

Artículo Original / Original Article

Efecto y seguridad de un tratamiento ambulatorio de medicina tradicional para el asma en 26 pacientes de Cota, Colombia: una serie de casos

[Effect and safety of an outpatient traditional medicine treatment for asthma in 26 patients from Cota, Colombia: a case series]

Germán Zuluaga¹, Juan Pimentel^{1,2}, Iván Sarmiento^{1,2} y Neil Andersson^{2,3}

¹Grupo de Estudios en Sistemas Tradicionales de Salud, Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad del Rosario, Bogotá, Colombia

²CIET-PRAM, Departamento de Medicina Familiar, Universidad de McGill, Montreal, Canadá

³Centro de Investigación de Enfermedades Tropicales, Universidad Autónoma de Guerrero, Acapulco, México

Reviewed by:
Beatriz Varela
Universidad de Buenos Aires
Argentina

Brenda Oliveira Guimaraes
State University of Goiás
Brazil

Correspondence:
Germán ZULUAGA
gzuuuga@cemi.org.co

Section Therapeutic applications

Received: 21 September 2020
Accepted: 24 January 2021
Accepted corrected: 3 March 2021
Published: 30 November 2021

Citation:

Zuluaga G, Pimentel J, Sarmiento I, Andersson N.
Efecto y seguridad de un tratamiento ambulatorio de medicina tradicional para el asma en 26 pacientes de Cota, Colombia: una serie de casos
Bol Latinoam Caribe Plant Med Aromat
20 (6): 638 - 648 (2021).
<https://doi.org/10.37360/blacpma.21.20.6.45>

Abstract: The prevalence, morbidity and costs of asthma care have increased worldwide. This study describes the effect and safety of an outpatient medical treatment with traditional medicine for asthma, through a retrospective case series with patients admitted to outpatient consultation from 1995 to 2015 in Cota, Colombia. Analyzing 26 cases with a clinical diagnosis of asthma, during the treatment 34.6% (9/26) did not present episodes of uncontrolled asthma and 61.5% (16/26) were classified as controlled asthma in their last consultation of control. 88.4% (23/26) of the patients reported no adverse reactions and the three reported were mild. The results allow to generate hypotheses about the effectiveness and safety of an outpatient treatment based on the incorporation of resources from traditional medicine. These observations could be explored with experimental studies to determine their long-term effectiveness, safety and low cost.

Keywords: Asthma; Traditional medicine; Medicinal plants; Cases; Intercultural health

Resumen: La prevalencia, morbilidad y costos de atención del asma se ha incrementado en el mundo. Este estudio describe el efecto y la seguridad de un tratamiento médico ambulatorio con recursos de la medicina tradicional para el asma, mediante una serie de casos retrospectiva con pacientes admitidos a consulta externa de 1995 a 2015 en Cota, Colombia. Analizando 26 casos con diagnóstico clínico de asma, durante el tratamiento el 34,6% (9/26) no presentó episodios de asma no controlada y el 61,5% (16/26) fueron clasificados como asma controlada en su última consulta de control. El 88,4% (23/26) de los pacientes no reportó reacciones adversas y las tres reportadas fueron leves. Los resultados permiten generar hipótesis acerca de la efectividad y seguridad de un tratamiento ambulatorio basado en la incorporación de recursos de la medicina tradicional. Estas observaciones podrían ser exploradas con estudios experimentales, para determinar su efectividad, seguridad y bajo costo a largo plazo.

Palabras clave: Asma; Medicina tradicional; Plantas medicinales; Casos; Salud intercultural

INTRODUCCIÓN

El asma es una enfermedad inflamatoria crónica de las vías respiratorias, caracterizada por periodos sintomáticos de sibilancias, dificultad respiratoria, opresión torácica y tos, que varían de intensidad a lo largo del tiempo (Bateman *et al.*, 2008; Padem y Saltoun, 2019). En la literatura médica se describen algunos detonantes clásicos como la exposición a alérgenos ambientales, ejercicio, infecciones respiratorias y ambientes fríos (McCarty y Ferguson, 2014).

En algunas regiones del mundo, la prevalencia de asma se ha incrementado en más de 10 veces desde 1960, representando uno de los problemas más importantes de salud pública (Braman, 2006; Martínez y Vercelli, 2013). El estudio ISAAC (Asher, 1998) reportó un incremento sostenido de la prevalencia de asma en Latinoamérica, presentando en algunos países cifras similares a las de naciones desarrolladas como Australia y el Reino Unido. En Colombia, estudios recientes reportan también un incremento de la prevalencia de síntomas de asma al menos una vez en la vida, con cifras de hasta el 36,5% en algunos grupos etarios y necesidad de consulta u hospitalización por esta enfermedad en el 43% de los casos en el último año (Dennis *et al.*, 2012). Este fenómeno se acompaña de un aumento en la morbilidad y costos en salud de la población, lo cual empeora el panorama (Dennis *et al.*, 2012; Bloom *et al.*, 2020)

El tratamiento del asma sigue siendo sintomático y se fundamenta en broncodilatadores inhalados y medicamentos sistémicos como corticosteroides y antagonistas de leucotrienos, entre otros. De acuerdo con las guías de mayor implementación a nivel mundial (Bacharier *et al.*, 2008; Bateman *et al.*, 2008) el manejo médico del asma se basa en un escalonamiento terapéutico que combina estos medicamentos con el objetivo de disminuir al mínimo las crisis, lo cual hace que el tratamiento sea costoso y permanente. De la misma manera, se presentan casos de asma de difícil manejo y reacciones adversas severas (Scichilone *et al.*, 2015).

Colombia es un país pluriétnico, multicultural (Pineda-Camacho, 1997) y megadiverso (Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible, República de Colombia, 2015). Esto quiere decir que adicionalmente a los servicios modernos de salud, en su interior coexisten verdaderos cuerpos de conocimiento (Zuluaga, 2002), que han sido construidos y transmitidos durante años por

indígenas, negros y campesinos, y que “han contribuido enormemente al mantenimiento de la salud humana” (World Health Organization, 2015). Estas formas de atención en salud han sido reconocidas oficialmente por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como medicinas tradicionales (MT) (World Health Organization, Technical Report Series, 1977; World Health Organization, 2002; World Health Organization, 2013) o sistemas tradicionales de salud (Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud, 1997).

El Centro de Estudios Médicos Interculturales (CEMI) es una entidad sin ánimo de lucro que trabaja con el Grupo de Estudios en Sistemas Tradicionales de Salud (GESTS) de la Universidad del Rosario, reconocido por el Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación (Colciencias). A lo largo de más de 30 años de experiencia, hemos encontrado y documentado evidencia sobre la importancia del uso de plantas medicinales para el cuidado de la salud en diferentes lugares de Colombia (Zuluaga, 1994; Zuluaga, 2003; Zuluaga, 2004) incluyendo municipios de la sabana de Bogotá, Cundinamarca (Zuluaga, 1995). En estos municipios, se han descrito algunos cuidados tradicionales de la salud, asociados a conceptos clásicos de la MT como frío y calor, los cuales podrían tener repercusión en la salud respiratoria de la comunidad (Centro de Estudios Médicos Interculturales, 1999).

Los pocos estudios conducidos en áreas rurales de Latinoamérica sugieren que los habitantes de estas zonas “se encuentran aun relativamente protegidos contra el asma, por razones aún desconocidas” (Cooper *et al.*, 2009), presentando prevalencias mucho menores de asma y alergias, en comparación con la población urbana (Asher, 1998). De la misma manera, es ampliamente conocido que factores como la urbanización o la migración rural-urbana se asocian constantemente con un aumento de la prevalencia de esta enfermedad, sin conocerse en detalle los mecanismos por los cuales esto ocurre (Cooper *et al.*, 2009).

La incorporación prudente de algunos conceptos y terapias de la MT que los médicos del GESTS han hecho en su práctica médica ambulatoria, ha arrojado evidencia sobre una posible relación entre estos cuidados tradicionales y una mejor salud respiratoria, aunque los mecanismos de comunicación de estos resultados aún son escasos. Las series de casos son útiles cuando existe poca información sobre un problema clínico, para la generación de

hipótesis científicas o cuando se quiere reportar respuestas iniciales a nuevos tratamientos, con elevada validez externa (Romaní, 2010)

En el marco de la Estrategia de Medicina Tradicional de la Organización Mundial de la Salud, en el consultorio se establece la promoción de la medicina tradicional colombiana y el uso tradicional prudente de las plantas medicinales, estableciéndose la categoría de “proveedor de medicina tradicional” (World Health Organization, 2002):

“Practicantes de Medicina Tradicional (MT) son por lo general sanadores tradicionales, colocadores de huesos, herbolarios, etc. Los proveedores de MT incluyen tanto practicantes de medicina tradicional como profesionales de medicina alopática tales como médicos, dentistas y enfermeras quienes proporcionan terapias de MT a sus pacientes”.

Esta serie de casos se presenta en el marco de un estudio financiado por la Secretaría de Salud del municipio de Cota. Sus resultados aportarán elementos de evidencia que permitirían nuevas formas de intervención en salud pública en la población.

El objetivo del presente estudio es describir el efecto y la seguridad de un tratamiento médico ambulatorio incorporando conocimientos y recursos de la medicina tradicional para la hiperreactividad bronquial y asma en 26 pacientes de consulta externa de medicina general, atendidos de 1995 a 2015 en Cota, Cundinamarca.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de serie de casos retrospectivo, a partir de fuentes primarias de información. Los casos fueron pacientes con diagnóstico clínico de hiperreactividad bronquial o asma, que acudieron a un servicio privado de consulta externa de medicina general en Cota (Cundinamarca, Colombia), de 1995 a 2015.

El consultorio de los médicos del GESTS presta atención de consulta médica general a aquellos pacientes que de forma voluntaria buscan el servicio, de manera privada. Funciona como profesional independiente y no está adscrito a ninguna institución o entidad prestadora de salud (IPS o EPS). Recibe además pacientes que tienen pólizas de salud privadas, con las condiciones tarifarias referidas según el tipo de contrato. Tiene reconocimiento de la Secretaría de Salud de Cundinamarca con código de habilitación N° 252145183901 renovado el 31 de marzo de 2019 e identificado como Unidad Primaria Generadora de Datos (UPGD No. 25-214-5183901).

En cuanto al empleo de plantas medicinales se acogen los lineamientos de la OMS para el uso racional de los medicamentos, basado en los cuatro criterios: seguridad, eficacia, accesibilidad y uso racional y se cumple con los criterios de la Guía de la OMS para el monitoreo seguro de hierbas medicinales en sistemas de fármaco vigilancia (World Health Organization, 2004). Esto implica utilizar un grupo de plantas medicinales específicas escogidas bajo los siguientes criterios:

1. El uso exclusivo de plantas que están en el grupo "C" de las categorías toxicológicas de las plantas medicinales, de acuerdo con la clasificación del programa Tramil (Enda-Caribe y Naciones Unidas). Esta clasificación divide las plantas en tres tipos: a) plantas "A" que son tóxicas y su uso en humanos está prohibido, b) plantas tipo "B" son aquellas en donde existen dudas acerca de su posible toxicidad y se recomienda no utilizar en humanos, y c) las plantas "C" son aquellas que no tienen peligro de toxicidad y, por lo tanto, se permite su uso libre en humanos (Weniger & Robineau, 1991)
2. La utilización de plantas medicinales cuyo contenido fitoquímico sea reconocido y establecido por las diferentes farmacopeas (Ministerio de la Protección Social de Colombia, 2008).
3. El uso de plantas alimenticias con propiedades medicinales inherentes a su cualidad nutritiva o por contener principios activos terapéuticos reconocidos.
4. El empleo de plantas medicinales que cumplan con las directrices de la OMS sobre buenas prácticas agrícolas y de recolección de plantas medicinales (Organización Mundial de la Salud, 2003).

Como exposición, se consideraron pacientes que recibieron un tratamiento ambulatorio con la incorporación prudente de conceptos y herramientas provenientes de la MT. Estas terapias se pueden organizar en tres grandes grupos: a) cuidados de la Enfermedad Respiratoria Aguda (ERA), b) cuidados de la exposición al frío y c) consumo de plantas medicinales clasificadas culturalmente como “calientes” (Centro de Estudios Médicos Interculturales, 1999; Zuluaga, 1996).

El diagnóstico de los problemas respiratorios en la MT de esta región no responde a las categorías convencionales del modelo biomédico. En efecto, gripa, infección respiratoria o asma forman parte de un mismo concepto original de resfrío o resfriado y

sus posibles complicaciones. Por lo tanto, los cuidados tradicionales están basados en el cuidado de cualquier evento respiratorio para evitar el frío, incluyendo evitar el baño, la exposición al frío ambiental o el consumo de alimentos fríos, procurando el consumo de bebidas calientes y, sobre todo, el consumo de plantas medicinales que son clasificadas con la categoría de calientes. En la Tabla N° 1 se enumeran las plantas empleadas, considerando que la mayoría de ellas son las que se

encuentran disponibles en el hábitat y que tradicionalmente se utilizan para problemas respiratorios. Algunas son sugeridas para uso continuo durante todo el tratamiento, mientras que a otras se recurren tan sólo durante episodios agudos de posibles complicaciones, tales como fiebre, tos, secreciones y dificultad respiratoria. El propósito final es evitar las complicaciones de las crisis, hasta conseguir que ellas disminuyan en frecuencia y finalmente desaparezcan.

Tabla N° 1
Plantas medicinales utilizadas en el tratamiento de medicina tradicional para el asma

Nombre común	Nombre científico	Uso tradicional	Forma de uso	Observación
Achiote	<i>Bixa orellana</i>	Antiasmático	Tintura alcohólica	En casos severos
Cebolla cabeza	<i>Allium cepa</i>	Antiséptico	En jarabe con panela	En crisis respiratoria
Cabuya	<i>Furcraea andina</i>	Antiasmático	Inhalado	En crisis respiratoria
Flor de borraja	<i>Borago officinalis</i>	Antigripal	Infusión vía oral	Uso permanente
Flor de sauco	<i>Sambucus nigra</i>	Expectorante y antitusígeno	Infusión vía oral	Uso permanente
Frailejón	<i>Espeletia grandiflora</i>	Antiasmático	Tintura alcohólica	En casos severos
Mango	<i>Mangifera indica</i>	Expectorante	En jarabe con panela	En crisis respiratoria
Naranja	<i>Citrus sinensis</i>	Expectorante	En jarabe con panela	En crisis respiratoria
Panela	<i>Saccharum officinarum</i>	Propiedades "calientes"	Base de jarabe	En crisis respiratoria
Papayuelo	<i>Vasconcellea pubescens</i>	Expectorante y antitusígeno	En jarabe con panela	En crisis respiratoria
Poleo	<i>Clinopodium brownei</i>	Antigripal	Infusión vía oral	Uso permanente
Sábila	<i>Aloe vera</i>	Expectorante y antitusígeno	En jarabe con panela	En crisis respiratoria
Tomillo	<i>Thymus vulgaris</i>	Antigripal	Infusión vía oral	Uso permanente
Verbena	<i>Verbena hispida</i>	Febrífugo	Aplicación externa	En crisis febril

Con respecto a la ocurrencia, en este estudio se evaluó la percepción de efectividad del tratamiento ambulatorio y su seguridad. Para estimar la ocurrencia se contemplaron las apreciaciones cualitativas referidas por los pacientes en cada consulta de control y los hallazgos del examen físico. Se buscó información sobre la ocurrencia de crisis en el último periodo interconsulta, así como la necesidad de uso de medicamentos para el asma (inhaladores y vía oral). Para estimar la seguridad del tratamiento ambulatorio, se buscó información sobre efectos adversos reportados por los pacientes en consulta.

Como criterios de inclusión se consideraron pacientes con diagnóstico clínico de hiperreactividad bronquial o asma y pacientes con mínimo de 3 consultas de control, para estimar mejor la percepción de efectividad del tratamiento ambulatorio, así como probables reacciones adversas ocurridas. En cuanto al diagnóstico clínico de hiperreactividad bronquial y asma, se adoptaron los criterios clínicos sugeridos por

la estrategia internacional Global Strategy for Asthma Management and Prevention (GINA) 2014 (Bateman et al., 2008). Se trata de pacientes con síntomas característicos como sibilancias, dificultad respiratoria, opresión torácica y tos, que varían de intensidad a lo largo del tiempo. El diagnóstico en la primera consulta se hizo bien por los datos clínicos y el examen realizado por el médico o bien por traer como antecedente un diagnóstico y tratamiento para el asma bronquial.

La selección de los casos se realizó por conveniencia a partir del Registro Individual de Prestación de Servicios (RIPS) (Secretaría de Salud de Bogotá, 2012), del servicio de consulta externa. La información fue recolectada mediante un instrumento prediseñado por los investigadores y pilotado aplicándolo a tres historias clínicas el 28 de noviembre de 2015. Para la recolección de la información, esta herramienta fue aplicada a 33 historias clínicas del 1 al 10 de diciembre de 2015 por

un médico previamente capacitado.

Los criterios de exclusión fueron: no contar con diagnóstico clínico de hiperreactividad bronquial o asma en la historia clínica o no contar con mínimo de 3 consultas de control para evaluar las ocurrencias. Se recolectaron variables sociodemográficas, antecedentes médicos, hallazgos positivos al examen físico, apreciaciones subjetivas en cada consulta control, descripción del tratamiento, así como tiempo de seguimiento ambulatorio y reacciones adversas reportadas. No hubo cegamiento en la recolección de

datos y toda la información de las variables de exposición y ocurrencia se obtuvo a partir de las historias clínicas de primera vez y control de consulta externa de medicina general.

Como parte del proceso de análisis de datos, cada consulta de primera vez y de control fue clasificada en una de tres categorías: asma no controlada, asma parcialmente controlada y asma controlada (Tabla N° 2). Para el análisis univariado, la unidad de observación fue los pacientes incluidos en el estudio (n=26).

Tabla N° 2
Clasificación de asma empleada en el estudio*

	Signos / síntomas	Consumo de medicamentos	Diagnóstico	Exacerbaciones
Controlada	No	No	Ausente o controlado	Ninguna
Parcialmente controlada	Menores (tos)	Aliviadores	Presente o parcialmente controlado	Una
No controlada	Mayores (sibilancias, disnea)	Aliviadores + Controladores	No controlada	> 1

* Adaptado por los investigadores de: **Global Initiative for Asthma. Global strategy for asthma management and prevention 2014**

Por último, realizamos un análisis cuantitativo suplementario utilizando el paquete estadístico CIETmap 2.0 beta 9.5. Establecimos primero las medidas de tendencia central y luego hicimos un análisis bivariado, mediante la razón de momios (OR) con intervalos de confianza del 95% utilizando el método de Miettinen. Se aplicó el procedimiento de Mantel-Haenszel para el análisis multivariado con el objetivo de determinar la independencia de las asociaciones. Para el análisis bivariado y multivariado consideramos como unidad de observación las consultas de control por asma (n=264).

El estudio acogió los principios bioéticos del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (Council for International Organizations of Medical Sciences, 2002), la Declaración de Helsinki (World Medical Association, 2013), los criterios establecidos en la resolución 8430 de 1993 de la República de Colombia y los principios del GESTS para estudios con comunidades tradicionales (Zuluaga, 2013). Cada paciente acudió voluntariamente a la consulta médica, buscando la alternativa de tratamiento con conocimientos y terapias tradicionales, dando en cada consulta su consentimiento previo. Se respetó el anonimato y la confidencialidad de los pacientes incluidos.

RESULTADOS

De las 33 historias clínicas revisadas, siete fueron excluidas (cuatro sin diagnóstico de hiperreactividad bronquial o asma y tres con menos de tres consultas de control). Las características sociodemográficas de los pacientes incluidos en el estudio se presentan en la Tabla N° 3.

Los 26 pacientes incluidos en el estudio acumularon en total 264 consultas de control por asma (sin contar las consultas de primera vez), con las características que se muestran en la Tabla N° 4. El 48,4% (128/264) de consultas de control fue clasificado como “asma parcialmente controlada”, el 37,8% (100/264) como “asma controlada” y el 13,6% (36/264) como “asma no controlada”.

Durante el tiempo de seguimiento ambulatorio, el 65,4% (17/26) de los pacientes presentó al menos un episodio de asma no controlada. El 53,8% (14/26) de los pacientes fue clasificado como asma parcialmente controlada en la primera consulta y el 61,5% (16/26) de los pacientes fue clasificado como asma controlada en su última consulta de control. Ninguno de los pacientes fue clasificado como asma controlada en su primera consulta.

En cuanto a la consulta a otros servicios de salud por asma, durante el tratamiento ambulatorio el

42,3% (11/26) de los pacientes reportó no haber consultado a otros servicios de salud por asma no controlada durante el tiempo de seguimiento ambulatorio y el 57,7% (15/26) de los pacientes reportó haber consultado a otros servicios de salud

por asma no controlada en al menos una ocasión. Dos de los pacientes (7,7%) reportaron haber consultado a otros servicios de salud por asma no controlada en su última consulta de control.

Tabla N° 3
Características sociodemográficas de la población (n=26)

	Bogotá	Cota	Otro	DF*
Lugar de nacimiento	14	2	9	1
Lugar de procedencia	12	9	5	0
	Masculino	Femenino		DF*
Sexo	10	16		0
	Casado o unión libre	Soltero o separado	Menor	DF*
Estado civil	9	3	13	1
	Estudiante	Otro		DF*
Ocupación (primera consulta)	15	10		1
	Primaria o Secundaria	Técnico	Universitario	DF*
Escolaridad	13	1	9	3

* DF = Datos faltantes

Tabla N° 4
Características relacionadas con consultas de control (n=26)

Variable	Promedio	Rango	DS	Datos faltantes
Edad en primera consulta	21	2 a 57	17,9	0
Total consultas control	12,6	3 a 25	5,6	0
Total meses de tratamiento ambulatorio	69,7	10 a 215,1	54,4	0

El 88,4% (23/26) de los pacientes no reportó reacciones adversas al tratamiento durante el tiempo de seguimiento ambulatorio. Tres pacientes reportaron alguna reacción adversa: epigastralgia, intolerancia a sauco (*Sambucus nigra L.* de la familia Adoxaceae) e intolerancia a cabuya (*Furcraea andina* Trel., de la familia Asparagaceae).

Análisis suplementario

Considerando como unidad de observación las

consultas de control por asma (n=264), adelantamos un análisis suplementario para explorar la relación entre algunas variables sociodemográficas y la probabilidad de reportar asma controlada en consulta.

En el análisis bivariado, la presencia de cuatro variables (edad ≥ 21 , procedencia urbana, $>69,7$ meses de tratamiento ambulatorio y ser hombre) se asociaron a una mayor probabilidad de reportar asma controlada en consulta externa (Tabla N° 5).

Tabla N° 5

Riesgo de reportar asma controlada en consulta externa

Variable	AC ^a	APC y ANC ^b	OR	IC 95%
≥ 21 vs ≤ 12 años de edad	54/100	46/164	1,83	1,07 – 3,13
Urbano vs Rural	65/100	67/164	2,68	1,55 – 4,66
>69,7 vs ≤69,7 meses de tratamiento	51/100	59/164	1,85	1,08 – 3,16
Masculino vs Femenino	50/100	48/164	2,41	1,39 – 4,18
≤ 10 vs >10 consultas de control	64/100	97/164	1,22	0,71 – 2,12

^a Reporte de asma controlada^b Reporte de asma parcialmente controlada y no controlada

En el modelo multivariado utilizando el procedimiento de Mantel Haenszel, tres variables mantuvieron su independencia estadística:

procedencia urbana, edad ≥ 21 y >69,7 meses antes de tratamiento ambulatorio (Tabla N° 6).

Tabla N° 6

Prueba de Mantel Haenszel para riesgo de reportar asma controlada en consulta externa

	ORc	ORwt	IC 95%	X ² mh	p-value
≥ 21 vs ≤ 12 años de edad	1,83	1,97	1,11 3,49	5,35	0,04
Urbano vs Rural	2,69	2,46	1,56 3,9	14,77	0
>69,7 vs ≤69,7 meses de tratamiento	1,85	1,87	1,16 3,02	6,59	0

ORc = Razón de momios cruda

ORwt = Razón de momios ponderada

X²mh = Chi cuadrada de Mantel-Haenszel

IC 95% = Intervalos de confianza al 95%

DISCUSIÓN

En esta serie de casos reportamos la ocurrencia de asma controlada en algunos pacientes que recibieron un tratamiento médico ambulatorio para el asma incorporando conceptos y recursos de la MT. Este trabajo es un primer esfuerzo para comunicar evidencia sobre una posible relación entre la prestación de servicios de salud basados en MT y la salud respiratoria.

En el campo de las enfermedades respiratorias crónicas, la relación entre cultura y salud ha sido un interés permanente de investigación (Risser y Mazur, 1995). Sin embargo, no conocemos publicaciones reportando experiencias de prestación de servicios de salud de medicina general con la incorporación prudente de conceptos de la MT latinoamericana. La investigación en conocimientos tradicionales en la región se ha enfocado en describir aquellos conocimientos y prácticas que persisten en la comunidad, alejados de los servicios formales de salud.

Por lo general el interés de la mayoría de estudios en este campo es emplear los conocimientos tradicionales como una plataforma para mejorar la adherencia al tratamiento occidental. Por ejemplo,

Bearison *et al.* (2002), reporta que los pediatras norteamericanos refieren que los conceptos sobre el asma que manejan los padres de sus pacientes hispanos son diferentes a los que ellos les intentan comunicar, resultando en problemas de adherencia al tratamiento, por lo que animan a su investigación prudente para mejorar este problema.

El contexto sociocultural en el que ocurre la enfermedad respiratoria afecta su manejo de muchas maneras, incluyendo las prácticas de prevención y diagnóstico, la expresión de síntomas, la comunicación médico-paciente y las estrategias de tratamiento (Pachter *et al.*, 2002).

La demanda de servicios de salud asociados a la MT es un hecho en el mundo y especialmente en los países en vías de desarrollo. En estos, se calcula que alrededor del 80% de las personas acuden frecuentemente a estos servicios para solucionar sus problemas de salud (World Health Organization, 2002). Esta observación es similar en el campo de las enfermedades respiratorias, y se ha reportado que del 70 al 90% de las personas hispanas acuden a la MT para el tratamiento del asma (Zayas *et al.*, 2011) Por lo anterior, aunque el modelo biomédico esté ampliamente extendido en todo el mundo, la MT

sigue coexistiendo en muchos de los países, y representa una opción para las personas que buscan soluciones a sus problemas de salud respiratoria (Pachter *et al.*, 2002)

Varios estudios resaltan la persistencia e importancia de conceptos clásicos de la MT como el frío y el calor en la comunidad, y su rol en la explicación de la ocurrencia del asma, incluso en países altamente urbanizados como Estados Unidos (Pachter *et al.*, 2002). Por ejemplo un estudio (Bearison *et al.*, 2002) reporta que el 76% de las madres hispanas en Nueva York manifiestan la importancia de mantener abrigados a sus hijos para evitar ataques de asma. De la misma manera, atribuyen los ataques de asma en el colegio a la exposición al aire frío. Otros estudios reportan que estos conceptos persisten y se comparten en comunidades urbanas de países como Puerto Rico, México, Guatemala, Singapur, Malasia y China (Harwood, 1971; Connett y Lee, 1994)

En el caso del tratamiento del asma, las madres hispanas acuden también a los conceptos de la MT. Teniendo en cuenta que para ellas la ocurrencia de asma resulta de un desequilibrio entre el frío y el calor, el tratamiento adecuado está basado en el consumo de plantas clasificadas culturalmente como “calientes” (Bearison *et al.*, 2002; Zayas *et al.*, 2011). En Estados Unidos, una gran cantidad de hispanos emplean remedios tradicionales para el tratamiento del asma. En Buffalo (New York) los participantes de un estudio identificaron 75 remedios tradicionales diferentes para el tratamiento del asma, resaltando la utilidad de sus propiedades “calientes” para el tratamiento de esta patología (Zayas *et al.*, 2011).

Teniendo en cuenta este uso extendido de conocimientos tradicionales para la prevención, diagnóstico y tratamiento del asma, varios autores señalan la necesidad de promover un diálogo respetuoso entre la medicina moderna y la medicina tradicional, desde el punto de vista científico y para la prestación de servicios de salud (Pachter *et al.*, 1995; Huntley, 2000; Singh *et al.*, 2007). Según Zayas (Zayas *et al.*, 2011) estos conocimientos le permitirían al médico determinar un curso de tratamiento en sintonía con la cultura del paciente. Connet y Lee (Connett y Lee, 1994) anotan que *“descubrir lo que las comunidades tradicionales piensan de la enfermedad, no solo resulta fascinante, sino también esencial para reconciliar las diferencias entre lo que los médicos quieren que los pacientes hagan, y lo que ellos hacen para tratar a sus hijos con asma”*.

Un grupo de trabajo compuesto por pediatras y médicos generales de la región Asia-Pacífico, resaltó la importancia de ampliar la evidencia sobre las prácticas de MT para el tratamiento del asma en población pediátrica, como parte de uno de los 6 retos para la atención primaria del asma en esta región (Jusuf *et al.*, 2013). Otro estudio señala que para la comunidad científica *“es fácil descartar rápidamente la validez de las prácticas tradicionales de salud, sin embargo, algo se podría aprender del beneficio que los pacientes parecen reportar constantemente”* (Connett y Lee, 1994).

En esta serie de casos, casi la mitad de los pacientes (42,3% o 11/26) reportó no haber consultado a otros servicios de salud por asma no controlada durante el tiempo de seguimiento ambulatorio. De la misma manera, la procedencia urbana, el incremento en los meses de tratamiento y en la edad, resultaron asociados con la probabilidad de reportar asma controlada en el tratamiento ambulatorio.

Sigue siendo difícil y polémico afirmar la efectividad de tratamientos basados en MT para la prevención y manejo del asma. Sin embargo, existen numerosos estudios etnobotánicos (Greenberger, 2003) que reportan propiedades farmacodinámicas (antiinflamatorias, inmunomoduladoras, antihistamínicas, relajantes musculares) que podrían resultar útiles como una opción terapéutica para el asma (Singh *et al.*, 2007). De hecho, cuatro de las cinco clases de medicamentos usados hoy en día para el tratamiento de esta patología (anticolinérgicos, metilxantinas, cromonas y alfa-2 agonistas) comparten sus orígenes en tratamientos tradicionales basados en plantas medicinales, con una antigüedad superior a los 5.000 años (Bielory y Lupoli, 1999; Taur y Patil, 2011).

Dada la escasa evidencia reportada en diferentes revisiones sistemáticas (Huntley, 2000), diferentes autores coinciden en que los datos no puede arrojar conclusiones definitivas sobre la efectividad de los remedios tradicionales para el tratamiento del asma, aunque *“en general, la evidencia parece sugerir que las plantas medicinales pueden ser una opción terapéutica válida para el tratamiento del asma”* (Singh *et al.*, 2007).

En la literatura existe un gran cuerpo de evidencia que reporta que las personas que acuden a tratamientos basados en MT, los perciben como efectivos (Pachter *et al.*, 1995). Estos estudios miden la efectividad percibida, con muy buenos resultados (Risser y Mazur, 1995; Zayas *et al.*, 2011). En este sentido, las Pautas Generales para las Metodologías

de Investigación y Evaluación de la Medicina Tradicional de la Organización Mundial de la Salud (World Health Organization, 2000) resaltan que la comunidad científica no siempre debe entender completamente los mecanismos por los cuales un tratamiento tradicional funciona, pues la efectividad de estos tratamientos hace parte de la llamada “caja negra”:

“Esto significa que se aplican el tratamiento y todos sus componentes como en una situación clínica habitual. En esta clase de estudio no se aísla ni se estudia independientemente ningún componente del tratamiento, lo que permite determinar la eficacia de la medicina tradicional en su propio contexto”.

Por último, en este estudio, la mayoría de los pacientes (88,4% o 23/26) no reportó reacciones adversas al tratamiento durante el tiempo de seguimiento ambulatorio, y las reacciones adversas reportadas fueron leves. Encontramos muy pocos estudios que evalúen la seguridad de tratamientos basados en MT para el asma. En los escasos estudios al respecto, las reacciones adversas graves a los remedios tradicionales son poco comunes (Singh *et al.*, 2007) y en la mayoría de casos solo son perjudiciales cuando no se toman según las indicaciones establecidas (Pachter *et al.*, 1995).

En cuanto a las limitaciones del estudio, debemos señalar el diseño metodológico, el bajo número de participantes y un muestreo por

conveniencia, su carácter retrospectivo y estar basado en el análisis secundario de historias clínicas. De la misma manera, incluimos una población muy heterogénea desde el punto de vista sociodemográfico y de presentación clínica del asma, y hubo gran variabilidad en el tiempo de tratamiento y periodos interconsulta. Por lo anterior, los resultados de este estudio deben interpretarse con precaución y no son extrapolables a la población general.

CONCLUSIONES

Los resultados de este estudio permiten generar hipótesis acerca de la efectividad y seguridad de un tratamiento ambulatorio basado en la incorporación prudente de conceptos y herramientas provenientes de la MT. Estas observaciones podrían ser exploradas con estudios experimentales, para determinar su efectividad y seguridad a largo plazo, así como los beneficios en la disminución de costos para el sistema sanitario.

AGRADECIMIENTOS

A la Secretaría de Salud de Cota y a los pacientes incluidos en este estudio. El presente estudio se realiza con fondos de la Secretaría de Salud de Cota (Cundinamarca) y el Centro de Estudios Médicos Interculturales (CEMI). Los autores declaran no tener conflictos de interés.

REFERENCIAS

- Asher MI. 1998. Worldwide variations in the prevalence of asthma symptoms: The International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC). **Eur Resp J** 12: 315 - 335. <https://doi.org/10.1183/09031936.98.12020315>
- Bacharier LB, Boner A, Carlsen KH, Eigenmann PA, Frischer T, Götz M, Wildhaber J. 2008. Diagnosis and treatment of asthma in childhood: a PRACTALL consensus report. **Allergy** 63: 5 - 34. <https://doi.org/10.1111/j.1398-9995.2007.01586.x>
- Bateman ED, Hurd SS, Barnes PJ, Bousquet J, Drazen JM, Fitz-Geralde M, Zar HJ. 2008. Global strategy for asthma management and prevention: GINA executive summary. **Eur Resp J** 31: 143 - 178. <https://doi.org/10.1183/09031936.00138707>
- Bearison DJ, Minian N, Granowetter L. 2002. Medical management of asthma and folk medicine in a hispanic community. **J Pediat Psychol** 27: 385 - 392. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/27.4.385>
- Bielory L, Lupoli K. 1999. Review article: herbal interventions in asthma and allergy. **J Asthma** 36: 1 - 65.
- Bloom CI, de Preux L, Sheikh A, Quint JK. 2020. Health and cost impact of stepping down asthma medication for UK patients, 2001–2017: A population-based observational study. **Plos Med** 17: e1003145. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003145>
- Braman SS. 2006. The global burden of asthma. **Chest** 130: https://doi.org/10.1378/chest.130.1_suppl.4S
- Weniger B, Robineau L. 1991. **Elementos para una farmacopea caribeña**. Ed. Enda-caribe. La Habana, Cuba.
- Centro de Estudios Médicos Interculturales. 1999. **Yo cuido mi salud: Serie plantas medicinales y autocuidado en salud**. Ed. CEMI. Bogotá DC, Colombia.
- Connett GJ, Lee BW. 1994. Treating childhood asthma in Singapore: when West meets East. **BMJ** 308: 1282.
- Cooper PJ, Rodrigues LC, Cruz AA, Barreto ML. 2009. Asthma in Latin America: A public health challenge and research opportunity. **Allergy** 64: 5 - 17. <https://doi.org/10.1111/j.1398-9995.2008.01902.x>

- Council for International Organizations of Medical Sciences. 2002. International ethical guidelines for biomedical research involving human subjects. **Bull Med Ethics** 2002: 17 - 23.
- Dennis RJ, Caraballo L, García E, Rojas MX, Rondon MA, Pérez A, Jimenez S. 2012. Prevalence of asthma and other allergic conditions in Colombia 2009–2010: a cross-sectional study. **BMC Pulmonary Med** 12: 17. <https://doi.org/10.1186/1471-2466-12-17>
- Greenberger PA. 2003. Therapy in the management of the rhinitis/asthma complex. **Allergy Asthma Proc** 24: 403 - 407.
- Harwood A. 1971. The hot-cold theory of disease: implications for treatment of Puerto Rican patients. **JAMA** 216: 1153 - 1158. <https://doi.org/10.1001/jama.1971.03180330029005>
- Huntley AE. 2000. Herbal medicines for asthma: A systematic review. **Thorax** 55: 925 - 929.
- Jusuf L, Hsieh CT, Abad L, Chaiyote W, Chin WS, Choi YJ, Nguyen TDH. 2013. Primary care challenges in treating paediatric asthma in the Asia-Pacific region. **Primary Care Resp J** 22: 360 - 362. <https://doi.org/10.4104/pcrj.2013.00069>
- Martinez FD, Vercelli D. 2013. Asthma. **Lancet** 382; 1360 - 1372. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61536-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61536-6)
- McCarty JC, Ferguson BJ. 2014. Identifying asthma triggers. **Otolaryngol Clin North Am** 47: 109 - 118. <https://doi.org/10.1016/j.otc.2013.08.012>
- Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible, República de Colombia. 2015. **Sistema de información sobre biodiversidad de Colombia**. <http://www.sibcolombia.net/web/sib>
- Ministerio de la Protección Social de Colombia. 2008. **Vademécum Colombiano de Plantas Medicinales**. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.
- Organización Mundial de la Salud. 2003. **Directrices de la OMS sobre buenas prácticas agrícolas y de recolección (BPAR) de plantas medicinales**. Ginebra, Suiza.
- Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. 1997. **Fortalecimiento y desarrollo de los sistemas de salud tradicionales**. Organización y Provisión de Servicios de Salud en Poblaciones Multiculturales (Iniciativa). Washington, USA.
- Pachter LM, Cloutier MM, Bernstein BA. 1995. Ethnomedical (folk) remedies for childhood asthma in a mainland Puerto Rican community. **Archiv Pediat Adolesc Med** 149: 982 - 988. <https://doi.org/10.1001/archpedi.1995.02170220048007>
- Pachter LM, Weller SC, Baer RD, de Alba García JEG, Trotter RT, Glazer M, Klein R. 2002. Variation in asthma beliefs and practices among mainland Puerto Ricans, Mexican-Americans, Mexicans, and Guatemalans. **J Asthma** 39: 119 - 134. <https://doi.org/10.1081/JAS-120002193>
- Padem N, Saltoun C. 2019. Classification of asthma. **Allergy Asthma Proc** 40: 385 - 388. <https://doi.org/10.2500/aap.2019.40.4253>
- Pineda-Camacho R. 1997. La Constitución de 1991 y la perspectiva del multiculturalismo en Colombia. **Alteridades** 7: 107 - 129.
- Risser AL, Mazur JL. 1995. Use of folk remedies in a Hispanic population. **Archiv Pediat Adolesc Med** 149: 978 - 981. <https://doi.org/10.1001/archpedi.1995.02170220044006>
- Romaní Romaní F. 2010. Reporte de caso y serie de casos: una aproximación para el pregrado. **Cimel** 15: 46 - 51.
- Scichilone N, Ventura M, Bonini M, Braido F, Bucca C, Caminati M, Al E. 2015. Choosing wisely: Practical considerations on treatment efficacy and safety of asthma in the elderly. **Clin Mol Allergy** 13: 1 - 14. <https://doi.org/10.1186/s12948-015-0016-x>
- Secretaría de Salud de Bogotá. 2012. **Registro Individual de Prestación de Servicios**. <http://www.saludcapital.gov.co/DPYS/Paginas/RegistroIndividualdePrestaciondeServicios.aspx>
- Singh BB, Khorsan R, Vinjamury SP, Der-Martirosian C, Kizhakkeveetil A, Anderson TM. 2007. Herbal treatments of asthma: a systematic review. **J Asthma** 44: 685 - 698. <https://doi.org/10.1080/02770900701247202>
- Taur DJ, Patil RY. 2011. Some medicinal plants with antiasthmatic potential: A current status. **Asian Pacific J Trop Biomed** 1: 413 - 418. [https://doi.org/10.1016/S2221-1691\(11\)60091-9](https://doi.org/10.1016/S2221-1691(11)60091-9)
- World Health Organization. 2000. **General guidelines for methodologies on research and evaluation of traditional medicine**. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66783/WHO_EDM_TRM_2000.1.pdf;jsessionid=0E9F3397788588A13060B81247E671A6?sequence=1

- World Health Organization. 2002. **WHO Traditional Medicine Strategy 2002–2005**.
<https://digicollections.net/medicinedocs/#d/s2297e>
- World Health Organization. 2004. **WHO guidelines on safety monitoring of herbal medicines in pharmacovigilance systems**. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43034>
- World Health Organization. 2013. **WHO Traditional Medicine Strategy: 2014-2023**.
http://www.who.int/medicines/publications/traditional/trm_strategy14_23/en
- World Health Organization. 2015. **Medicina Tradicional: definiciones**.
http://www.who.int/topics/traditional_medicine/definitions/es
- World Health Organization. 1977. **The Promotion and development of traditional medicine**.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/40995/1/WHO_TRS_622.pdf
- World Medical Association. 2013. World Medical Association Declaration of Helsinki. *JAMA* 310: 2191.
<https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>
- Zayas LE, Wisniewski AM, Cadzow RB, Tumiel-Berhalter LM. 2011. Knowledge and use of ethnomedical treatments for asthma among Puerto Ricans in an urban community. *Ann Family Med* 9: 50 - 56.
<https://doi.org/10.1370/afm.1200>
- Zuluaga G. 1994. **El aprendizaje de las plantas. En la senda de un conocimiento olvidado**. Ed. Seguros Bolívar. Bogotá, Colombia.
- Zuluaga G. 1995. **La etnobotánica medicinal en el municipio de Cota**. In: El legado de las plantas medicinales en la Sabana de Bogotá. Ed. Fundación Herencia Verde. Bogotá, Colombia.
- Zuluaga G. 1996. **El nuevo libro de las plantas para el cuidado de la salud**. Ed. GM García Arenas. Bogotá, Colombia.
- Zuluaga G, Correal-Muñoz CA. 2002. **Panorama actual de las medicinas tradicionales**. In: Medicinas tradicionales: introducción al estudio de Los sistemas tradicionales de salud y su relación con la medicina moderna. Ed. Universidad El Bosque. Bogotá, Colombia.
- Zuluaga G. 2003. **La botella curada: Aproximación a los sistemas tradicionales de salud de las comunidades negras del Chocó Biogeográfico**. Ed. Amazon Conservation Team. Bogotá, Colombia.
- Zuluaga G. 2004. **El yoco (*Paullinia yoco*): la savia de la selva**. Ed. Editorial Universidad del Rosario, Bogotá, Colombia.
- Zuluaga G. 2013. **Una ética para la investigación médica con comunidades indígenas**. In: Vélez A, Ruiz A, Torres M. (Eds.), Retos y dilemas de los comités de ética en investigación. Ed. Editorial Universidad del Rosario, Bogotá, Colombia.