

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
SANTIAGO DE CUBA

IMPACTO DE LA FITOTERAPIA EN EL CONTROL DE LA HIPERTENSION ARTERIAL.

*Dra. Eskatherine Urgellés Blanco¹, Dra. Josefa Margarita Miranda Vázquez¹,
Dr Clemente Couso Seoane², Dra. Caridad Bernardo Fernández³, Dr. Reynaldo
Elías Sierra³, Dr. José Oriol Vega Puente⁴, Dr. Abel Lara Negret.⁵*

RESUMEN

El trabajo es contentivo de un estudio de intervención comunitaria educativo terapéutica, encaminado a modificar estilos de vida unido a la fitoterapia. Se determinó que la enfermedad fue más frecuente en el sexo masculino y en el grupo de 45-59 años en general donde se logró un 93% de reducción de las cifras tensionales después de la intervención. Sin embargo las mujeres respondieron mejor con un descenso de 17 mmHg de la tensión arterial media, no quedó ningún paciente en el estadio 2, y el 92% pasó al estadio normal y normal alta. Los factores de riesgo fueron el consumo elevado de sal y el tabaquismo, reduciéndose el primero en un 89,3 por ciento y la mejor respuesta se obtuvo con la combinación limón-caña santa con lo que se logró controlar al mayor número de enfermos facilitándole con ello accesibilidad económica, su sencillo uso y un producto natural libre de reacciones adversas.

Palabras clave: FITOTERAPIA/ utilización; HIPERTENSION/ terapia; ESTILO DE VIDA; EDUCACION DEL PACIENTE.

INTRODUCCION

La enfermedad hipertensiva posee un gran interés por sus efectos sobre la salud y la longevidad, o lo que es lo mismo sobre la morbimortalidad. Es por ello, que en los últimos decenios se tiende a considerar como una de las enfermedades crónicas no trasmisibles que más impacta significativamente en la calidad de vida de la población y en los gastos económicos por concepto de

¹ Especialista de I Grado en Medicina General Integral.

² Especialista de II Grado en Geriatria.

³ Especialista de II Grado en Cardiología. Profesor Auxiliar.

⁴ Especialista de I Grado en Medicina Interna.

⁵ Residente de Cardiología.

su prevención, control, tratamiento y rehabilitación. Más que un factor de riesgo, es un proceso bien definido que en muchas ocasiones ha llevado a una infravaloración estadística de su importancia a la hora de analizar las causas de muerte, siendo la enfermedad crónica más común en todos los países desarrollados y en desarrollo, en los cuales su prevalencia se encuentra entre el 15 y 30 %, y se estima que 691 millones de personas la padecen. Afecta a una de cada cuatro personas en occidente cuya incidencia aumenta con la edad¹ y por lo tanto constituye un desafío importante para todos los países, las instituciones de salud y los gobiernos.

Los estudios realizados han puesto de manifiesto que la Hipertensión Arterial (HTA) no solo es una causa directa e importante de incapacidad y muerte (cerca de 3 millones de personas/año) sino que también es un factor principal de riesgo para las coronariopatías, enfermedad cerebro vascular y las insuficiencias renales y cardíacas.²

Su etiología es desconocida en el 95% de los casos y sus diversas alteraciones hemodinámicas y fisiopatológicas tienen un origen multifactorial ; es por ello que a pesar de disponer de fármacos eficaces para su tratamiento y de numerosos programas científicos de formación y actualización realizados, la realidad es que solo se controla a un porcentaje bajo de pacientes de acuerdo con las cifras consideradas normales en la actualidad.³

Los cambios del estilo de vida han demostrado efectividad en la disminución de la tensión arterial y en el mundo contemporáneo se aboga por la prevención de la enfermedad como medida más importante y menos costosa. Por ejemplo, está descrito desde la antigüedad, que la actividad física aumenta el rendimiento intelectual y le proporciona estabilidad a la mente para enfrentar situaciones estresantes.⁴⁻⁶

DESARROLLO

En un estudio realizado por la Universidad Estatal de Haití en el período de enero a marzo de 1996 se revela el predominio de los ingresos por enfermedades cardiovasculares (40% de las admisiones), en segundo lugar después de las enfermedades infecciosas que representan el 42% de las hospitalizaciones. Los accidentes cerebrovasculares y las descompensaciones cardíacas globales aparecen con mayor frecuencia, ambas como complicaciones de la Hipertensión Arterial, que constituye un grave problema

de salud en este país, donde esta enfermedad se ha dado a llamar el "asesino silencioso" por el amplio número de personas que desconocen que la padecen y sobre los cuales no se ha realizado la búsqueda activa ni tampoco se aplican medidas terapéuticas.⁷ Por ejemplo, Casado Pérez⁸ señaló que: la mitad de los hipertensos no lo saben, solo la mitad de la mitad se trata y de los que se tratan, solo la mitad se controla.

Se ha demostrado una eficacia de la prevención superior al 50% en el proyecto Karelia del Norte, Finlandia, donde en un período de 20 años, la incidencia de cardiopatía disminuyó 55% en los hombres y 68% en las mujeres. Es de suma importancia precisar que el 80% de la disminución en los hombres y el 72% en las mujeres se atribuyó a la reducción de la prevalencia de solo tres factores: la hipertensión, hipercolesterolemia y el tabaquismo.^{8,9}

En Haití el manejo de estos pacientes representa un problema por la falta de cumplimiento del tratamiento y la fidelidad del mismo después de los tres meses que no rebasa el 25%. Varios factores contribuyen a ello, entre los que se destaca el costo relativamente elevado de los medicamentos, suspensión del tratamiento tan pronto se sienten mejor y los efectos adversos de los mismos.⁸

Por todo lo anterior se mantiene la necesidad de implantar las medidas no farmacológicas o cambios de estilo de vida en todos los pacientes con HTA, necesiten o no tratamiento farmacológico, pues disminuye el número y dosificación de medicamentos hipotensores para lograr los niveles adecuados así como las complicaciones posteriores a su uso prolongado.^{7,8}

La medicina tradicional oriental últimamente ha adquirido una gran importancia para los profesionales de la salud extendiéndose a varios países como tratamiento de múltiples enfermedades funcionales unas y con repercusión orgánica otras⁷; sin embargo no podemos olvidar que este método de tratamiento es un arma más en el arsenal con que contamos en la lucha contra las enfermedades y debe verse en ese contexto y no como sustitución de ningún proceder.

La fitoterapia es una de sus ramas y constituye la base misma de la medicina de la familia haitiana. Los remedios utilizados son de origen vegetal en más del 95% y han sido estudiados por varias instituciones tales como el grupo Tamil (Investigación científica y uso popular de las plantas medicinales del Caribe), el Servicio Ecuménico de Ayuda Mutua (SOE), la Facultad de Medicina y Farmacia de Haití y la Universidad A y M de Florida que actúan en las comunas de Thomonde (Plateau Central), La Chapelle (Artibonite), Terrier-Rouge

(Noreste), Les Cayes y Camp Perrin (Sur). Son numerosas las plantas utilizadas en la medicina (alrededor de 600) y pertenecen a diversos grupos taxonómicos, conocidas en su mayoría por sus componentes con efectos terapéuticos.⁷

Una vez incorporados a nuestro trabajo comunitario y enfrascados en las labores de dispensarización de la población hemos observado una alta incidencia de HTA así como un control y seguimiento inadecuado de estos pacientes dado por varias razones, tales como malos hábitos dietéticos, y las dificultades en la adquisición de medicamentos por su alto costo, lo cual ha traído consigo una repercusión desfavorable en la mortalidad por afecciones cardíacas y cerebro vasculares, por lo que es considerado un importante problema de salud y decidimos enfrentar el mismo utilizando la fitoterapia en el control de los pacientes con HTA y de esta forma demostrar su eficacia en una sociedad de consumo donde las drogas antihipertensivas tienen un costo excesivo y las personas mueren por no tener acceso a los servicios de salud.^{10,11}

Por otro lado la importancia de modificar el estado de los pacientes hipertensos no controlados de la Comuna de Marigot mediante cambios del estilo de vida y uso de fitofármacos como alternativa terapéutica en el período de Febrero a Octubre del 2003 así como caracterizar en la muestra de hipertensos no controlados algunas variables de interés. En otro orden el establecimiento de un programa educativo-terapéutico mediante el uso de los fitofármacos. Se determinó el impacto del programa de intervención en el control de la hipertensión, precisando además la modificación de la Tensión Arterial Media después de la intervención

CONCLUSIONES

- Predominó en el grupo de estudio el sexo masculino y el grupo de edades de 45-59 años.
- Elevado consumo de sal y el sedentarismo fueron los principales factores de riesgo y al mismo tiempo los que mayor por ciento de modificación sufrieron después de la intervención.
- Se demostró que las acciones de intervención educativa unido a la fitoterapia, lograron una disminución significativa de la tensión arterial con una mejor respuesta en las edades más jóvenes (30-44 años) y en el sexo femenino.

- Se obtuvieron excelentes resultados con la combinación limón-cañasanta, pues la mayoría de los pacientes fueron clasificados como normotensos al final de la intervención.
- Hubo una reducción importante de la tensión arterial media por encima de lo estimado por la OMS, fundamentalmente en mujeres.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Prevención, Diagnóstico, evaluación y control de la Hipertensión Arterial. La Habana: MINSAP 1998.
2. Houston Mc. Hypertension. Current therapy. Philadelphia W.B. Saunders. 2002: 459-61.
3. Hernández Cisneros F, Mena Lima AM, Rivero Sánchez M, Serrano González A. Hipertensión Arterial: Comportamiento de su prevalencia y de factores de riesgos. Rev Cub de MGI 1996; 12(2):145-9.
4. Ruilope RL: Modificaciones del estilo de vida y respuesta al tratamiento farmacológico. Estudio EDUCA. Ed Doyma 2001. VCD-ROM.
5. Álvarez Sintés, R. Temas de MGI. La Habana: Editorial Ciencias Médicas 2001:517.
6. Avances Médicos de Cuba 2000; 22(2):59-60.
7. Haití. Ministerio de Salud Pública y Población. Análisis de la Situación Sanitaria. Haití, 1998.
8. Casado Pérez R, Alcázar JM. Cifras óptimas de tensión arterial y riesgo cardiovascular. Avances en HTA. Ed. Grupo Bristol- Myers, Squibb. España, 2001; 3-5.
9. Boley A, Revert L: Hipertensión arterial en: Farreras PV, Rozman C. Medicina Interna 14 edición. Barcelona España. ED. Doyma, 2000: 643-64.
10. Guerrero R. Editorial. Rev Cubana Plantas Medicinales 1996; 1(2).
11. Núñez de Villacencio, F. Psicología y Salud. La Habana. ECIMED, 2001.

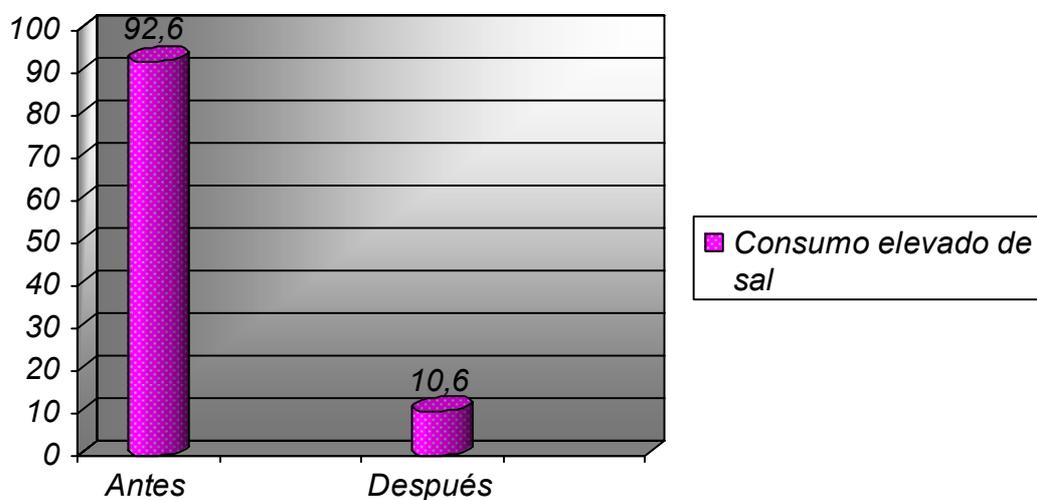
TABLA 1. DISTRIBUCION DE LOS HIPERTENSOS NO CONTROLADOS SEGUN EDAD Y SEXO.

GRUPOS DE EDAD	SEXO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMENINO		No.	%
	No.	%	No.	%		
18 – 29	6	6.8	14	22.5	20	13.3
30 – 44	28	31.8	18	29.0	46	30.7
45 – 59	36	40.9	22	35.5	58	38.7
60 o más	18	20.7	8	12.9	26	17.3
TOTAL	88	58.7	62	41.3	150	100.0

TABLA 2. DISTRIBUCION DE LOS HIPERTENSOS NO CONTROLADOS SEGUN FACTORES DE RIESGO.

FACTORES DE RIESGO	HTA NO CONTROLADOS				CV
	ANTES		DESPUES		
	No.	%	No.	%	
Tabaquismo	96	64	62	41.3	35.4
Sedentarismo	126	84	22	14.6	82.5
Consumo elevado de sal	139	92.6	16	10.6	88.6
Ingestión de alcohol	88	58	32	21.3	63.6
Obesidad/ Sobrepeso	27	18	9	6.0	66.6

GRAFICO 1. COMPORTAMIENTO DEL CONSUMO ELEVADO DE SAL ANTES Y DESPUES DE LA INTERVENCION.



Fuente: Tabla 2.

TABLA 3. HIPERTENSOS NO CONTROLADOS POR GRUPO DE EDADES DESPUES DEL TRATAMIENTO CON FITOFARMACOS.

GRUPOS DE EDAD	HTA NO CONTROLADOS				CV
	ANTES		DESPUES		
	No.	%	No.	%	
18 – 29	20	13.3	2	16.6	90.0
30 – 44	46	30.7	1	8.3	97.8
45 – 59	58	38.7	3	25.0	94.8
60 o más años	26	17.3	6	50.0	76.9
TOTAL	150	100.0	12	8.0	92.0

TABLA 4. DISTRIBUCION DE LOS HIPERTENSOS NO CONTROLADOS SEGUN SEXO.

SEXO	HTA NO CONTROLADOS				CV
	ANTES		DESPUES		
	No.	%	No.	%	
Masculino	88	58.7	8	5.3	90.9
Femenino	62	41.3	4	2.6	93.5
TOTAL	150	100.0	12	8.0	92.0

TABLA 5. DISTRIBUCION DE LOS HIPERTENSOS NO CONTROLADOS SEGUN ESTADIOS (CIFRAS) ANTES Y DESPUES DE LA INTERVENCIÓN.

ESTADIOS	HTA NO CONTROLADOS			
	ANTES		DESPUES	
	No.	%	No.	%
120/ 80 mm Hg			98	65.3
130-139/ 80-89 mm Hg	32	21.3	40	26.7
140-159/ 90-99 mm Hg	60	40.0	12	8.0
160-179/ 100-109 mm Hg	58	38.6	0	0
TOTAL	150	100.0	150	100.0

GRAFICO 2. DISTRIBUCION DE LOS HIPERTENSOS NO CONTROLADOS SEGUN RESPUESTA FAVORABLE A LA FITOTERAPIA.

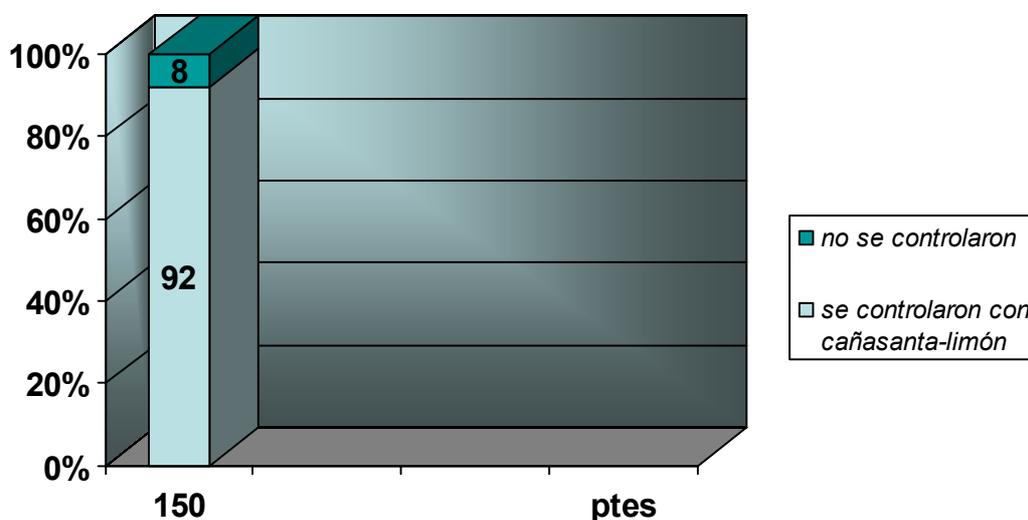


TABLA 6. COMPORTAMIENTO DE LA TENSION ARTERIAL MEDIA (TAM) SEGUN SEXO ANTES Y DESPUES DE LA INTERVENCION.

SEXO	TA MEDIA (mm Hg)		REDUCCIÓN
	ANTES	DESPUES	
Masculino	123	110	13
Femenino	113	96	17
TOTAL PROMEDIO	118	103	15