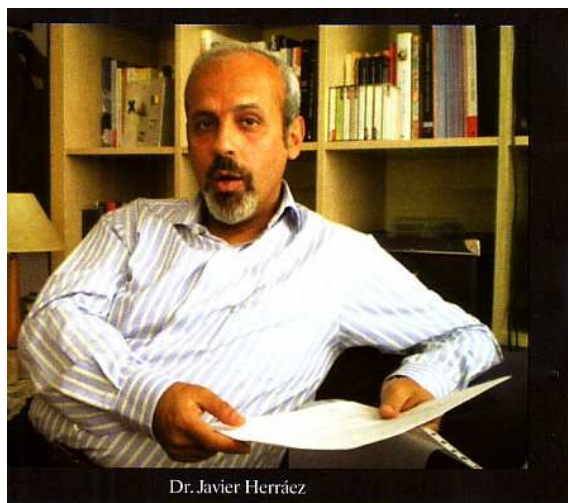


Dr. Javier Herráez

Cada vez más oncólogos entienden que en la actualidad no se justifica que la quimio y la radioterapia sean los tratamientos de referencia en el abordaje del cáncer.



cuatro años con enfermos paliativos en residencias de ancianos. Después vivió su etapa como médico residente en Zaragoza donde sus tres últimos años de MIR los pasó en Oncología atendiendo a enfermos de cáncer con quimioterapia. Fue allí pues donde lo aprendió casi todo sobre la quimioterapia a altas dosis a base de aplicar tratamientos en estudio. Después llegaría su experiencia en Lanzarote donde trabajó como oncólogo tres años y cuatro meses. Allí, en el Hospital General, fue prácticamente su propio jefe porque otras experiencias anteriores para poner en marcha el departamento habían fracasado y aún contando con la infraestructura el servicio estaba prácticamente sin estrenar. Como es obvio los pacientes le llegarían paulatinamente, poco a poco. Era de esperar. Lo que no era de esperar sin embargo es que de esa misma manera, lentamente también, viendo los resultados que obtenía, le llegaran tan pronto el desencanto y la frustración. Al punto de que decidió abandonar la práctica convencional de la Oncología. Hoy atiende a sus pacientes en el madrileño barrio de Carabanchel y en la localidad de Tres Cantos –también cercana a la capital– como médico naturista y



Dr. Javier Herráez



acupuntor... aunque no puede evitar seguirse considerando oncólogo. Eso sí, a su manera.

—Díganos doctor, ¿qué aprendió en el servicio de Oncología? Con sinceridad.

—En Oncología yo aprendí pocas cosas. Lo que se me enseñó en el período de residencia fue principalmente a aplicar ciclos de quimioterapia convencional y quimioterapia a altas dosis por lo que cuando acabé era bastante *experto* en ese campo. También me enseñaron a tratar los efectos secundarios de la quimioterapia y las complicaciones agudas del cáncer. Y, finalmente, a tratar pacientes en situación terminal; o sea, a ayudarles a morir. Paralelamente puedes aprender otras cosas pero eso ya depende sólo de tu capacidad autodidacta y de tu interés en formarte. En pocas palabras, si quieres ir un poco más allá de lo que estrictamente se necesita para ejercer como oncólogo tienes que estudiar por tu cuenta.

—¿Sabe un oncólogo qué es el cáncer? No cómo tratarlo según los protocolos sino qué es según la pluralidad de los distintos acercamientos científicos...

—La idea aproximada que tienes es la que tú mismo te creas estudiando. Si estudias en libros de Medicina convencional estudias la teoría aceptada. Si tienes un poco más de interés, de ir más lejos, estudias el resto de teorías que hay sobre el cáncer. Creo que, en general, mis colegas no adquieren un conocimiento integral. Sólo estudian la teoría que más concuerda con los tratamientos existentes que practican. Por eso todos los oncólogos convencionales la comparan. Pero para mí ése no es, desde luego, el conocimiento real del cáncer.

—Dice que de su estancia en Zaragoza salió con una notable experiencia sobre la realidad de los tratamientos con

quimioterapia que luego amplió notablemente en Lanzarote. Y por lo que nos cuenta en ese hospital canario usted ejerció como oncólogo solo y por tanto sin demasiadas presiones, algo que suponemos le permitió aprender mucho. Solo que en apenas tres o cuatro años le llegó el desencanto. ¿Cuándo comenzaron a chocar sus expectativas con la realidad clínica, con los resultados?

—Para entender bien mi experiencia debo explicar que antes de terminar Oncología yo había estudiado Acupuntura adquiriendo luego conocimientos sobre las mal llamadas medicinas complementarias. Por eso al formarme en Oncología me molestó de entrada la forma en la que se trabaja. Se vive en un permanente estado de estrés y con una sobrecarga de trabajo inconcebible. Y eso afectaba sin duda a nuestro carácter y, por ende, a cómo tratábamos a los enfermos. Pero lo más llamativo es que las posibilidades terapéuticas que el sistema oncológico pone a tu disposición son mínimas: fármacos, fármacos y más fármacos. No se valoran otras posibilidades. Ni siquiera se tienen en cuenta los factores psicológicos y emocionales de los enfermos. Hasta los servicios de Psiquiatría y Psicología de los hospitales se ocupan sólo de ofrecer meros cuidados paliativos. Tampoco me gustaron los métodos de trabajo que se nos imponían. Y lo malo es que si expresabas

disconformidad con algo corrías el riesgo de ser apartado y dejado de lado.

Por poner un ejemplo: en mis comienzos estudié lo que era la Quimioterapia a altas dosis y a mí no me convenció para nada; sin embargo, tuve que trabajar con ella porque era lo que se utilizaba en ese hospital. Estábamos comprometidos en varios protocolos de estudios clínicos con nuevos fármacos y había que hacerlo. De hecho si te negabas a hacerlo te arriesgabas a no conseguir el título aunque creyeras firmemente que lo que estabas haciendo era incorrecto, que estaba mal.

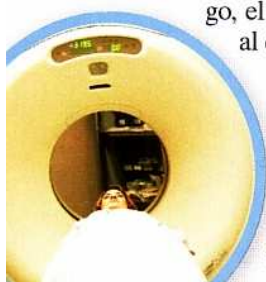
—¿Qué estructura existía en el Servicio de Oncología durante su época de residencia?

—Había un Jefe de Servicio, cinco o seis adjuntos dedicados a llevar la parte clínica del cáncer y luego los residentes que éramos los que estábamos presentes en las guardias. Trabajábamos 60 horas semanales —sé de hospitales que trabajan bastante más— y éramos los que cargábamos principalmente con el trabajo clínico diario —aunque muy supervisados por los adjuntos— así como con el trabajo burocrático de rellenar los formularios de los protocolos.

—Tenemos la sensación de que la industria farmacéutica está demasiado “involucrada” en los hospitales —al menos más de lo que debiera— por lo que se refiere al uso de nuevos tratamientos, protocolos, estudios que se realizan sobre pacientes a los que se les cuenta que son “la mejor” o “la única” solución “en su caso” para que acepten someterse a ellos cuando la realidad es que se desconoce su alcance real... Díganos, ¿tales protocolos suelen estar realmente justificados?

—Es indudable que la industria farmacéutica influye demasiado en el que hacer clínico de los oncólogos. He vivido momentos en los que era realmente evidente. En Oncología hay unos tratamientos que se llaman *tratamientos mí-*

Es vergonzoso que a un enfermo de cáncer se le diga que lo suyo no tiene cura y va a morir sin remedio para que se agarre a un clavo ardiendo y acepte hacer de cobaya a fin de experimentar con él nuevos fármacos.





nimos y que se justifican con la denominada *medicina basada en la evidencia*, es decir, tratamientos cuyos resultados están en teoría suficientemente avalados con estudios clínicos. Y esos son los tratamientos que estamos obligados a aplicar porque se supone que los avala una práctica clínica de suficientes años. Además están los tratamientos dentro de protocolo, que son estudios clínicos de nuevos productos y combinaciones para los que el paciente, si admite ponérselos previa información de que el tratamiento está en estudio y de sus riesgos, tiene que firmar, aparte del consentimiento informado obligatorio en cualquier tratamiento de quimioterapia, otro documento también de consentimiento pero más amplio.

Y debo decir que buena parte de la gente que da ese primer paso lo hace estando muy mal informada. Muchas personas aceptan someterse a los tratamientos dentro de protocolo sin tener claro lo que eso significa porque debido a su formación, a su cultura o a su miedo es incapaz de entender lo que se le explica en el poco tiempo en el que recibe la información. De hecho, cuando yo estaba en Lanzarote muchos pacientes que se iban a otros hospitales—allí es muy típico que la gente que tiene dinero vaya a Navarra o a Madrid cuando buscan algo más—volvían con tratamientos dentro de protocolo y no lo sabían. Les tenía que explicar que lo que estaban siguiendo era un tratamiento que está simplemente en estudio. Al paciente a veces no le importa porque cuando se le dice que lo suyo no tiene cura y va a morir se agarra a un clavo ardiendo y acepta someterse a ese tipo de protocolos de los que todavía no se conoce realmente su eficacia y de los que se desconocen sus efectos secundarios y su gravedad.

En suma, un oncólogo honesto debería informar a los enfermos de forma veraz y con mucha

Hay laboratorios que pagan hasta 6.000 euros por cada enfermo que los oncólogos reclutan para experimentar con ellos nuevos productos y eso hace que demasiado a menudo la ética se deje a un lado



más tranquilidad, dándoles tiempo para que aclaren todas sus dudas y dejando que se lo piensen con calma. Es más, algunos enfermos ni siquiera entienden que aceptar formar parte de un protocolo de estudio de un producto nuevo implica que puede tocarle estar en el grupo al que se va a dar el placebo y, por consiguiente, se le va a dejar morir para saber si los que toman el nuevo producto que se estudia funcionan o no. Suele tratarse en estos casos de pacientes desahuciados.

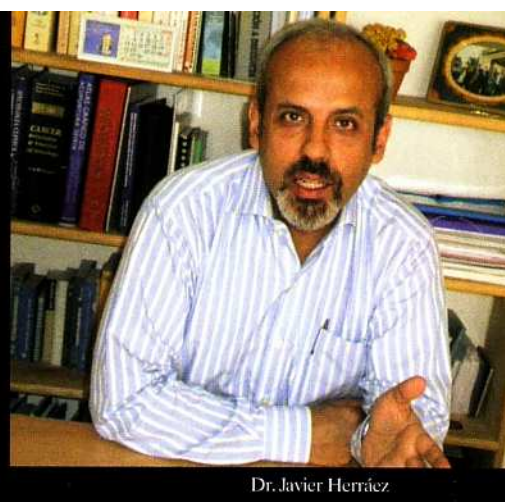
En cuanto a su pregunta añadiré que la influencia de los laboratorios es pues evidente. Su insistencia para que abramos nuevos protocolos a veces es ya excesiva, machacona. En Lanzarote yo me propuse no tratar a nadie dentro de protocolo por dos razones: porque estaba solo y hubiera sido una sobrecarga notable de trabajo... y porque no estaba de acuerdo. Creo que debe haber centros especializados que hagan tratamientos dentro de protocolo pero no estoy de acuerdo con que todos los oncólogos se dediquen a hacer continuamente estudios clínicos porque al final carecemos de una visión con perspectiva de las cosas. Cuando yo llegué a Lanzarote no tenía perspectiva de lo que eran los tratamientos mínimos ni sabía diferenciar claramente entre tratamientos convencionales

mínimos y tratamientos en base a protocolos. Allí comencé a trabajar a nivel clínico normal y empecé a tener visitas de los laboratorios insistiéndome en que me metiera en protocolos. Luego, cuando vieron que no conseguían convencerme, quisieron que aplicara tratamientos basados en otros protocolos ya existentes, incluso en algunos casos en fase II, con el argumento de que prácticamente todo el mundo los estaba aplicando, que era "lo mejor que había en ese momento". Cuando es evidente que un medicamento que sólo ha pasado la fase II no debe utilizarse. Y sin embargo el laboratorio insistía en que lo utilizara enfadándose al ver que no accedía.

—¿Es una práctica habitual realizar tratamientos con fármacos en fase II?

—No, no es una práctica habitual pero se hace en ocasiones. A veces se decide poner algo nuevo, lo último, aunque todavía esté en fase II para pacientes que han acabado las opciones aceptadas. Son siempre tratamientos paliativos de pacientes sin cura en la medicina convencional;





Dr. Javier Herráez

además son los que han sobrepasado la quimioterapia que la medicina basada en la evidencia justificaría. También puede usarse si está dentro de un protocolo.

—¿Es cierto que en esos protocolos que se ponen en marcha se cobra por paciente?

—Sí, es cierto. Cuando un servicio de Oncología se apunta a un protocolo sabe que en muchas ocasiones le van a dar dinero por cada paciente que incluye en él. En mi caso, mi jefe hizo una fundación dedicada a la investigación y en eso invertía el dinero que le daban.

—Solo que no todo el mundo dedica el dinero que le dan a fundaciones...

—No.

DESMITIFICAR LA QUIMIOTERAPIA

—¿Cómo llega al convencimiento de que la quimioterapia sirve realmente para poco?

—Te vas convenciendo con los meses de ejercicio. Lo que más te impacta al principio son sus tremendos efectos secundarios. Y luego te das cuenta además de que los beneficios para los enfermos son mínimos. Como mucho aumenta su supervivencia unos días y, en el mejor de los casos, algunos meses. Y voy a ser claro: a mi juicio esos aumentos tan mínimos de supervivencia no justifican los tremendos efectos secundarios de una quimioterapia que a veces el enfermo está sufriendo durante meses. Hoy no acepto que se medique

a una persona para que malviva seis meses y encima se justifique alegando que gracias a ello va a vivir 20 ó 40 días más. En suma, uno se da cuenta poco a poco de que en

todo esto hay algo que chirría, que no cuadra. Especialmente cuando empiezas a ver gente que no ha soportado tanta quimio y tiene mejor calidad de vida llegas al convencimiento de que en muchos casos lo bueno es no poner quimioterapia.

Hoy ya estoy persuadido de que hay que desmitificar la quimioterapia porque no es la solución en la mayoría de los casos. Su utilidad curativa —tumores curables con quimioterapia sola o en combinación con otros tratamientos— sólo se da realmente en leucemias agudas, linfomas de alto grado, Linfoma de Hodgkin, Tumor de Wilms, Rhabdomyosarcoma embrionario, Sarcoma de Ewing, Carcinoma Microcítico de Pulmón y tumores germinales (Cáncer de testículo y Coriocarcinoma gestacional). En estos tumores existe una respuesta “aceptable”: aumento de supervivencia y “algunas” curaciones pero tengamos en cuenta que no son los tumores mas frecuentes. Además debo añadir —para informar a la gente— de que sólo procede un comienzo rápido de la quimioterapia en dichos tumores y también en tumores que son quimiosensibles y además producen clínica por compresión: carcinomas de mama, ovario, estómago y carcinoma de origen desconocido diseminado en paciente joven. En el resto de los casos su

utilidad es muy escasa y hay que ser muy cauto en usarla valorando seriamente si el poco tiempo de vida que se podría aumentar compensa la mala calidad provocada por los efectos secundarios. Por tanto el paciente puede tomarse un tiempo tranquilamente y pensárselo puesto que no hay urgencia.

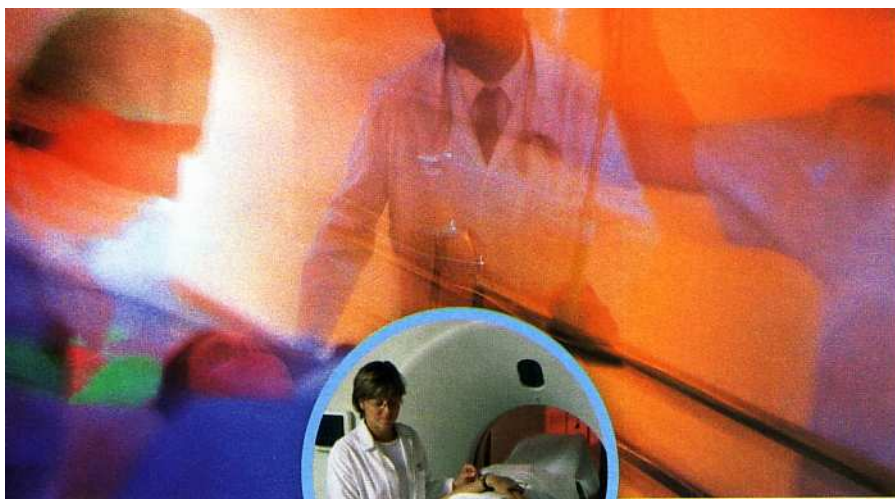
—¿Me está diciendo que el resto de los tumores no son quimiosensibles?

—Lo son muy poco. Esto es lo importante y lo que muy a menudo se ignora. En este sentido quiero contar, enlazando con lo que dije antes sobre la visión sesgada que los oncólogos tenemos de lo que realmente se puede hacer, que cuando yo llegué a Lanzarote decidí leerme un tratado de Oncología, en plan repaso, y mi sorpresa fue que cuando llegué al cáncer de pulmón me enteré de que en aquella época no estaba justificado poner más de 3 ciclos de quimioterapia cuando habitualmente poníamos 6 o más ciclos. Y lo hacíamos por diferentes motivos: por inercia, porque pensabas que le hacías un favor al paciente, porque éste lo exigía pensando que así le iba a ir mejor... Para mí fue una gran sorpresa y en ese momento decidí que no ponía más de tres ciclos a no ser que hubiera una motivación clínica clara porque pensáramos que podíamos disminuir síntomas.

Mis tratamientos eran pues menos agresivos, procuraba dar siempre tiempo para pensar al paciente, usaba los esquemas más sencillos dentro de los aceptados por la comunidad científica y aquéllos que pensaba iban a tener menos efectos secundarios. Por tanto no usaba medicamentos nuevos si no se disponía de bastante experiencia acumulada. Nunca ponía en principio nada más de lo que había que poner y así se lo explicaba al paciente. Le decía: “Hemos llegado al punto en el que la Medicina no ha demostrado que se pueda hacer más y sólo queda esperar la evolución”.

El actual uso masivo de la quimioterapia no se justifica en absoluto. Lo máximo que se suele conseguir con ella es prolongar la vida unas semanas o unos meses y con una calidad de vida mucho peor.





En algunos tumores la quimio se pone con criterio clínico; por ejemplo, para disminuir síntomas. Pero en otros no tienes ninguna obligación de ponerla llegado a ese punto. También tengo que decir que esto me fue tremendamente difícil. El paciente llega totalmente manipulado a nivel informativo y te exige cosas porque lo ha oído en la televisión, porque se lo ha dicho otro especialista o porque ha visto a otros enfermos a los que sí se lo han hecho y entonces te exige que le

pongas más tratamiento cuando realmente no hay que ponérselo porque no está indicado en ese preciso momento. Por ejemplo, hay tumores a los que sólo hay que aplicar quimio cuando hay sintomatología y cuando hay necesidad de disminuirla. Y no hay más indicación que ésa. Pues no, se pone quimioterapia aunque la indicación no esté clara. El sistema favorece que el paciente salga "ganando" porque si tú no se la pones te creas problemas y, sin embargo, si se la pones te vas tran-

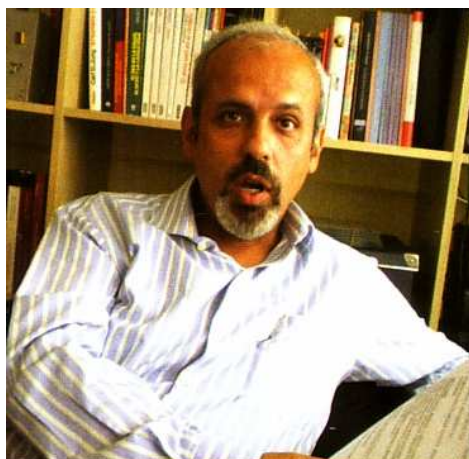
A la mayoría de los enfermos desesperados a los que se ofrece formar parte del protocolo de un producto nuevo no se les dice que puede tocarles estar en el grupo al que se va a dar el placebo y, por consiguiente, se les va a dejar morir sin darles nada para saber si el producto funciona o no.



quilamente a tu casa y nadie te dice nada. Y debo decir de nuevo, tras mi experiencia, que los pacientes sin quimioterapia tienen mejor calidad de vida que con quimioterapia.

—¿Qué le hizo irse de Lanzarote?

—El primer año trabajé allí muy a gusto porque tenía pocos pacientes y mucho tiempo para hablar con ellos. Bueno, reconozco que además de ponerles quimio les hacía hacer visualización y



Dr. Javier Herráez



practicaba con ellos la psicoterapia. No les contaba nada especial, simplemente les hacía caso, hablaba con ellos, les quitaba el miedo, les daba esperanzas... pero les atendía durante una hora. Ellos se desahogaban y el paciente mejoraba clínicamente. De hecho mis pacientes creo que tenían bastantes menos efectos secundarios que los pacientes de otros servicios de Oncología.

¿Por qué? Por un lado porque les ponía menos quimioterapia. Y por otro, porque revisaba más a los pacientes. En lugar de una vez por ciclo los revisaba dos veces –me refiero a los pacientes del primer año– y además quitaba la parte placebo de los efectos secundarios que también existe. Igual que existe un efecto placebo innegable en todos los fármacos y en todos los tratamientos no farmacológicos también existe un efecto nocebo dentro del cual están los efectos secundarios que, a veces, son mayores de lo que deberían simplemente por el miedo que tiene el paciente y por cómo ha recibido la información.

A partir del primer año fue ya aumentando la sobrecarga asistencial, la presión laboral y la presión de la propia dirección. Hubo varias cosas que no les gustaron. Había un número determinado de pacientes –ni siquiera fue decisión mía– que por propia elección se estaban sometiendo ya a tratamientos alternativos y en lugar de rechazarlo yo no sólo se los supervisaba sino que les animaba a que lo siguieran haciendo porque no interferían con nuestro tratamiento. En alguna ocasión incluso les recomendaba algo. En especial el aloe vera. Allí lo conocí y me convencí de su

utilidad en el cáncer de pulmón. Me lo enseñaron los pacientes porque es una planta endémica que allí abunda. También puse en marcha en

el hospital, fuera del horario de trabajo, un grupo con 15 ó 20 pacientes que hicieron visualización curativa y relajación. Y en el último año a algún paciente le recomendé incluso que tomara *Renoven* (nombre actual del *Bio-Bac*). En fin, el caso es que entiendo que mi actitud no le gustaba a la dirección médica. Y lo infiero de la postura que tomaron. Verá, dada la presión asistencial que soportaba ya se me autorizó a contratar a otro oncólogo. Así que puse un anuncio en la página de la SEOM, en Internet, en el que decía que se buscaba médico con conocimientos en Medicina Interna y Oncología. Bueno, pues teniéndolo autorizado y habiéndolo encontrado en poco tiempo me encontré con que año y medio después seguían sin contratarle. Me daban largas y no lo contrataban. Llegué a un punto donde al final trabajaba con gran nivel de estrés, estaba muy decepcionado con los resultados y me encontraba destrozado física y anímicamente. Entendí que ya no podía con ese trabajo. Para mí está claro que me hicieron un *moobing* encubierto. Ésas fueron algunas de las principales razones por las que me tuve que ir. El punto final lo puso un incidente relacionado con el tratamiento propuesto por **Antonio Brú**. Había leído su artículo sobre los pacientes que habían obtenido tan buenos resultados con *Neupogen* y me en-

teré de que el tratamiento se podía aplicar por uso compasivo, que no había nada contrario a la ética si lo hacía y que estaba completamente justificado a nivel humano y médico. Así que un día invité a una señora desahuciada pero con muy buen estado general con un hepatocarcinoma a probar el tratamiento con *Neupogen*, a tramitárselo y a supervisárselo. Una vez conseguida la aprobación del tratamiento –lo que no fue difícil ya que se trataba de un hepatocarcinoma multicéntrico en situación terminal no apto para ningún tratamiento convencional– la llamé por teléfono para decirle que ya teníamos todos los permisos en regla. Y entonces, con una voz diferente de la habitual, menos firme, más temerosa, me dijo que hablara con su hija. Así me enteré de que alguien les había convencido de que no se sometiera a ese tratamiento y fuera en cambio al hospital de referencia donde la habían incluido en un tratamiento cuyos resultados no estaban homologados porque no cumplía indicaciones claras. Fue la gota que colmó el vaso. Ese mismo día escribí la carta de dimisión y me fui.

–¿Tienen los oncólogos a lo largo de su vida profesional tantos casos de curación como para seguir aferrándose a los tratamientos convencionales despreciando otras posibles vías de tratamiento?

–Para nada. En todos los años que estuve en Zaragoza estudiando creo que curaciones o posibles curaciones vería dos o tres. Creo recordar que uno fue un carcinoma microcítico metastásico que tuvo una remisión completa. Curados únicamente con quimioterapia hay muy pocos enfermos. Me refiero a pacientes metastásicos que se hayan curado y no sólo que hayan tenido una buena evolución. La Quimioterapia está actualmente indicada, bien con intención paliativa –tratamiento de pacientes con

“En todos los años que estuve en Zaragoza estudiando –afirma el Dr. Javier Herráez– creo que curaciones o posibles curaciones de cáncer vería dos o tres”.





enfermedad diseminada para la cual no existe en teoría cura—, bien con intención curativa, pero la realidad es que el oncólogo lo que realiza en el 90% de los casos es medicina paliativa.

LA REDUCCIÓN DE LA MASA TUMORAL NO ALARGA LA VIDA

—¿En su opinión reducir la masa tumoral significa alargar la vida?

—En contra de lo que comúnmente se cree la reducción de la masa tumo-

ral no alarga la vida. De hecho en ocasiones el cáncer regresa más agresivamente porque matar al 99% de las células cancerosas alienta el crecimiento de cepas de células malignas resistentes a las drogas. Aunque sea cierto que a veces reducir la masa tumoral es necesario. De hecho es una indicación obligada, por ejemplo, cuando hay un síndrome de vena cava y no podemos usar otros tratamientos. O cuando hay compresión de un órgano vital; a veces sólo para aliviar el dolor que eso provoca. En esos casos sirve durante los

Una cosa es la reducción de la masa tumoral y otra el aumento de la supervivencia. No está demostrado ni científicamente ni médicamente que una cosa se correlacione con la otra.



primeros ciclos. Pero lo que está claro es que una cosa es la reducción de la masa tumoral y otra el aumento de la supervivencia. Y no está demostrado que una cosa se correlacione con la otra. De hecho hay tumores en los que se puede reducir la masa tumoral y la supervivencia no se alarga. Y hay otros pocos en los que al reducir la masa tumoral sí aumenta aunque poco pero de forma estadísticamente significativa la supervivencia.

—¿Cree que sigue estando justificado el actual protocolo convencional tera-

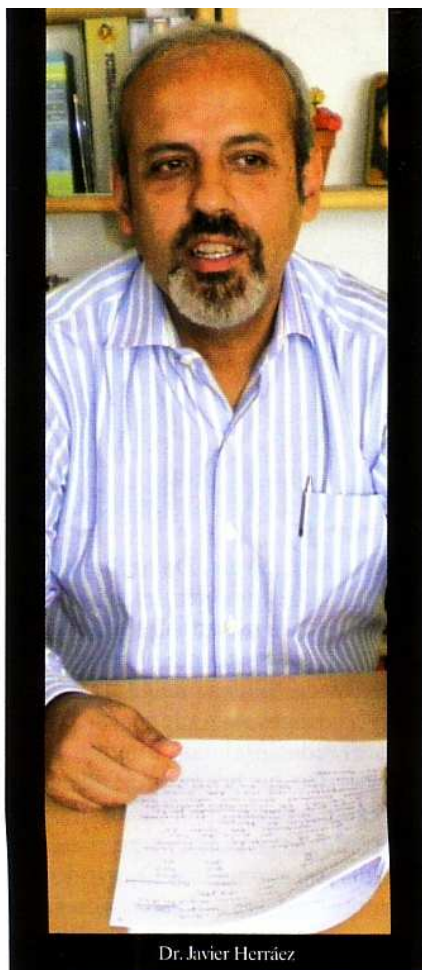
péutico como primera opción de tratamiento para un paciente de cáncer?

—De cirugía o Radioterapia no puedo hablar pero en lo que se refiere a la Quimioterapia mi opinión es que actualmente no se justifica ni como primera ni como última opción. Pienso que debería reducirse sólo a los casos en que evidentemente sea útil a nivel clínico, como en aquellos casos en que alargue la supervivencia y de una forma que por los efectos secundarios le compense al paciente. En el resto de los casos, que son la inmensa mayoría, creo que no está justificada la Quimioterapia. Y considero que además no es ética en muchos casos porque conozco los tratamientos alternativos y he visto la respuesta en los pacientes. Hoy entiendo que es mucho más importante para los pacientes no recibir tratamientos agresivos y empezar por tratamientos más naturales porque clínicamente les beneficia mucho más.

—¿Cuál suele ser la reacción de sus colegas oncólogos cuando un paciente les comunica, por ejemplo, que está tomando *Renoven*, vitamina C en altas dosis o siguiendo algún tratamiento alternativo?

—La reacción, según me han contado algunos pacientes, es muy negativa. Y siempre suele ser la misma: de desprecio. “Haga usted eso si quiere pero no le va a servir de nada”, sería una de las respuestas más típicas y generalmente asociada a una sensación de enfado que el paciente capta inmediatamente. Quisiera recordar, en especial para aquéllos que acusan a la medicina natural de ser un mero placebo, que no llegan al 30% las terapias utilizadas por la medicina oficial cuyos éxitos estén debidamente documentados con pruebas científicas. Es decir, actualmente la “medicina basada en la evidencia” abarca menos del 30% de usos terapéuticos convencionales.

Bueno, pues a pesar de ello muchos oncólogos se permiten el lujo de dar opiniones sobre los tratamientos alternativos de sus pacientes si éstos se atreven a contárselos. Cuando una persona que no tiene conocimiento alguno sobre un producto o tratamiento no tiene derecho a opinar de él. Siempre se lo digo a los pacientes que han pasado por esa experiencia recordándoles que esos médicos ni conocen cómo funciona el tratamiento o producto que critican ni tienen experiencia clínica con él. Y, por tanto, no tienen derecho a emitir juicios. En suma, generalmente es una respuesta de rechazo, de



Dr. Javier Herráez

La presión de los laboratorios farmacéuticos sobre los oncólogos para utilizar a sus enfermos como cobayas es ya tan vergonzosa que cada vez más se plantean abandonar la Oncología.



prepotencia, de creerse superiores, de crítica a lo que no conocen, de paternalismo con los pacientes, de pensar “Este pobre paciente se agarra a un clavo ardiendo haciendo tonterías”...

—¿Incluso de meterles miedo?

—Sí, de meterles miedo indirectamente porque el paciente lo primero que capta en ese rechazo es que el oncólogo puede dejar de tratarle de la misma manera, dejar de ser tan cordial con él, de tratarle con la misma amabilidad que antes. No es que sea una reacción explícita del oncólogo pero sí que el paciente lo capta.

Yo he tenido casos —contados afortunadamente— de gente que les han dejado de citar simplemente porque no se quisieron tratar con un tratamiento quimioterápico.

INFORMACIÓN MALA, INÚTIL, DAÑINA

—Siempre se aboga por el derecho del paciente a la información, a saber lo que le está ocurriendo, pero ese derecho debería incluir los datos del efecto nocebo y el tener acceso a los datos exactos —relativos y absolutos— respecto a la supervivencia que se consigue realmente con un fármaco o tratamiento. Díganos, ¿qué tipo de información se está dando realmente al paciente de cáncer y qué tipo de información se le debería a su juicio dar?

—Tenemos protocolos contundentes indicando qué fármacos usar en la mayoría de los casos de cáncer. Sin embargo, no existen protocolos de cómo informar claramente a los pacientes. En cuanto a la información que se da sí creo que hay cosas que fallan; empezando por la forma de explicarles a los pacientes los datos estadísticos. Generalmente o no se les habla claramente de lo que se les está ofreciendo o se les dan datos relativos que son tantos por ciento de beneficio muy altos. Quienes tienen cáncer suelen preguntar *¿Qué posibilidades tengo con la Quimioterapia?* Y a menudo los oncólogos dicen que la “respuesta” puede ser “del 40 o el 60 %”. Y claro, para el paciente eso suena alentador y acepta la Quimioterapia aunque implique un gran sufrimiento ya que cree que los beneficios serán mucho mayores. Porque cuando se informa al paciente el médico habla de “índice de respuesta y encima en datos relativos” y el paciente oye “cura”. Pero que un fármaco o un tratamiento obtenga un cierto porcentaje de “respuesta” no significa que el enfermo vaya a vivir más tiempo o al menos con mejor calidad de vida como la mayoría de la gente interpreta. Creo que los oncólogos deberían ser mucho más rigurosos a la hora de evaluar el escaso beneficio que se obtiene y en tan pocas personas frente al coste total en todos aquellos que reciben el tratamiento y no sólo no se benefician de él sino que salen perjudicados.

—Al hablar de “coste-beneficio” global se refiere no para el enfermo sino para el sistema de salud...

—Así es. Creo que el sistema no tiene en cuenta ni el coste-beneficio ni los efectos sobre los pacientes a los que no se les aumenta la supervivencia. Creo de hecho que la Oncología es una ex-



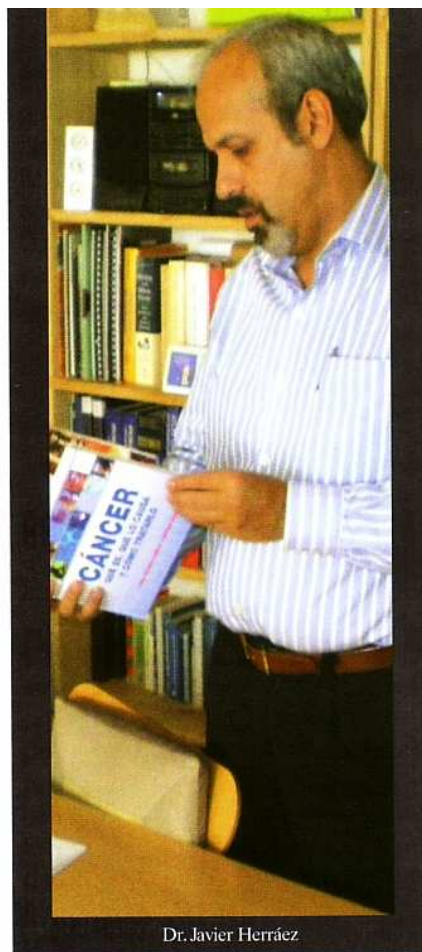
cepción ya que en medicina primaria, por ejemplo, se tiene muy en cuenta la eficiencia de los tratamientos y, sin embargo, en Oncología no. El gasto en fármacos es exagerado, astronómico en comparación con el beneficio que obtienen los pacientes. Por otro lado, está el efecto nocebo de la información. Creo que los oncólogos están influyendo negativamente en los pacientes por desconocimiento del poder que tiene lo que dicen sobre él. Y no digo que los oncólogos actúen de mala fe. Hacen lo que hacen porque creen que están haciendo lo mejor ya que el sistema les ha enseñado a hacer eso y no otra cosa. Además el oncólogo informa hoy como lo hace porque cree que al paciente hay que decirle la verdad... como si ésta fuera absoluta. Algo muy discutible. ¡Que me digan a mí qué estudio científico demuestra que tenga que hacerse así! Decir la verdad no debería implicar jamás quitar la esperanza a los pacientes.

—En cualquier caso el oncólogo se refiere a datos que no son el paradigma de la verdad y que son cambiantes de paciente a paciente, luego, ¿en esas condiciones se puede recurrir a estadísticas globales para responder a casos aislados?

—Yo creo que nadie tiene derecho a hacer predicciones sobre lo que le va a pasar a un paciente basándose simplemente en estadísticas. Los estudios estadísticos están ahí para que nosotros estudiemos y no para que le digamos al paciente las posibilidades que tiene de vida o los años o meses que va a vivir porque es mentira que lo sepamos en un caso concreto.

En mi práctica clínica, y por comentarios de algún compañero, sé que existen casos que no son explicables por nuestra excelsa ciencia: tumores que dejan de crecer, curaciones espontáneas, supervivencias muy diferentes de unos pacientes a otros con los mismos tumores en el mismo estadio, pacientes que tienen respuestas completas tras un ciclo en tumores supuestamente no muy sensibles, pacientes que hacen metástasis fulminantes en unos días o semanas. No se puede aplicar la estadística global a los casos particulares.

En cuanto a los tumores cuyo crecimiento se detiene sólo que-
ría reseñar que en mi



Dr. Javier Herráez

Es indignante que a un enfermo de cáncer se le pronostique cuánto le queda de vida. Ningún médico sabe eso y no puede ampararse en las estadísticas para hacer un pronóstico de ese tipo.



experiencia no ha sido raro encontrar pacientes que llegaban con un TAC diagnosticando un tumor que, por esperas debidas al sistema, han tardado meses en operarse y al repetirles el TAC para la operación el tumor seguía siendo del mismo tamaño. Cuando cualquier oncólogo sabe que eso no cuadra con la definición de tumor maligno. Y, sin embargo, nos vemos obligados a tratarlo cuando lo que habría que hacer es decirselo al paciente:

“Mire usted, igual nos hemos equivocado. Lo que vamos a hacer es esperar otro tiempo similar al pasado y repetir el TAC. Y si no crece no lo consideraremos maligno”.

—¿Y cuál es hoy su propuesta para atender a un paciente de cáncer?

—Primero, luchar contra el miedo. El paciente viene en estado de pánico, con la creencia de que el cáncer no puede curarse. Es mi principal y penosa labor inicial: tratar el pánico. Una vez superado eso todo es más fácil.

En segundo lugar, informar sobre la etiopatogenia y fisiopatología del cáncer, desmitificar los falsos dogmas. Explicar que el cáncer puede ser un proceso reversible. Dar esperanzas. Nadie tiene derecho a dar una sentencia de muerte a un paciente y menos calculada en meses o años.

En tercer lugar —y éste es a mi juicio el punto principal de todo tratamiento—, informarle sobre la importancia de la alimentación proponiéndole una dieta sana anticancerígena. Explicándole cómo hidratar el cuerpo, depurar su espacio de Pischinger (el espacio que rodea a las células) y mejorar las “defensas” recordándole además la importancia del movimiento, el descanso, la respiración, la relajación, la visualización y la meditación.

En cuarto lugar, buscar apoyo externo con suplementos nutricionales como tratamiento en la fase aguda y un tratamiento naturista propiamente dicho usando Acupuntura, Fitoterapia, Homeopatía y otras técnicas (terapias manuales, gimnasias energéticas, etc.). Y, por supuesto, hablarle de la imperiosa necesidad de hacer una desintoxicación hepática.

Y finalmente darle información sobre otros tratamientos alternativos: el *Neupogen*, el *Renoven*, las vitaminas C y B₁₇, el BET-7, el *Papimi*, los protocolos homeopáticos de los doctores **Pratip** y **Prasanta Banerji**, los antioxidantes, los ácidos grasos esenciales omega 3, los inmunomoduladores... Es decir, guiar al paciente sobre qué empezar a utilizar.

Y, claro está, por mis estudios y experiencia de oncólogo alopático de medicina convencional, resolver las dudas que tenga el paciente relacionadas con su diagnóstico o con el tratamiento que siga.

Terminamos. Ojalá las palabras del doctor Herráez permitan que los oncólogos trasladen a sus jefes y al sistema sanitario la necesidad apremiante de abrir de una vez nuevas vías terapéuticas y cerrar las ya superadas por el tiempo y la experiencia clínica. Tras 50 años hoy sabemos más allá de cualquier duda que la Quimioterapia no es la solución.

Antonio F. Muro

