



**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE HOLGUÍN
HOSPITAL CLÍNICO QUIRÚRGICO LUCÍA ÍÑIGUEZ LANDÍN**

Título: Evaluación del efecto hipotensor de un remedio homeopático complejo en la urgencia hipertensiva. Policlínico Máximo Gómez, 2018-2020.

Autor: Dr. Luis Miguel Pérez Peña

Residente de 3^{er} año de Medicina Natural y Tradicional

Tutor: Dr. José Manuel Sanjurjo Villate.

Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral

Especialista de Segundo Grado en Medicina Natural y Tradicional

Máster en Medicina Bioenergética y Natural. Profesor Auxiliar

**Tesis en opción al título académico de Especialista de Primer Grado en
Medicina Natural y Tradicional**

Holguín

2020

AGRADECIMIENTOS

Quiero transmitir mi más profundo agradecimiento:

A mis padres por su amor, paciencia, confianza, porque supieron transmitirme de la forma más sublime su sencillez, humildad y principios.

A mi esposa,

A mi tutor por brindarme todo su apoyo, paciencia para el logro de este trabajo de investigación.

A los Docentes, mi gratitud y respeto por compartir conmigo sus conocimientos y educarme como profesional.

RESUMEN

Introducción: La Hipertensión Arterial, es el aumento de las cifras de tensión arterial sistólica de 140 mmHg o más, o una tensión arterial diastólica de 90 mmHg o más, o ambas inclusive.

Objetivo: Evaluar los resultados del efecto hipotensor de un remedio homeopático complejo.

Método: Se realizó un estudio cuasiexperimental de intervención sin grupo control, la población estuvo conformada por 121 pacientes que acudieron a los cuerpos de guardia de Medicina Natural y Tradicional del Policlínico “Máximo Gómez Báez” y el Hospital Clínico Quirúrgico “Lucia Iñiguez Landín” en el periodo 2018-2020, y que presentaron cifras elevadas de tensión arterial. La muestra estuvo conformada por 82 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión, los cuales fueron tratados con un remedio homeopático complejo.

Resultados. Se evidenció un predominio de grupo de edad de 50 a 59 años, no se observaron diferencias entre el sexo en el grupo tratado con homeopatía. El mayor número de pacientes tenía hipertensión grado III. El síntoma predominante fue la cefalea. Se consideró el remedio homeopático complejo empleado eficaz porque redujo las cifras tensionales elevadas y eliminó los síntomas.

Conclusiones: Se consideró que el remedio homeopático complejo tiene efecto hipotensor.

Palabras Clave: Medicina Natural y Tradicional, homeopatía, cefalea, hipertensión arterial.

ÍNDICE

CONTENIDO	Págs.
RESUMEN	
INTRODUCCIÓN	1
OBJETIVOS.....	5
MARCO TEÓRICO	6
MÉTODO	34
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	41
CONCLUSIONES	49
RECOMENDACIONES	50
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	51
ANEXO	61

INTRODUCCIÓN

La Hipertensión Arterial es el aumento de las cifras de tensión arterial sistólica (T.A.S.) de 140 mmHg o más, o una tensión arterial diastólica (T.A.D.) de 90 mmHg o más, o ambas inclusive. Es una enfermedad frecuente que afecta la salud de todos los grupos humanos en todas las latitudes de la tierra. Representa tanto una enfermedad, como un factor de riesgo importante para otras enfermedades, como la Cardiopatía Isquémica, la Insuficiencia Cardíaca, Enfermedad Cerebro Vascular y la Insuficiencia Renal.¹

En la mayoría de los países la prevalencia de la Hipertensión Arterial se encuentra entre un 15 y 30%. La prevalencia estimada en nuestro país es de alrededor de los dos millones de hipertensos. En el mundo alrededor de 691 millones de personas padecen Hipertensión Arterial. De los 15 millones de muertes causadas por enfermedades circulatorias, 7,2 millones son por enfermedades coronarias, 4,6 millones por enfermedad cerebrovascular vascular ²

En Cuba, según el Anuario estadístico 2019, hay una prevalencia de 233,0 por cada 1 000 habitantes, con una tasa de 214,1 en el sexo masculino y 251,7 en las mujeres. La provincia Holguín reporta una prevalencia de 199,6 por cada 1 000 habitantes.³

Las causas de la Hipertensión Arterial son desconocidas en un 95% de los casos (Hipertensión Arterial esencial o primaria), el restante 5% es debido a otras enfermedades denominándose Hipertensión Arterial Secundaria. Diversos factores como la edad, sexo, raza, herencia, hábitos de alimentación, peso corporal, factores psicosociales, predisponen esta afección. La obesidad, inactividad física, actúan también como factores predisponentes. La incidencia de la hipertensión arterial aumenta con la edad, la presión arterial promedio tiende a aumentar de manera progresiva a medida que el individuo envejece. En el sexo femenino la prevalencia de la Hipertensión Arterial es menor.⁴

La falta del ejercicio físico, niveles elevados de lípidos sanguíneos, elevada ingesta de sal (dietas ricas en sodio), el tabaquismo, el alcoholismo y la obesidad son factores descritos en la génesis de la de Hipertensión Arterial ¹⁻⁵. Así la Hipertensión Arterial es un 50 % mayor en las personas con sobrepeso. Los estudios en América, África y Europa se han evidenciado que la Hipertensión Arterial tiene mayor prevalencia en la raza negra.⁴

Se han encontrado factores genéticos asociados al origen de la Hipertensión Arterial. Los hijos de padres hipertensos tienen un riesgo mucho mayor que el promedio para padecer la misma. La predisposición genética depende de un grupo de genes cuyas expresiones a nivel celular operan sobre los mecanismos de regulación hemodinámica o sobre el mismo aparato cardiovascular, lo cual hace al sujeto más sensible a la influencia de algunos agentes ambientales como la ingesta de sodio, el estrés, y el sedentarismo.⁵

La Urgencia hipertensiva es el aumento de la tensión arterial brusca en hipertensos moderados o severos que no se acompaña de lesión de órgano diana inmediata, pero que sí pueden aparecer de forma lenta y progresiva si no se introduce la terapéutica adecuada .Se manifiesta por síntomas que no exigen hospitalización, sin deterioro neurológico, cardiovascular o renal ni alteraciones en el fondo de ojo, las cifras de tensión arterial se pueden disminuir de 24 horas a varios días y se usa medicación oral.² La clínica se caracteriza por cefalea, malestar, mareo, visión borrosa, palpitaciones y disnea, sensación de calor en la cara, orejas.⁶

Son fármacos útiles en su tratamiento los antagonistas del calcio de acción retardada, los fármacos inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina (Captopril) y los diuréticos de ASA (Furosemida). También son útiles la Clonidina, el Labetalol, Nitrosorbide y la Nitroglicerina sublingual. El tratamiento de la Hipertensión arterial comprende dos aspectos: el tratamiento no farmacológico con las consiguientes modificaciones del estilo de vida, lo cual es válido para todos los pacientes hipertensos y el tratamiento farmacológico.⁷

El tratamiento farmacológico se impondrá desde un principio junto al no farmacológico en todos los pacientes clasificados como Grado II y en aquellos Grado I con riesgo cardiovascular. El uso de drogas antihipertensivas, debe ir siempre acompañado de las medidas para el cambio del estilo de vida del Grado I.

Para lograr esto, en caso de que se combinen dos o más fármacos, se recomienda fraccionar la dosis y distribuir los fármacos en las distintas horas del día, por ejemplo si se combina un diurético con un beta bloqueador, administrar el diurético en la mañana y el otro en la tarde o noche .Incluyen los siguientes grupos farmacéutico:Diuréticos tiazídicos, Agonistas centrales o periféricos, Beta bloqueador, Antagonistas del Calcio, Inhibidores de la enzima convertidora de la Angiotensina (I.E.C.A.), y Antagonistas de receptores de Angiotensina II.⁷

Una de las modalidades de la Medicina Natural y Tradicional, la Homeopatía, también ha demostrado tener efecto terapéutico hipotensor. El término homeopatía (del griego HOMIOS: semejante y PHATOS: padecimiento o enfermedad) es una forma de tratamiento médico, que se realiza mediante sustancias capaces de producir en el hombre sano trastornos semejantes a los de la enfermedad que se va a combatir, siendo este su fundamento.⁹Este método terapéutico fundado por el médico alemán Samuel Hahnemann, en el siglo XIX ha sido aceptado e integrado a los sistemas de salud de muchos países, tomando cartas de naturaleza como una de las medicinas alternativas o complementarias en el mundo. La homeopatía posee entre sus características el uso de dosis diluidas y dinamizadas, así como la individualización del tratamiento, estimulando los mecanismos para repeler la acción mórbida, dando al paciente el remedio similar a lo que causa en la persona sana (Simillimum). Esta reacción opuesta se torna curativa cuando cumple la semejanza entre las propiedades farmacodinámicas de determinados remedios y los síntomas de determinado paciente.⁸

En Cuba, con el desarrollo de la Medicina Natural y Tradicional, respaldado por un acuerdo del Consejo de Ministros. La homeopatía se ha extendiendo en su uso

y son múltiples las patologías que pueden ser abordadas con este método terapéutico natural, carente de reacciones adversas y toxicidad, así como económico por los bajos costos que implica por concepto de tratamiento. Del mismo modo los remedios homeopáticos pueden enriquecer el arsenal terapéutico en situaciones excepcionales, como la guerra, desastres naturales o epidemias que en el contexto mundial actual constituyen una amenaza para cualquier país.⁸

Siendo la Hipertensión Arterial un factor de riesgo y enfermedad de tan alta prevalencia en Cuba, y causa de atención en los cuerpos de guardia de las unidades de salud, cabría la posibilidad de emplear un remedio homeopático complejo, que contenga varios remedios que cada uno de ellos posee efectos hipotensores reconocidos y que pudiera ser empleado de forma eficaz y segura para controlar las cifras elevadas de tensión arterial, por parte de cualquier profesional del sistema nacional de salud.⁹

Problema científico:

Se desconoce si un remedio homeopático complejo, que contenga remedios con efecto hipotensor reconocido, lograría disminuir las cifras de tensión arterial elevadas cuando se administra a pacientes hipertensos, en dosis única, en forma de dosis de ataque.

Hipótesis:

El empleo del remedio homeopático complejo [Aconitumnapellus (6CH), Barytacobonica(6CH), Coffea cruda (6CH), Tabacum (6CH)], administrado en forma de dosis de ataque provoca la normalización de las cifras de tensión arterial en pacientes con Urgencia hipertensiva.

OBJETIVOS

General:

Evaluar el efecto hipotensor de un remedio homeopático complejo en la Urgencia hipertensiva en pacientes que acudieron a los cuerpos de guardia de Medicina Natural y Tradicional del policlínico “Máximo Gómez Báez” y el Hospital Clínico Quirúrgico Lucía Iñiguez Landín en el periodo comprendido entre mayo de 2018 a abril de 2020.

Específicos:

1. Caracterizar los pacientes según variables sociodemográficas y clasificación de Hipertensión Arterial.
2. Describir la evolución de la sintomatología y las cifras de tensión arterial.
3. Identificar las posibles reacciones adversas al tratamiento.

MARCO TEÓRICO

La hipertensión establecida es una condición que implica un mayor riesgo de eventos cardiovasculares y disminución de la función de diferentes órganos en la cual la presión arterial está crónicamente elevada por encima de valores considerados óptimos o normales. La hipertensión frecuentemente está asociada a comorbilidades tales como diabetes mellitus, coronariopatía, insuficiencia cardíaca (IC) crónica, Accidente Vascular Encefálico (AVE), Accidente Isquémico Transitorio (AIT), Enfermedad Vasculor Periférica, Insuficiencia Renal Crónica.¹⁰

La hipertensión persistente es considerada uno de los factores de riesgo para AVE, infarto de miocardio, insuficiencia cardíaca y aneurisma arterial, y es una de las principales causas de insuficiencia renal crónica. Incluso una moderada elevación de la presión arterial conlleva una disminución de la expectativa de vida. Cuando la presión arterial está marcadamente elevada (presión arterial media 50% o más por encima del promedio) la expectativa de vida se disminuye en 30 a 40%, a menos que la hipertensión sea tratada adecuadamente.¹⁰

La enfermedad hipertensiva es un síndrome, cuyo componente indispensable es la elevación anormal de la presión arterial sistólica y/o diastólica. Para la población adulta (Mayor o igual a 20 años de edad), se consideran cifras patológicas a la presión arterial sistólica mayor o igual a 140 mmHg, y a la diastólica mayor o igual a 90 mmHg.

El diagnóstico se establece con uno o ambos valores en niveles anormales; y en al menos dos ocasiones (en un intervalo de tiempo mínimo de dos semanas). A la hipertensión arterial puede asociarse factores de riesgo cardiovascular y/o compromiso clínico o subclínico de los órganos blanco (corazón, riñón, cerebro, ojos).¹¹

Las formulaciones terapéuticas disponibles son múltiples en el mercado. Las más adecuadas son aquellas que logren reducir las cifras de tensión arterial durante las

24 horas. Lo ideal es mantener más del cincuenta por ciento de sus niveles de máximo efecto durante el día.

Los estadios de la Hipertensión fueron los definidos en la medicina occidental como se muestran en el Cuadro I.

Cuadro I. Clasificación de la Hipertensión arterial según cifras para adultos de 18 años o más.

Grado	TA sistólica (mmHg).	Ta diastólica (mmHg.)
Normal	Menos de 120	Menos de 80
Prehipertensión	120-139	80-89
Hipertensión **		
Grado I	140-159	90-99
Grado II	160-179	100-109
Gado III	180 y mas	120 y mas

Teniendo en cuenta que la tensión arterial es una variable continua, y que a mayores cifras tensionales mayor es el riesgo cardiovascular, se decidió que los sujetos con tensión arterial entre 120/80 pueden ser considerados con presión normal, mientras que los que tienen cifras entre 120/80 y 139/89 son considerados tensión arterial normal alta. Los valores de tensión arterial menores de 120/80 son considerados valores óptimos. Se debe enfatizar que los valores normales altos y normales son de mayor riesgo que los valores óptimos, a pesar de estar en el rango normal.

La Hipertensión Arterial generalmente se clasifica como: Primaria, Esencial o Idiopática, cuando la tensión arterial es constantemente mayor de lo normal sin causa subyacente conocida. Representa el 85 a 90% de todos los casos de hipertensión. La hipertensión es definida como secundaria cuando la tensión arterial es elevada como resultado de una causa subyacente identificable

como la enfermedad parenquimatosa renal, enfermedad renovascular, coartación aórtica, frecuentemente corregible (el restante 10 a 15% de los sujetos hipertensos).¹²

Se desconoce el mecanismo de la Hipertensión Arterial más frecuente, denominada “Hipertensión Esencial”, “Primaria” o “Idiopática”, es decir, sin causa previa conocida. No hay una causa identificable, existen múltiples factores relacionados o asociados, pero aún no está definido un único gen responsable.

También puede ser originada por alguna otra enfermedad, en cuyo caso se denomina “Hipertensión Arterial Secundaria”, como, por ejemplo, las originadas por enfermedades endocrinas y del riñón. Esta hipertensión es debida a una causa identificable (Menor del 5% del total de casos de hipertensión arterial); cuya remoción o corrección desencadena un control óptimo de la tensión arterial y en muchos casos la curación de la enfermedad. Entre ellas destacan por su prevalencia:^{6,12}

- Enfermedad Renal: Parenquimal o renovascular (glomerulonefritis, nefropatías intersticiales, hidronefrosis, tumores renales aterosclerosis, displasias de arterias renales).
- Enfermedades Endocrinas como hipotiroidismo e hipertiroidismo, hiperaldosteronismo primario, feocromocitoma, síndrome de Cushing, entre otras.
- Miscelánea: tumores, coartación de aorta, Enfermedad de Paget, otros.
- Medicamentos: Anticonceptivos hormonales, corticoesteroides, agentes vasoconstrictores, simpaticomiméticos, antidepresivos tricíclicos, inhibidores de la monoaminooxidasa, anfetaminas, antiinflamatorios no esteroideos (AINES), ciclosporina, eritropoyetina entre otros.

En la Hipertensión Arterial Primaria no se conocen sus causas específicas, aunque se han relacionado con unos factores que suelen estar presentes en la mayoría de las personas. Se tienen que separar aquellos factores relacionados

con la herencia, sexo, edad y raza, que se consideran factores no modificables, de aquellos que sí son modificables e intervienen los hábitos de vida, como son: la obesidad, la sensibilidad al sodio (sal), el alcohol, el uso de anticonceptivos y un estilo de vida sedentaria.¹²

Partiendo de la base de que la finalidad de la tensión arterial consiste en mantener una adecuada perfusión hística a lo largo del tiempo y en cualquier circunstancia, se comprende que deben existir mecanismos de regulación que permiten seguir este objetivo.

De acuerdo a la ecuación hidráulica, la tensión arterial es directamente proporcional al producto del volumen por minuto (VM) por la resistencia periférica (RP). El VM es la expresión de la frecuencia cardíaca por el volumen sistólico. Tanto en individuos normales como en hipertensos la presión arterial es mantenida por la regulación al momento del gasto cardíaco y de la resistencia vascular periférica ejercida en tres sitios anatómicos: arteriolas, vénulas post capilares y corazón.

Un cuarto sitio anatómico de control, el riñón, contribuye a mantener la tensión arterial al regular el volumen de líquido extracelular. Los barorreflejos mediados por los nervios simpáticos actúan en combinación con mecanismos humorales, incluyendo el sistema renina-angiotensina-aldosterona para coordinar la función de estos cuatro sitios de control y mantener la tensión arterial dentro de límites normales.¹³

En la regulación de la tensión arterial intervienen el sistema nervioso central, los riñones y el sistema endocrino, cada uno de ellos participa con una velocidad e intensidad de respuesta distinta, siendo muy rápidos los dependientes del SNC (actúan en segundos), de respuesta intermedia (minutos u horas) los sistemas de control mediados por hormonas y lentos los mediados por los riñones.

La tensión arterial en un paciente hipertenso sin tratamiento es controlada por los mismos mecanismos que operan en los normotensos. La regulación en la hipertensión diferiría de lo normal en que los barorreceptores y los sistemas renales de control sanguíneo, volumen-presión, estarían desplazados a un valor superior de tensión arterial. Todos los medicamentos antihipertensivos actúan interfiriendo con alguno de estos mecanismos normales de control.¹³

Mecanismos neurológicos: ¹³

- Barorreceptores: Al subir la tensión arterial se activan los barorreceptores localizados en los senos aórtico y carotideo, estos envían señales al centro vasomotor del bulbo y al núcleo tracto solitario (verdadero centro regulador de la tensión arterial). La referencia se hace a través del sistema nervioso autónomo para disminuir la actividad cardíaca y dilatar los vasos periféricos, con lo cual desciende la tensión arterial a sus valores primitivos. Este mecanismo es eficiente entre 100 y 180 mm de Hg de tensión arterial sistólica.
- Quimiorreceptores: Cuando la presión arterial sistólica disminuye a 80 mm de Hg o menos, actúan los quimiorreceptores de los cuerpos aórticos y carotideos, vía centro vasomotor bulbar. Estos quimiorreceptores detectan cambios en la presión parcial de oxígeno (PO₂), presión parcial de dióxido de carbono (PCO₂) y pH arteriales como consecuencia de la llegada de una escasa cantidad de oxígeno y la mala eliminación del dióxido de carbono.
- Mecanismos endocrinos: El sistema renina-angiotensina-aldosterona se activa cuando se produce un descenso de la tensión arterial, de la volemia, del sodio o cuando se produce un aumento del potasio. Este sistema produce vasoconstricción por acción de la angiotensina II y retención de sal por la aldosterona. La aldosterona liberada por aumento de la osmolaridad,

actúa a nivel renal reteniendo agua. El péptido auricular natriurético jugaría un rol como mediador antihipertensivo. ¹⁴

- Mecanismos renales: Los riñones como tercer mecanismo, al controlar el volumen sanguíneo constituyen el principal factor responsable de la regulación a largo plazo de la tensión arterial con ganancia infinita, es prácticamente perfecto y es el que en última instancia promueve el ajuste fino y exacto de la tensión arterial. Esquemáticamente el riñón actúa de la siguiente manera:
 1. La reducción de la tensión arterial lleva a una hipoperfusión renal lo que produce redistribución intrarrenal del flujo sanguíneo y un incremento en la reabsorción de sal y agua, con lo cual aumenta la volemia y la tensión arterial.
 2. A la inversa, un aumento de la tensión arterial produce natriuresis y retorno de la tensión arterial a sus valores normales. Aparentemente la hipertensión resultaría en última instancia una alteración renal para eliminar el agua y la sal que se incorpora normalmente, de tal manera que para balancear lo que ingresa debe hacerlo a costa de una mayor tensión arterial. ¹³
- Otros mecanismos: La serotonina como neurotransmisor modulador de acción central y periférica, a través de los diferentes subtipos de receptores, también jugaría un rol como pro-hipertensiva. El factor de relajación endotelial (EDRF), es un factor local liberado por el endotelio vascular, que posee acciones relajantes del músculo liso vascular, es decir, acciones antihipertensivas.

La endotelina es un péptido derivado del endotelio, capaz de producir contracción sostenida del músculo liso vascular de arterias. Se considera un importante péptido regulatorio cardiovascular y fue observado que cuando se libera en cantidades anormalmente grandes puede tener un rol en la hipertensión, debido a sus potentes acciones vasoconstrictoras a nivel renal, coronario y sistémico, lo cual disminuye la excreción de sodio y activa el sistema renina - angiotensina-aldosterona.¹⁴

La terapéutica antihipertensiva depende necesariamente de la interferencia con los mecanismos fisiológicos que regulan la tensión arterial. Los bloqueantes cálcicos disminuyen la resistencia periférica y reducen la tensión arterial, los diuréticos disminuyen la tensión arterial aumentando la excreción de sodio del organismo y reduciendo el volumen circulante; los inhibidores de la enzima de conversión que interfieren con el sistema renina-angiotensina-aldosterona, reduciendo la resistencia vascular periférica y por consiguiente la tensión arterial. Los simpaticolíticos interfieren con las funciones del sistema adrenérgico, presinápticamente o por bloqueo de los receptores alfa o beta. Por otra parte, los agentes musculo trópicos producen vasodilatación por acción directa y descenso de la tensión arterial.¹⁵

En resumen, el concepto actual sobre la enfermedad hipertensiva es el de una enfermedad vascular, sistémica, inflamatoria, crónica y progresiva. Partiendo de ese concepto genérico, se desprende que el vaso sanguíneo es el órgano primario de afección, y dentro de esa estructura está el endotelio; este órgano (endotelio) es vital en la homeostasis vascular pues de su funcionamiento normal depende el equilibrio del sistema cardiovascular y por ende de la salud integral del individuo.¹⁴

La presión arterial está regulada por numerosos factores neurohormonales de acción sistémica y local que funcionan en circuitos de autorregulación, manteniéndola dentro de límites estrechos. Diversos factores como la herencia y estilo de vida, sistema nervioso simpático hiperactivo, ingesta excesiva de sal, hormonas o sustancias liberadas por el endotelio enfermo, pueden modificar el gasto cardíaco y/o la resistencia vascular periférica, iniciando la HTA.¹⁴

La Angiotensina II (de acción sistémica y/o tisular), potente vasoconstrictora y facilitadora del crecimiento celular, es el principal determinante de la persistencia de la HTA. La disfunción endotelial, que acompaña a la HTA, promueve la proliferación celular, así como la liberación de muchas sustancias vasoactivas, protrombóticas y procoagulantes que ulteriormente precipitarán en aterosclerosis precoz. En la HTA, la hipertrofia e hiperplasia vascular, el aumento de la matriz

extracelular, el incremento de la resistencia vascular periférica, explican la hipertrofia miocárdica y el desarrollo de complicaciones: vasculares (aterosclerosis), cardíacas (insuficiencia cardíaca, isquemia miocárdica y arritmias), cerebral (hemorragia, isquemia, encefalopatía) y nefrológicas (insuficiencia renal).¹⁵

Los factores de riesgo son aquellas variables de origen Biológico, Físico, Químico, Psicológico, Social, Cultural, etc., que influyen más frecuentemente en los futuros candidatos a presentar enfermedad. La observación en los resultados de los estudios epidemiológicos permitió la identificación de los factores de riesgo. La posibilidad de que una persona desarrolle presión alta se le conoce como factor de riesgo y el conocimiento de éste o estos factores de riesgo son claves para prevención, manejo y control de la Hipertensión Arterial. La presente revisión se enfoca a los factores de riesgo tradicionales, modificables y no modificables a los que una persona está expuesta cotidianamente.¹⁶

Factores no modificables.

Aquellos que por su naturaleza no pueden ser tratados o modificados, como: Edad y sexo: Se ha encontrado relación directamente proporcional entre el aumento de la edad del individuo y la frecuencia de aparición de las enfermedades cardiovasculares. Cuatro de cada cinco pacientes que fallecen por enfermedad cardiovascular son mayores de 65 años.

El mecanismo básico por el que la presión arterial aumenta conforme la edad, es por la pérdida de la distensibilidad y la elasticidad de las arterias, principalmente en las personas mayores de 50 años y edad mayor de 60 años (59%) Se ha demostrado que la aterosclerosis a menudo se inicia a una edad temprana. En algunos estudios se evidencia la presencia de estrías grasas en pacientes muy jóvenes, y puede tardar 20-40 años en producir un bloqueo suficiente como para producir un infarto.¹⁶

Raza: Estudios longitudinales han demostrado que la raza negra es la de mayor incidencia, pero actualmente por los cambios en el ritmo de vida y la no modificación de los factores de riesgo está aumentando la incidencia en las demás etnias.

Herencia: Si uno de los padres tiene hipertensión arterial existe aproximadamente el 25 % de probabilidad de desarrollar la enfermedad en alguna etapa de la vida. Si tanto la madre como el padre tienen la presión alta, se tiene el 60 % de probabilidades de desarrollarla.

Factores Modificables.

Son aquellos factores asociados al estilo de vida y pueden ser susceptibles de ser controlados y/o modificados por comportamientos saludables.^{5,16} Dentro de estos factores se destacan:

Consumo de tabaco: La presión arterial está ligada al tabaquismo por ser este un factor de riesgo cardiovascular siendo el principal efecto de la nicotina la vasoconstricción. El humo del tabaco actúa sobre las arterias por medio de sus radicales libres disminuyendo el óxido nítrico y lesionado el endotelio, lo cual lleva a la vasoconstricción, disfunción endotelial y aterosclerosis produciendo aumento de la tensión arterial.

La nicotina ejerce varios efectos farmacológicos que conduce a un aumento de la tensión arterial, la mayoría de los cuales están relacionados con la estimulación:

- Aumento de la frecuencia cardiaca, presión arterial, volumen sistólico y gasto cardiaco.
- Vasoconstricción cutánea y coronaria.
- Aumento de las concentraciones circulantes de adrenalina y noradrenalina.¹³

Consumo de grasas: En los países industrializados en donde las dietas son ricas en productos con elevadas cantidades de hidratos de carbonos simples, grasa de origen animal y sal en exceso, a la vez que pobres en frutas y verduras frescas.

Consumir demasiada grasa, especialmente las grasas sobresaturadas elevan los niveles de colesterol en sangre, las grasas saturadas se encuentran principalmente en los alimentos de origen animal como: carne, leche entera, quesos y mantequilla, limitar el consumo de margarina, aderezos, carnes rojas, de pollo y pescado a 6 onzas diarias y aumentar el consumo de fibra alimenticia ayuda a reducir el colesterol.^{13,15}

Obesidad: Existe una sólida relación en los estudios epidemiológicos entre peso corporal y tensión arterial o entre obesidad y prevalencia de hipertensión. Obesidad e hipertensión son más frecuentes en individuos de raza negra, así como en niveles socioeconómicos bajos. Los cambios de peso corporal pronostican cambios de la tensión arterial. Un aumento de peso por encima del 20 % del peso ideal aumentaba 8 veces el riesgo de HTA, también existe lo contrario. Una posible explicación de ello es que existe una asociación genética entre el trastorno metabólico que provoca el aumento del peso corporal y la HTA. Esto se observa en la asociación entre diabetes e hipertensión.

Así, epidemiológicamente existe una asociación entre tensión arterial elevada, obesidad, resistencia a la insulina y dislipidemia (aumento de triglicéridos séricos y lipoproteínas de baja densidad-colesterol y disminución de lipoproteínas de alta densidad-colesterol).¹⁵

Existen dos tipos de distribución de la grasa corporal: la distribución corporal superior (androide) que se mide con el cociente cintura/cadera y se asocia a tensión arterial elevada, y la distribución ginecoide de la grasa (en caderas, nalgas y muslos).

Es importante tener presente que la verdadera asociación entre peso corporal y tensión arterial puede ampliarse por esfigmomanómetros incorrectos. Los obesos desarrollan una resistencia insulínica por la cual las concentraciones plasmáticas de insulina son mayores y esta aumenta la actividad del sistema simpático y la reabsorción de sodio en los túbulos renales.

Estrés: El estrés conocido como la sensación de amenaza física o psíquica experimentada por el individuo en forma aguda o sostenida, puede provocar hipertensión a través de elevaciones tensionales repetidas determinadas por la estimulación adrenérgica y liberación de hormonas vasoconstrictoras.

Diversos factores se correlacionan con este fenómeno como la hipertensión de "guardapolvo blanco", la sobrecarga laboral, factores raciales, presiones del medio social y trastornos emocionales causados en el clima familiar, como también en el clima académico.¹⁷

Consumo de alcohol: El consumo de alcohol pronostica el aumento de la tensión arterial. Los niveles más elevados de tensión arterial se observaban en aquellas personas que consumían 6 o más unidades de alcohol diarias (1 unidad de alcohol equivale a 8-10g de etanol o aproximadamente a media jarra de cerveza, un vaso de vino o una copa de licor). Se considera excesiva la ingesta de más de 39 cc. De alcohol/día, que equivale a 2 copas de vino o 60 mL de ron, whisky, aguardiente o dos cervezas. Cada onza de alcohol eleva la presión arterial, los triglicéridos, el ácido úrico, favorece la presencia de arritmias cardíacas, y su aporte calórico aumenta el riesgo de obesidad.

El efecto sobre la tensión arterial parece ser reversible: los exbebedores presentan tensión es arteriales similares a las de los no bebedores. El mecanismo opresor del alcohol es poco conocido.¹⁷

La caída de la tensión arterial que se produce al suspender el alcohol ocurre a las 24-48 horas. Esta rapidez de inicio y finalización del efecto depresor puede involucrar al Sistema Nervioso Central, como frecuencia cardíaca y catecolaminas.

También se ha postulado la secreción de adrenalina por parte de la glándula suprarrenal junto con la pérdida de sensibilidad de los barorreceptores y los efectos directos del alcohol sobre el tono y la capacidad de reacción de la musculatura lisa vascular. También es importante que la apnea del sueño se asocia a hipertensión y que esta es un fenómeno habitual en los individuos con un consumo de alcohol elevado.

Ingesta de sodio: Un elevado consumo de sal contribuiría al aumento de la tensión arterial relacionado con la edad. El mecanismo por el cual la restricción de sal de la dieta provoca la disminución de la tensión arterial en la hipertensión arterial esencial es desconocido. No existen evidencias de que el contenido corporal de sodio ni de que el sodio intercambiable esté aumentando en la hipertensión esencial, teniendo en cuenta que, además, probablemente está ligeramente disminuido en jóvenes hipertensos.

Sin embargo, en los pacientes hipertensos de edad avanzada el sodio intercambiable se correlaciona con la HTA, apoyando la posibilidad de que el sodio de la dieta pueda contribuir al aumento de tensión arterial que se observa con la edad. El consumo recomendado de la OMS que se establece entre 5gr. y 6gr. por persona y día.¹⁷

Actividad física: Sedentarismo o inactividad física se da en aquella persona que no realiza actividad física o ejercicio regular, idealmente aeróbica e isotónica (caminar, nadar o hacer bicicleta) mínimo 3 veces por 36 semana de 30-45 minutos de duración. Se ha sugerido que los individuos sedentarios están en mayor riesgo de desarrollar hipertensión y por ello se recomienda 15 minutos / día.

El ejercicio físico previene los desórdenes cardiovasculares, se ha encontrado sedentarismo en el 69% - 71.3% de la población. El ejercicio es un factor protector pues eleva el colesterol HDL, reduce las cifras de Hipertensión Arterial y disminuye el peso corporal. En un estudio que específicamente utilizó el estado físico de acuerdo a la realización de ejercicio programado se encontró que un bajo nivel de atletismo se asocia con un factor 2.7 veces mayor de mortalidad cardiovascular.¹⁷

La tensión arterial elevada normalmente se disminuye con la terapia farmacológica, con altos costos, a veces poca eficacia y efectos adversos. Modificaciones del estilo de vida son, por tanto, una alternativa para evitar o reducir el tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión, o para mantener un nivel de tensión arterial aceptable en sujetos con riesgo de desarrollar hipertensión.⁵

Las modificaciones del estilo de vida son eficaces solas o combinadas con la terapia farmacológica y se deben considerar desde etapas tempranas, y en hipertensos estadio I sin complicaciones adicionales como terapia de inicio; lo que nos lleva a prevenir complicaciones futuras, en algunos pacientes evitar el avance de la enfermedad y disminuir los riesgos que la agravan; el propósito de estas medidas es prevenir el desarrollo de enfermedad cardiovascular y disminuir las cifras tensionales.⁵

La Hipertensión Arterial siendo una enfermedad crónica prevenible y modificable, se constituye también en un factor de riesgo para las enfermedades cardiovasculares y en conjunto comparten factores relacionados con hábitos y estilos de vida, como el tabaquismo, alimentación inadecuada, sedentarismo, consumo excesivo de sal y alcohol; igualmente con otros no modificables como la edad, el género, la etnia o los factores genéticos.¹¹

La cardiología preventiva continúa siendo un tema de gran importancia en la medicina actual y sus especialidades, “La dieta y la actividad física deben iniciar

cualquier proceso de prevención primaria o secundaria, así como acompañar los diferentes tratamientos. El control de la hipertensión arterial y el cese del tabaquismo constituyen, junto con la actividad física y la dieta, elementos fundamentales en la prevención cardiovascular”.¹¹

Las modificaciones de los estilos de vida han demostrado reducir las cifras de presión arterial siendo este el objetivo inicial como tratamiento no farmacológico tanto en el hipertenso como en el prehipertenso, además, controlan otros factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares y permiten reducir el número y dosis de medicamentos antihipertensivos administrados.

En la revisión bibliográfica sistemática de estudios aleatorios desde 1998 se encontraron efectos estadísticamente significativos en la reducción media de la presión arterial sistólica de 5,0 mmHg; 4,6 mmHg; 3,8 mmHg; 3,6 mmHg y 2,3 mmHg respectivamente, para una dieta saludable, el ejercicio aeróbico, reducción del alcohol, la restricción de sodio, y suplementos de aceite de pescado; con las correspondientes disminuciones en la presión arterial diastólica.^{1,15}

De acuerdo a revisiones realizadas por varios autores, la reducción de la presión arterial con las modificaciones del estilo de vida, permite obtener grandes beneficios en el tratamiento del paciente hipertenso.¹

Mediante la pérdida de peso, la disminución del consumo de sal y el incremento de la actividad física simultáneos, es posible conseguir una disminución de 11 mmHg en la presión sistólica y 5 mmHg en la diastólica, siendo estos efectos más significativos en afroamericanos y pacientes mayores que además consumían la dieta.

Todavía no se puede afirmar que los cambios en el estilo de vida reducen la morbimortalidad cardiovascular. La dieta y el ejercicio, fueron igualmente eficaces en la reducción de la tensión arterial en sujetos normotensos y con hipertensión leve; con disminuciones similares a la terapia con medicamentos en pacientes con

altos valores de tensión arterial. Se podría afirmar, “Nunca puede haber una pastilla para reemplazar todos los beneficios del ejercicio”.¹⁶

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en su 57ª Asamblea Mundial; aprobó la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud, orientada a mejorar la conciencia y el conocimiento acerca de la influencia del régimen alimentario y la actividad física a nivel comunitario, y estableció el plan de acción 2008-2013 enfocado al control del consumo de tabaco, consumo de bebidas alcohólicas, dietas no saludables e inactividad física como factores de riesgo de Enfermedades Crónicas no Trasmisibles; como estrategias en prevención primaria de la hipertensión, encaminadas a disminuir la incidencia, retrasar el comienzo de la enfermedad, mitigar su gravedad y mejorar la calidad de vida controlando los factores de riesgo.¹⁶

Las decisiones sobre la alimentación y la nutrición en muchas poblaciones suelen recaer en las mujeres y están basadas en la cultura y las dietas tradicionales. Los hábitos alimentarios y las modalidades de actividad física difieren según el sexo, la cultura y la edad, suelen responder a tradiciones locales y regionales. Por consiguiente, las estrategias de intervención deben ser culturalmente apropiadas a cada región y grupo poblacional, orientando a los pacientes hacia la percepción e identificación de sus riesgos y de los beneficios en su salud al modificar su estilo de vida e implementando enfoques alternativos que partan de la misma comunidad.¹⁸

Se debe comprender que en la obtención de resultados adecuados con el tratamiento no farmacológico intervienen varios actores y variables; es fundamental que el médico dedique mayor tiempo en cada consulta para incentivar la adhesión al tratamiento y a los cambios en el estilo de vida, facilitando la comprensión y colaboración del paciente, y reforzándolos periódicamente ya que su cumplimiento a largo plazo es bajo; en gran parte debido al concepto de los pacientes respecto a que las orientaciones de cambiar su estilo de vida son

restrictivas, y a su juicio limitan su calidad de vida, de modo que se aprecia una resistencia latente a su aceptación y cumplimiento.

Se conocen muy bien los efectos a nivel sanitario que generan los estilos de vida inadecuados, pero se conoce mucho menos la manera de lograr cambios de comportamiento de forma sistemática y sostenible a nivel poblacional que permitan superarlos; reto y esfuerzo a asumir por los diferentes estamentos que intervienen de manera directa o indirecta en el mejoramiento de la salud de la comunidad.¹⁸

Los retos en la prevención y tratamiento de la hipertensión deben ir enfocados a evitar el ascenso de la tensión arterial en relación con la edad, a disminuir significativamente la prevalencia de la enfermedad, a incrementar el conocimiento y la adherencia al manejo médico de su padecimiento y a reducir y modificar los factores de riesgo cardiovasculares asociados; acompañado por supuesto de un control adecuado de las cifras tensionales.¹⁹

Tratamiento de la Hipertensión Arterial.

Principios Generales: Regiones de ingresos económicos medianos y bajos, la mayoría de los países latinoamericanos, tienen una carga de enfermedad cinco veces mayor que los países de altos ingresos, con acceso a menos del 10% de los recursos globales de tratamiento, por ende, se debe dar prioridad a los que corren mayor riesgo de eventos fatales ya que la mayoría de los pacientes hipertensos no reciben ningún tratamiento. Debe prestarse atención especial a los individuos con condiciones de riesgo social, tales como las personas sin hogar, los pobres, deficientes en educación o desempleados.^{15,19}

En los pacientes hipertensos, el propósito primario del tratamiento es lograr la mayor reducción en el riesgo cerebro vascular total a largo plazo, manteniendo una buena calidad de vida. Esto requiere tratamiento de los valores elevados de

tensión arterial, como también de todos los factores de riesgo asociados reversibles para disminuir el riesgo cerebro vascular asociado.

Así, cualquier reducción en la tensión arterial, aunque no sea óptima, ayuda a disminuir el riesgo total. Sin embargo, la tensión arterial se debe disminuir por lo menos a 140/90 mmHg (sistólica/diastólica), y a cifras aún menores según tolerancia, en todos los pacientes hipertensos. La tensión arterial media debe ser al menos <130/80 mmHg en pacientes con diabetes y en pacientes con riesgo alto o muy alto, tales como lo que tienen condiciones clínicas asociadas (accidente cerebro vascular, infarto de miocardio, disfunción renal, proteinuria).^{12,13,15}

Se pueden esperar más dificultades en los ancianos, en los pacientes con diabetes, y en general en pacientes con daño cerebro vascular. Para lograr más fácilmente la tensión arterial deseada, el tratamiento antihipertensivo se debe iniciar antes de que se produzca daño cerebro vascular significativo. El monitoreo ambulatorio de la tensión arterial durante 24 h es una herramienta útil que se debe recomendar, si está disponible, para reforzar o corregir el tratamiento.¹²

Cambios del estilo de vida.

Deben instituirse medidas de estilo de vida cada vez que sea apropiado en todos los pacientes hipertensos, incluyendo a los que requieren tratamiento farmacológico. El propósito es bajar la tensión arterial, controlar otros factores de riesgo, y disminuir el número o las dosis de drogas antihipertensivas. También son recomendables medidas de estilo de vida en sujetos con presión arterial normal y normal-alta para disminuir el riesgo de desarrollar hipertensión.

Las recomendaciones de estilo de vida no deben ser dadas como una formalidad, sino que deben ser instituidas con suficiente apoyo de expertos y de comportamiento, con refuerzos periódicos. Las medidas de estilo de vida que son ampliamente conocidas que bajan la tensión arterial y/o el riesgo cardiovascular y que se deben considerar son:

- dejar de fumar.
- bajar de peso (estabilizar el peso).
- disminuir el consumo excesivo de alcohol.
- ejercicio físico.
- disminución del consumo de sal (<6g NaCl)
- aumentar el consumo de K+ (>6g)
- aumentar el consumo de frutas y verduras y disminuir el consumo de grasas saturadas y totales.¹²

Tratamiento Farmacológico.

Los principales beneficios del tratamiento antihipertensivo se deben a la mejoría de la tensión arterial. Cinco clases mayores de agentes antihipertensivos son aptos para el inicio y el mantenimiento del tratamiento antihipertensivo, solos o en combinación diuréticos tiazidas, bloqueantes del calcio, inhibidores de la enzima convertidora de Angiotensina (IECA), bloqueantes del receptor de angiotensina (BRA) y beta bloqueante. El betabloqueantes, sobre todo en combinación con un diurético tiazida, no se debe usar en pacientes con el síndrome metabólico o con alto riesgo de incidencia de diabetes.^{12,20}

En estos pacientes, el carvedilol, nebivolol o indapamida de liberación lenta pueden ser aptos. Los inhibidores de la renina, tales como el aliskiren, aunque no disponibles en todos los países, han demostrado ser efectivos como agentes antihipertensivos, sin embargo, aún se aguardan los resultados de algunos ensayos, y todavía se desconoce la relación coste/beneficio de estos agentes. En muchos pacientes se necesita más de una droga, así que combinaciones fijas pueden ser útiles para mejorar el cumplimiento y aumentar el éxito en el control de la presión arterial.^{12,20}

Para el manejo de la HTA están incluidos los siguientes fármacos: Inhibidores de enzima convertidora de Angiotensina (IECA, como el enalapril), bloqueadores de

los receptores de Angiotensina (BRA), beta bloqueador, bloqueador de los canales de calcio (BCC) y diuréticos tipo tiazidas (como la hidroclorotiazida).^{12,20}

Desde el punto de la medicina natural y tradicional la hipertensión arterial es un síndrome mixto de Insuficiencia y Exceso, que se produce debido a una insuficiencia de Yin de Hígado y/o una insuficiencia de Yin de Riñón que entraña un ascenso del Yang de Hígado. Según la Teoría de los Cinco Elementos el Agua es insuficiente y no puede ni nutrir ni inundar la Madera y entonces se vuelve muy seca y provoca un ascenso de y Yang de Hígado.^{33,34}

Este Síndrome se caracteriza por un desequilibrio entre el Yin de Hígado (que está insuficiente) y el Yang de Hígado (que está en exceso). Las manifestaciones descritas son únicamente el resultado del ascenso del Yang de Hígado. Normalmente en la Práctica, aparece conjuntamente con ciertos síntomas y signos de insuficiencia de Yin de Hígado y/o de Riñón.³³

Habitualmente, un ascenso de Yang de Hígado es la consecuencia de una insuficiencia de Yin de Hígado y/o Riñón, pero en la práctica puede provenir igualmente de una insuficiencia de Yang de Riñón. Esto se explica por el hecho de que el Yang y el Yin del Riñón tienen la misma raíz, y que una insuficiencia de uno implica siempre una insuficiencia del otro, lo que en un grado menor. Por lo tanto, cuando hay insuficiencia de Yang de Riñón, habrá también en cierta medida, una insuficiencia de Yin de Riñón que podrá provocar síntomas de ascenso de Yang de Hígado.³³

La mayor parte de las manifestaciones son debidas al Yang de Hígado que asciende a la cabeza: acúfenos, sordera (ambas de aparición repentina), tendencia a accesos de cólera y cefaleas. La lengua y el pulso reflejan el ascenso del Yang de Hígado.³³

Etiología: El ascenso del Yang de Hígado es en la mayoría de los casos, debido a problemas emocionales, en particular cólera, frustración y un resentimiento de larga duración

Principios de tratamiento: Dispersar el Yang de hígado, tonificar riñón.

Síndrome de deficiencia de Yin de riñón:

Síntomas clave: Boca seca por la noche, transpiración nocturna, lengua roja y pelada.

Etiopatogenia: Este síndrome se caracteriza por una insuficiencia de Yin, pero también de la Esencia del Riñón, porque la esencia forma parte del Yin de Riñón.

El Yin del Riñón es insuficiente y no llega a producirse suficiente Médula para llenar el cerebro, de ahí los mareos, acúfenos, vértigos y pérdida de memoria. Los mareos son ligeros y los acúfenos de aparición progresiva y lenta, produciendo un rumor semejante al agua en movimiento.^{33,34}

La insuficiencia de Yin de Riñón conduce a una insuficiencia de Líquidos Orgánicos con sequedad de ahí boca seca por las noches, sed, estreñimiento y orina poco abundante y oscura.

La insuficiencia de Yin de Riñón conduce a la aparición de un calor por Insuficiencia en Riñón, de ahí el calor en los cinco centros, transpiración nocturna, lengua roja y pulso rápido.³⁴

Etiología:

1. Enfermedad prolongada y crónica.
2. Exceso de trabajo que dura varios años.
3. Actividad sexual excesiva, sobre todo durante la adolescencia que agota la esencia del riñón.
4. Agotamiento de los Líquidos Orgánicos que pueden ser consumidos por el calor después de una enfermedad febril.
5. Pérdida de sangre prolongada (hemorragia).
6. Toma masiva de plantas medicinales destinadas a tonificar el Yang del Riñón.

Principios de tratamiento: Tonificar los riñones en su esencia Yin y defenderlos del ataque de la tierra.^{33,34}

Homeopatía en hipertensión arterial

Nace a finales del siglo XVIII en Alemania con Samuel Hahnemann, quien, habiendo abandonado la práctica médica, por no encontrar en ella soluciones útiles para los problemas de salud de la población de la época, se refugió en la lectura y traducción de libros antiguos: entre estos libros encontró teorías terapéuticas que promulgaban el uso de lo semejante para curar lo semejante y decidió explorarlas, experimentando en personas sanas. Empezó experimentando el mismo la quina para descubrir un cuadro febril intermitente, y continuo con la Pulsatilla, el Cuprum y la Belladona como lo menciona Tomas Pablo Pasquero en su libro Homeopatía quinta edición.^{21,22}

En 1810 Hahnemann publicó el Organón en donde por medio de párrafos, expuso una visión nueva de la enfermedad del hombre, que requería una filosofía diferente del médico para tratar a sus pacientes. Allí en el párrafo 1 establece que la primera y única vocación del médico es la de curar y establece los principios de esta nueva terapéutica, que han sido recogidos por los médicos homeópatas y enriquecidos y afinados durante años hasta llegar a estructurar la homeopatía como la concebimos hoy.^{21,22}

La homeopatía rige sus bases por 8 principios los que para algunos países como argentina son solo cuatro estos principios son:

1. La Ley de los Semejantes o Ley de la Semejanza. ((En la actualidad: Principio de la Similitud o Principio de los Semejantes)).
2. Principio del Dinamismo Vital o Energía Vital. ((En la actualidad: Principio de la Bioenergética)).
3. Principio del Natura Morborum Medicatrix. ((En la actualidad: Principio de la Biocibernética Curativa)).

4. Principio de la Individualidad Morbosa. ((En la actualidad: Principio del Complejo Genético de Histocompatibilidad [HLA])).
5. Principio de la Individualidad Medicamentosa. ((En la actualidad: Principio de los Fármacos Específicos al Enfermo)).
6. Principio de la Experimentación Pura. ((En la actualidad: Principio de la Patogenesis Homeopática)).
7. Principio de la Dosis Mínima o S. A. D. A. (Solución Altamente Dinamizada y Activada). ((En la actualidad: Principio de la Dinamización Hahnemanniana)).
8. Principio de los Miasmas. ((En la actualidad: Principio de las Enfermedades Genéticas Multifactoriales)).²³

La homeopatía establece por primera vez, una visión integradora de la persona con su patología; la persona está animada por un principio vital que le permite llevar a cabo los más altos fines de su existencia, expresado así en el párrafo 9 y le permite de acuerdo con una susceptibilidad especial adaptarse y responder de una manera única al medio que lo rodea.²⁴

Cuando la persona de acuerdo con su susceptibilidad es “atacada” por el medio y alterada su armonía psicobiológica, la fuerza vital lucha por retornar a la persona a su estado inicial, esta lucha dentro del individuo se manifiesta por una serie de fenómenos físicos y emocionales que los médicos reconocemos como síntomas y que son la manifestación de la patología y no la patología en sí.

De acuerdo con lo anterior tratar los síntomas observados, no es tratar la patología, es simplemente eliminar sus señales de alarma, y permitir que la enfermedad persista y se haga más profunda en el organismo. A este fenómeno Hahnemann lo llamó supresión.²⁴

Para evitar las supresiones el médico debe ayudar a su paciente a restablecer su armonía inicial, actuando en la potenciación de la energía vital y esto lo logra si encuentra un medicamento que produzca en la persona sana un cuadro patológico

similar al padecido por el paciente (principio del *similium*), y suministrado a dosis infinitesimales (principio de dosis mínimas) que actúa de acuerdo con la ley de ArndtShulzt. Para encontrar el *similium* el médico debe usar su poder de observación para recoger los síntomas del paciente y clasificarlos jerárquicamente en síntomas mentales, generales y particulares, tratando de encontrar aquellos síntomas singulares o Keynotes que pueden individualizar el cuadro clínico del paciente. En todos los casos el cuadro de los síntomas debe poder abarcar la totalidad de las manifestaciones de la patología y ser integradas en un medicamento.²⁵

El médico homeópata puede valerse para su formulación del repertorio que es una base de datos de los síntomas encontrados en la experimentación pura, y que se encuentran “modalizados” por lateralidad, (lado del cuerpo donde aparece o se presenta el síntoma) tiempo, (horario en que aparecen los síntomas) modalidades, (diferentes características del síntoma) extensión, (hacia a donde se irradia el síntoma) y localización.

Los síntomas están escritos en el lenguaje común usado por los pacientes y se encuentran divididos en capítulos que corresponden a órganos o partes anatómicas del cuerpo humano o funciones como sueño, micción o actividad sexual y órganos reproductivos. Cada síntoma se encuentra con los medicamentos experimentados con valoración 1, 2 y 3 en grado de importancia, según el nivel de experimentación o reexperimentación, siendo el medicamento con el valor más alto el que deba elegirse. La utilización del repertorio permite la formulación de un medicamento único.^{24,25}

Para el estudio y tratamiento de la hipertensión desde el punto de vista homeopático no se consideran las cifras tensionales, si no que se tiene en cuenta los síntomas que esta produce, es decir, se modalizará y repertorizará el dolor de cabeza que se encuentra dentro de capítulo cabeza, oleadas de calor y enrojecimiento facial que se encuentran en el capítulo cara como calor y decoloración respectivamente, palpitations que se encuentra con este nombre en

el capítulo pecho, visión de luces que aparece en el repertorio en el capítulo visión como chispas; sensación de zumbidos en oídos que se encuentra con este nombre en el capítulo oído y vértigo que ocupa todo un capítulo en el repertorio.²⁶

En el repertorio el médico busca los síntomas que identifican al paciente como un todo, y determina cual es el medicamento común a esos síntomas, o por lo menos cual contiene el mayor número de síntomas, para formularlo a su paciente.

Se espera que al encontrar el *similium*, se produzca la curación en el paciente, que debe seguir siempre el mismo curso, esto es, de dentro a afuera, de arriba a abajo y en el sentido inverso a la aparición de los síntomas.

Como se mencionó inicialmente los medicamentos se experimentan en personas sanas, generando en ellas una serie de signos y síntomas que configuran un cuadro clínico específico, llamado en homeopatía patogenesis y que constituyen el principio de la experimentación pura.^{25,26}

El medicamento homeopático puede ser preparado a partir de sustancias provenientes de los reinos animal, vegetal y mineral. Mediante un proceso de maceración en alcohol, que da origen a la tintura madre, a esta se le realizan diluciones, en escala de una a diez, una a cien o una a cincuenta mil y entre cada dilución se somete a un proceso de succión o dinamización, que consiste en un proceso similar a la agitación, las diluciones cada vez crecientes hacen que la sustancia físico química vaya disminuyendo en el medicamento hasta desaparecer a partir de la dilución doce en la escala centesimal, esto permite establecer que el medicamento homeopático no acarrea efectos tóxicos secundarios para el paciente, por su ausencia de materia y que su acción es energética.^{23, 25}

En las diferentes materias médicas homeopáticas aparece un grupo de remedios a los cuales se les atribuyen propiedades terapéuticas como hipotensores, entre las tantas que un mismo remedio puede tener. Entre ellos se encuentran *Aconitumnapellus*, *Barytacobonica*, *Coffea cruda* y *Tabacum*, los cuales existen en

nuestro medio y son indicados y elaborados en la Farmacia Provincial de Homeopatía de Holguín.

Aconitumnapellus. La rapidez de acción de *Aconitum* determina su sintomatología. Sus síntomas son agudos, violentos y dolorosos. Aparecen súbitamente, permanecen por un lapso corto como una gran tormenta, que pronto se desvanece. La mente se ve afectada por factores emocionales tales como Miedo; Shock; Vejación. Los nervios están excitados y el paciente permanece bajo una tensión emocional y nerviosa. Los dolores neurálgicos son muy intensos. El miedo es intenso, tanto que el paciente se vuelve frenético, grita, gime, roe sus puños, muerde sus uñas, quiere morir. El miedo por el susto permanece. Miedo que acompaña los eventos más intrascendentes. La circulación del corazón y arterial se afecta fuertemente produciendo congestión en la cabeza (con frecuencia apoplética) y en el pecho. Es el remedio para la inflamación aguda y la congestión. Las hemorragias son de un rojo brillante. Los dolores son punzantes, rasgantes. Sensación de ardor, adormecimiento, picazón, punzadas u hormigueo. Las partes se sienten grandes o deformadas. Inflamación externa con pesadez interna. Pérdida súbita de fuerza colapso. Sentidos especialmente agudos. Las partes permanecen enrojecidas o adormecidas, después de los dolores. Convulsiones. Desmayos. Los niños ponen sus manos sobre las partes afectadas. Enfermedades causadas por exposición al tiempo frío y seco, especialmente afecciones respiratorias. Perturbaciones gastrointestinales causadas por una exposición a tiempo muy caliente. Está adaptado a personas de constitución robusta. Afecciones después de un shock quirúrgico o heridas, o sudoración suprimida. Efectos posteriores a un susto. Grita y se toca los genitales. Crepitación.³⁵

En el área del corazón se describe que: se siente inflamado -carditis. Palpitación, con ansiedad, desmayo y comezón en los dedos, dolor que baja por el brazo izquierdo. Dolores cardíacos en el hombro izquierdo, < sentarse erecto. Taquicardia. Pulso rápido, saltón, batiente, fuerte y tumultuoso o vibrante, muy irritable. Tensión arterial.

Baryta carbonica. Tiene una marcada influencia en el crecimiento, especialmente de los niños y los ancianos, que se vuelven infantiles. En los niños el crecimiento está retardada; se vuelven enanos, mental y físicamente; los niños se tardan en llegar a ser útiles, tomar sus responsabilidades y hacer su trabajo. Torpes, apáticos; o marásmicos. Hay una tendencia al crecimiento de glándulas, con induraciones, especialmente anginas, cervicales y próstata. Postración; cansancio; inclinación constante a acostarse, sentarse, o recargarse en algo. La parte superior del cuerpo se siente rígida y entumida. Demasiado cansado aún para comer. Es un remedio para la senilidad precoz y cuando cambios degenerativos en los ancianos empiezan en el corazón, cerebro y sistema vascular. Tendencia a resfriarse, y cada vez, las anginas se inflaman. Efectos paralíticos. Los síntomas aparecen en partes aisladas, como parálisis, entumecimientos, ardores. Sensación como de estar forzado a pasar por partes estrechas, es muy peculiar. Reblandecimientos vasculares y dilataciones, aneurisma, rupturas, apoplejía. Malos efectos de una supresión de sudor de pies. Quistes. Sarcoma con ardor. Lipoma. Emaciación de personas que estuvieron bien nutridas. Somnolencia y cansancio al menor ejercicio.²⁴

En el área del corazón se describe que: hay síntomas cardíacos después de la supresión de transpiración de pies o después de la masturbación. El corazón se siente magullado y adolorido. Palpitación e incomodidad en la región del corazón yaciendo sobre el lado izquierdo. Palpitaciones que se sienten en la cabeza. Aneurisma. Pulso; lento, pequeño. Alta presión sanguínea. Arterioesclerosis.²⁴

Coffea cruda. No hay diferencia entre los síntomas del café tostado y el café crudo. Se creó que el café antidota casi todos los medicamentos homeopáticos; pero hay duda de que esto sea así, especialmente cuando los remedios se dan en potencia alta (Clark). La experiencia muestra que seleccionado correctamente el remedio homeopático, actúa a pesar de la ingesta de café. El café incrementa la sensibilidad de los nervios; volviéndolos hiperexitables e hipersensibles; los sentidos especiales se vuelven sobre agudos; las emociones especialmente la

alegría y sorpresas agradables, producen síntomas peligrosos. El dolor, contacto, ruido, y los olores se vuelven intolerables. Actividad desigual de mente y cuerpo. Convulsiones en niños durante la dentición, con rechinado de dientes y enfriamiento de extremidades. Convulsiones por exceso de juegos o risa en niños debilitados. Se adapta a personas altas, esbeltas, encorvadas, con complexión oscura; de temperamento colérico. Malos efectos del miedo, susto, decepción amorosa, exceso de fatiga; risa excesiva, viajes largos. Sensación de calor. Gran agitación nerviosa e inquietud. Histeria; gritos, llantos. Dolores intolerables que llevan a la desesperación.²⁴

En el área del corazón se describen: Palpitaciones nerviosas, con temblor en las extremidades mayor por asolearse; después de una alegría excesiva o sorpresa. Elevación súbita de la presión sanguínea.²⁴

Tabacum. El tabaco, aunque se usa ampliamente aspirado, fumado y masticado, se usa en medicina únicamente en homeopatía. Se afectan principalmente los nervios Vago; simpáticos; cerebro-espinales y el Corazón. Produce una postración absoluta de todo el sistema muscular; con secreciones abundantes, vómito; sudores profusos; lagrimeo, salivación, etc. Constricción de los músculos de órganos huecos, garganta, vejiga, recto, pecho, etc. Calambres, luego parálisis, de los intestinos, corazón, etc. Convulsiones, con la cabeza firmemente jalada hacia atrás. Sacudidas a través del cuerpo. Temblores. Desvanecimientos. Casos peligrosos y atormentantes con cambios rápidos. Dolores que < con el calor. Emaciación excesiva espasmo en los músculos de la espalda y mejillas. Paso lento y arrastrante, inseguro, con dificultad para ascender escaleras. Angina de pecho con esclerosis coronaria y tensión alta. Sensación de mareo. Tétanos. Parálisis de los esfínteres. Se escurre en la cama. Efectos de una insolación. Paliativo de los piquetes de abeja y mordeduras de mosquito.²⁴

En el área referente al corazón se describe: Palpitación violenta < acostándose sobre el lado izquierdo. Sacudida alrededor del corazón. Angina de pecho, con náusea, sudor frío y colapso. Ritmo cardíaco inestable. Dilatación aguda causada

por shock o ejercicio físico. Pulso como hilo, intermitente; como cuerda dura; imperceptible.

Los criterios unicistas prefieren indicar estos remedios en forma de uno solo a la vez, aunque existen otras corrientes, como la pluralista y la complejista. En este último caso se incluye la prescripción de un remedio que en un solo frasco contenga varios remedios que tengan una acción similar.²⁴

MÉTODO

Contexto y clasificación del estudio

Se realizó un estudio cuasiexperimental de intervención sin grupo control; con el objetivo de evaluar los resultados del efecto hipotensor de un remedio homeopático complejo en la Urgencia hipertensiva administrado en dosis de ataque, en pacientes con hipertensión arterial que acudieron a los cuerpos de guardia de Medicina Natural y Tradicional de policlínico “Máximo Gómez Báez” y el Hospital Clínico Quirúrgico “Lucia Íñiguez Landín” en el periodo comprendido de mayo 2018 a marzo 2020.

Universo y muestra

El universo estuvo conformado por 121 pacientes que acudieron a los cuerpos de guardia de Medicina Natural y Tradicional del Policlínico “Máximo Gómez Báez” y el Hospital Clínico Quirúrgico “Lucia Íñiguez Landín” en el periodo antes mencionado, ya sea remitidos o espontáneamente por cualquier motivo de consulta, y que presentaron cifras elevadas de tensión arterial. La muestra estuvo conformada por 82 pacientes luego de que 9 pacientes abandonaran el tratamiento y otros 5 estuvieron intranquilos, ansiosos o no cooperaron, el resto de los pacientes fue tratado con el remedio homeopático.

Criterios de inclusión:

- ✓ Pacientes con 20 años de edad y más.
- ✓ Firma del consentimiento informado.
- ✓ Diagnóstico clínico de cifras tensionales elevadas

Criterios de exclusión:

- ✓ Enfermedades psiquiátricas descompensadas.
- ✓ Enfermedades crónicas descompensadas.

- ✓ Embarazo, puerperio y lactancia.
- ✓ Lesiones en la lengua o la mucosa oral.
- ✓ Intolerancia, adicciones u otras razones que desaconsejen el empleo de la solución hidroalcohólica.

Criterios de salida

- ✓ Empeoramiento del cuadro clínico inicial (dado por elevación de las cifras de tensión arterial o empeoramiento de los síntomas)
- ✓ Pacientes con enfermedades neoproliferativa.
- ✓ Deseo expreso de no continuar con el tratamiento

Operacionalización de las variables

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

- Variable: Edad.

Clasificación: variable cuantitativa continua.

Escala:

- 20 a 29.
- 30 a 39.
- 40 a 49.
- 50 a 59.
- 60 a 69
- 70 y más

Definición operacional: según los años cumplidos en el momento del estudio.

- Variable: sexo.

Clasificación: es cualitativa nominal dicotómica.

Escala: según sexo biológico: masculino y femenino.

VARIABLES CLÍNICAS

- Variable: Grado de hipertensión arterial
 - Grado I
 - Grado II
 - Grado III

Clasificación: Cualitativa ordinal

Definición: Según la clasificación de la Hipertensión en la guía para la prevención, diagnóstico y tratamiento

- Variable: Síntomas y signos
 - Cefalea
 - Taquicardia (es cuando la frecuencia cardíaca está por encima de 100 latidos por minutos)
 - Disnea (es cuando la frecuencia respiratoria se encuentra por debajo de 12 respiraciones por minuto)
 - Rubicundez facial

Clasificación: Cualitativa nominal politómica

- Variable: evaluación del resultado del tratamiento

Eficaz: si consigue disminuir las cifras que estuvieron elevadas hasta llevarlas a la normalidad, así como eliminar todos los síntomas referidos.

Parcialmente eficaz: si existió al menos una de estas condiciones: que se consiguiera disminuir las cifras tensionales, pero sin que lleguen a la normalidad, o que se logró eliminar solo algunos de los síntomas, o disminuirlos.

Ineficaz: cuando no se logró disminuir la tensión arterial a los valores normales ni la desaparición de los síntomas acompañantes.

Clasificación: es cualitativa ordinal.

Definición: seguimiento que se le da al paciente durante el tiempo del tratamiento y luego de concluido el mismo

Para la evaluación clínica se tuvo en cuenta los síntomas y signos, antes y después del tratamiento

Métodos

Métodos Empíricos:

Observación: se empleó en el examen físico de los pacientes que acudieron a los cuerpos de guardia de Medicina Natural y Tradicional de policlínico “Máximo Gómez Báez” y el Hospital Clínico Quirúrgico “Lucia Íñiguez Landín”.

Análisis Documental: para el estudio de documentos normativos, búsquedas bibliográficas en Internet, página Web, textos básicos, revistas y artículos científicos publicados recientemente acorde al estudio.

Métodos Teóricos:

Deductivo-Inductivo: para inferir en los resultados obtenidos de cada investigación, así como para reagrupar toda la información obtenida y precisar el estado actual del problema y su comportamiento.

Hipotético-Deductivo: Se empleará en la prueba de hipótesis y en la particularización de los resultados.

Técnicas y procedimientos:

La toma de la tensión se realizó tomando como referencia el procedimiento establecido por la Organización Mundial de la Salud. El paciente se colocó en reposo durante cinco minutos antes de la medición, en caso de que no lo estuvo ya en la sala de espera. No debió haber fumado o ingerido cafeína por lo menos 30 minutos antes de la medición. Se colocó en posición sentado con el brazo apoyado. El manguito de goma del esfigmomanómetro debió cubrir los dos tercios del brazo derecho desnudo. Se insufló el manguito, se palpó la arteria radial y se continuó inflando hasta 30 mmHg por encima de la desaparición del pulso. Se colocó el diafragma del estetoscopio sobre la arteria braquial en la fosa antecubital y se desinflará el manguito, descendiendo la aguja lentamente. El primer sonido (Korotkoff 1) se consideró la tensión arterial sistólica y la tensión arterial diastólica la desaparición del mismo (Korotkoff 5). Se efectuó dos lecturas separadas por dos minutos. Cuando la diferencia de las mismas difirió en cinco mmHg se efectuó una tercera medición y se promediarán las mismas. Se verificó en el brazo contralateral y se tomó en cuenta la lectura más elevada.¹²

Todos los casos, por el solo hecho de presentar cifras elevadas de tensión arterial, fueron considerados como universo del estudio.

No se pretendió iniciar con un proceso de diagnóstico, ni comenzar o rectificar un tratamiento habitual de la enfermedad. Solo se realizó una intervención de urgencia para evaluar si el tratamiento que se aplicó consiguió ser eficaz en la disminución de las cifras elevadas detectadas en ese momento.

Previamente se les solicitó el consentimiento informado (Anexo I), se llenó la Planilla de Recolección de Datos a cada paciente de este estudio.

El jefe del proyecto encargó en la Farmacia Provincial de Homeopatía y Terapia Floral la elaboración de un remedio homeopático complejo que incluyó: *Aconitum napellus (6CH)*, *Baryta carbonica (6CH)*, *Coffea cruda (6CH)* y *Tabacum*

(6CH). De igual forma, se solicitó un frasco el cual contenía estos remedios. En la elaboración de este frasco se emplearon las normas establecidas en la Farmacopea y Farmacodinamia vigentes en Cuba y se realizaron los controles de calidad establecidos. Este fue rotulado con etiqueta, dejando constancia escrita en un documento legal del remedio homeopático complejo. Se encontró almacenado en el local sede del estudio, en condiciones apropiadas, alejados de fuentes de luz, calor, electricidad y olores fuertes. A medida que vaya siendo consumido, se fueron solicitando frascos similares al mismo centro productor.

Una vez que cada paciente se incluyó en el estudio se procedió a realizar el tratamiento homeopático en forma de dosis de ataque. A consideración del autor los pacientes se colocaron sentados, con la cabeza recostada en el respaldo de la silla, con la boca abierta y la lengua hacia atrás. Recibieron la administración de cinco gotas sublinguales del contenido del frasco. Al cerrar la boca, retendrán el remedio por unos segundos antes de tragarlo junto a la saliva. Este proceso se repitió cada cinco minutos durante 30 minutos, o pudiera terminar antes, si se consigue el descenso de la tensión arterial a valores normales (menos de 140mmHg de tensión sistólica y menos de 90 mmHg de tensión diastólica).

La tensión arterial fue medida antes del tratamiento, durante la misma (a los 20 minutos de iniciada) y al finalizar esta (a los 30 minutos de iniciada). En los minutos 20 y 30, en que corresponde la medición, primero se midió y solo luego se administró la dosis correspondiente, porque si las cifras estuvieran normales, esta dosis ya no sería necesaria.

Cada vez que se realizó una medición se le preguntó al paciente sobre la disminución o desaparición de cada uno de los síntomas asociados que refirió al inicio, así como si ha existido aparición de algún síntoma nuevo o diferente. El jefe del proyecto, o en su ausencia el sustituto, fue anotando en la Planilla de recolección de datos los resultados individuales (Anexo II)

Obtención de la información

Los datos se recolectaron y se vaciaron en una planilla, se confecciono una base de datos Microsoft Excel. La Prueba de comparación de proporciones se realizó en el paquete estadístico Epidat versión 4.2.

Métodos estadísticos

Se utilizó el procesamiento de la información, la estadística descriptiva a través de frecuencia absoluta y porciento.

Además se utilizó la Prueba de comparación de proporciones considerando que los resultados son estadísticamente significativos si $p \leq 0,05$. Se tuvo en cuenta un nivel de confianza del 95% para la siguiente prueba de hipótesis:

Ho: El uso del complejo homeopático no produce diferencias estadísticamente significativas en las proporciones de los pacientes hipertensos según síntomas y signos que presenten.

H1: El uso del complejo homeopático produce diferencias estadísticamente significativas en las proporciones de los pacientes hipertensos según síntomas y signos que presenten.

Los resultados fueron expuestos en tablas estadísticas para su mejor comprensión.

Consideraciones éticas

El presente estudio se realizó bajo la aprobación del Comité de Ética del Policlínico Máximo Gómez Báez y su ejecución cumplió con los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki (1984), modificada en 2008. Se tuvo en cuenta la firma del consentimiento informado. La información se obtuvo para ser utilizada sólo con fines investigativos.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Tabla 1 Distribución de pacientes estudiados según edad

Edad	No	%
20-29	3	3.66
30-39	12	14.63
40-49	24	29.27
50-59	27	32.93
60-69	9	10.97
70 y más	7	8.54
Total	82	100.00

Fuente: Datos primario del autor

Al analizar la distribución de pacientes hipertensos según grupos de edades (tabla 1) se evidenció un predominio de grupo de edad de 50 a 59 años (32.93%).

Agudelo Flores reportó un predominio en el grupo de las edades entre 50 y 60 años (44,5%) seguido de los de 30 a 39 (37,5%, respectivamente).²⁸

Pérez Castillo coincide en que el mayor número de hipertensos se registran por encima de los 50 años de edad, lo que coincide los resultados de este trabajo. La mayoría de los estudios concuerdan en que la frecuencia de la HTA aumenta con la edad. Se ha visto que después de los 50 años casi el 50% de la población padece de HTA.²⁹

Similares resultados reportaron por Salazar Cuevas y colaboradores donde prevaleció en el sexo femenino, dado por 47 % y un predominio de pacientes entre 50 y 59 años para un 41%.³⁰

Diferentes resultados encontraron Ocampo Soto quien reportó que el grupo de edad de mayores de 60 años tuvo una prevalencia 3.4 veces más alta de HTA que el grupo de edad más joven (20 a 29 años), y se encontró una tendencia significativa por el efecto de la edad en la prevalencia de diagnóstico médico previo de HTA (8.8 veces más alta en el grupo de edad ≥ 60 años).³¹

Moré Chang refiere que la edad es un factor importante. En etapas tempranas (20 a 24 años) la prevalencia es superior a 10% y se incrementa con la edad hasta alcanzar cifras cercanas al 54% en el grupo de 65 o más.³²

El autor expone que esta patología aumenta su prevalencia a medida que aumenta la edad de la población, debido a que el sistema cardiovascular sufre grandes modificaciones patológicas y fisiológicas con el envejecimiento; en pacientes de estas edades, o sea, con el decursar de los años se hipertrofia más el músculo liso de los vasos sanguíneos con depósito de colágeno y de material intersticial, factores que provocan engrosamiento persistente de los vasos de resistencia.

El enfoque tradicional de este fenómeno es explicado por el agotamiento de la esencia vital (Díaz Mastellari) y por consiguiente, debilidad progresiva del YIN, debilitamiento del YANG de Riñón y Bazo y por consiguiente debilitamiento del MING MEN.³³

El envejecimiento provoca además el estancamiento de la sangre, de la energía o ambos a la vez, trastornos de la circulación de los líquidos corporales (JINYE), con la consiguiente acumulación de flema o humedad y debilitamiento de la energía defensiva (WEIQI), lo cual favorece el retardo de la curación.³³

El Riñón es el órgano depositario de la esencia de todos los órganos y las vísceras (ZANG-FU); cuando esta se consume, se agota la fuente de la vida.

Es el custodio de lo ancestral, por lo que el riñón nunca puede estar en plenitud, sino en estado normal o vacío. Con el transcurso de la vida se va desgastando paulatinamente .^{33, 34}

Tabla 2 Distribución de pacientes estudiados según sexo

Sexo	No	%
Femenino	39	47.60
Masculino	43	52.40
Total	82	100.00

Fuente: Datos primario del autor

Al analizar el sexo de los pacientes hipertensos (tabla 2), no se observaron diferencias significativas de acuerdo al sexo, con 47.60 % en el sexo femenino y 52.40 % en el sexo masculino.

Salazar Cuevas expuso en su investigación que los grupos que conformaron la muestra no arrojaron diferencias significativas, con excepción del sexo, por lo demás la muestra fue bastante homogénea.³⁰

Ocampo Soto muestra la distribución de los pacientes hipertensos hubo un predominio del sexo femenino.³¹

Moré Chang y colaboradores en relación al sexo no existieron diferencias importantes porque se comportaron de manera proporcional en cada grupo analizado, informan la proporcionalidad de ambos sexos, hay quienes difieren porque encuentran el 45% de hipertensos en mujeres y el 55% en los pacientes del sexo masculino.³²

Ochoa Bernal y colaboradores, describen que esta enfermedad es más frecuente en el hombre que en la mujer antes de los 40 años, luego se igualan o se desplazan a favor del sexo femenino, en este caso, dado por una disminución del contenido estrogénico del organismo, así como la asociación de toda una serie de factores neurohormonales que condicionan la aparición de diferentes grados de HTA.³⁵

La bibliografía expone que el sexo masculino tiene más predisposición a desarrollar hipertensión arterial que las mujeres, situación que se modifica cuando la mujer llega a la menopausia, ya que antes de esta posee hormonas protectoras que desaparecen en este periodo, a partir de ese momento la frecuencia se iguala, por lo tanto, la mujer debe ser más vigilada para esta enfermedad en los años posteriores de la menopausia.^{32,33}

El autor refiere que los hombres son más propensos que las mujeres a sufrir de hipertensión, hasta los 45 años. Entre los 45 y los 50, y los 55 y los 64, el riesgo de hipertensión es más o menos el mismo para hombres y mujeres. Tras los 64, las mujeres son mucho más propensas a tener hipertensión que los hombres, pues con la menopausia, la mujer se encuentra relativamente protegida frente a algunos eventos de salud desfavorables, relacionados con la hipertensión arterial y sus consecuencias, siempre y cuando se mantenga una función ovárica normal. Posterior a esta etapa, se reducen los efectos beneficiosos de los estrógenos que inducen a una vasodilatación tanto en las arterias coronarias como en las periféricas, asociado con el incremento del grosor de la pared ventricular y con la reducción del volumen sistólico que aumenta el riesgo de cardiopatía isquémica, infarto de miocardio e insuficiencia cardíaca.

Tabla 3 Distribución de pacientes estudiados según grado de hipertensión.

Grado de HTA	No	%
Grado I	21	25.60
Grado II	25	30.50
Grado III	36	43.90
Total	82	100.00

Fuente: datos primario del autor

Al analizar el grado de hipertensión (tabla 3), de los pacientes estudiados se evidenció un predominio de los pacientes con hipertensión grado III 43.90 %.

Domínguez Montero reportó similares resultados con niveles de presión arterial entre Grado II y III en pacientes (47.5 %). De ellos niveles de presión grado II representó el 70 %.⁴⁶Concordando con lo publicado por Tamayo Blanco y colaboradores con un predominio también la moderada ellos plantean que los pacientes con hipertensión arterial esencial de grado II o III son una minoría dentro de la población de hipertensos en general.³⁶

Diferentes resultados al de esta investigación reportó Tamayo Blanco en su estudio refiere un predominio de la hipertensión arterial grado I (69,6 %).⁴⁷concordando con la clasificación más frecuente dada por Rodríguez Aguilera en su serie resultó ser la hipertensión ligera, quienes opinan que esa categoría puede afectar a 25 % de la población del planeta.³⁷

Tabla 4 Distribución de pacientes estudiados según síntomas y signos

Síntomas	Antes		Después		Prueba de comparación de proporciones	
	No	%	No	%	Estadístico Z	p
Cefalea	39	47.56	10	12.20	4,77	0,00
Taquicardia	20	24.39	9	10.98	2,04	0,04
Rubicundez facial	11	13.41	5	6.10	1,31	0,18
Disnea	5	6.10	3	3.66	0,36	0,71

Fuente: datos primario del autor n=82 NC: 95% p≤0,05

La tabla 4, muestra la distribución de pacientes estudiados según síntomas de la hipertensión, se evidenció que la cefalea fue el síntoma que predominó en la mayor cantidad de pacientes para un 47.56% al inicio del tratamiento y un 12.20 después.

Se produjo la desaparición de la cefalea y la taquicardia en la mayor parte de los pacientes hipertensos que acudieron a los cuerpos de guardia de Medicina Natural y Tradicional con el empleo del complejo homeopático. Al comparar las proporciones de los pacientes que presentaron este síntoma y signo respectivamente en los momentos antes y después de la aplicación de este tipo de tratamiento se obtienen resultados estadísticamente significativos con una p=0,00 (Cefalea) y p=0,04 (Taquicardia).

Rodríguez Aguilera en su estudio presentó cefalea severa como síntoma predominante en los pacientes hipertensos.³⁸

Ricardo Feria en su estudio también expone la cefalea como principal síntoma y refiere que el 40 % de los pacientes estudiados eran asintomáticos, lo que es muy frecuente.³⁹

Otros autores señalan que los pacientes estudiados refirieron palpitaciones, irritabilidad, insomnio, trastornos de la personalidad y disnea, los cuales orientan hacia una HTA secundaria en dependencia de la intensidad con que se presenten. La visión en candelillas, el zumbido de oídos y los vértigos, son síntomas clásicos asociados a la HTA.³⁸ Síntomas no encontrados en este estudio.

La bibliografía consultada expone la HTA es una enfermedad con una sintomatología inespecífica y aunque los síntomas y signos que la acompañan varían, están en relación con el tipo de hipertensión y el estadio en que se encuentra la enfermedad.⁴⁰

El autor expone que la cefalea es un síntoma constante y habitualmente se presenta en horas de la mañana con localización suboccipital, orbitaria o frontal; en ocasiones despierta al paciente o aparece durante el sueño, o incluso simula una migraña, en cuyo caso se hace pulsátil y se acompaña de náuseas, vómitos y fotofobia. La presencia de una cefalea intensa acompañada de manifestaciones neurológicas (trastornos de la conciencia, estupor, convulsiones o signos de focalización neurológica) permite sospechar una complicación cerebrovascular.

Tabla 5 Distribución de pacientes estudiados según resultado del tratamiento

Resultados del tratamiento	No	%
Eficaz	38	46.30
Parcialmente eficaz	14	17.10
Ineficaz	30	36.60
Total	82	100.00

Fuente: datos primario del autor

Al evaluar la eficacia del tratamiento (tabla 5), se evidenció que el mismo fue eficaz en la mayoría de los pacientes para un 46.30%.

Moré Chang y colaboradores mostraron la efectividad de la terapéutica en los diferentes grupos de tratamiento a través de la observándose que en los pacientes que recibieron tratamiento homeopático fue más eficaz el método: *Glonoinum*, 24 pacientes (80 %); *Phosphorus*, 12 pacientes (70.6%).³²

Las terapias naturales permiten lograr un potencial curativo extraordinario y ser utilizadas en primera línea. Estos resultados coinciden con los reportes de Ochoa Bernal, y colaboradores, que obtuvieron una importante mejoría clínica de la tensión arterial en los pacientes tratados con remedios homeopáticos.³⁵

En nuestra investigación se reafirma lo señalado por Salcines Pereira que propone tratamiento homeopático como el remedio más eficaz en la HTA. No obstante, toda terapéutica no es totalmente eficaz a pesar de los esfuerzos que se pongan en ella y aunque el remedio homeopático haya sido seleccionado correctamente, el éxito puede correr peligro cuando “La causa fundamental de la enfermedad permanece y en la vida del enfermo existe una circunstancia que debe ser eliminada.”⁴¹

El autor expone que los remedios homeopáticos utilizados estimulan el sistema defensivo del organismo, contribuyendo a elevar el nivel general de salud del paciente, capacitándolo para prevenir las enfermedades y demuestran la utilidad de los medicamentos homeopáticos en la HTA que es abordada empleando tanto los medicamentos que cubren la constitución del paciente como aquellos útiles solo para el cuadro agudo del momento.

CONCLUSIONES

Se evidenció un predominio de grupo de edad de 50 a 59 años. El mayor número de pacientes tenía hipertensión grado III. El remedio homeopático complejo resultó un tratamiento efectivo pues logró reducir las cifras tensionales. No se observaron reacciones adversas.

RECOMENDACIONES

Se recomienda implementar el uso de este remedio homeopático complejo en otras áreas de salud ,con el objetivo de mejorar la calidad de vida en estos pacientes. En futuros estudios usar no solo la estadística descriptiva sino también métodos estadísticos inferenciales

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Álvarez Sintés, R. Temas de Medicina General Integral. Principales Afecciones del Individuo en el contexto familiar y social. La Habana: Ed. Ciencias Médicas: 2001.p. 517-530.
2. Orellana D, Chacón K, Quizhpi J, Álvarez M. Estudio Transversal: Prevalencia de Hipertensión Arterial, Falta de Adherencia al Tratamiento y Factores Asociados en Pacientes de los Hospitales José Carrasco Arteaga y Vicente Corral Moscoso. RevMed HJCA. [Internet]. 2016 [Citado 2 mar 2020]; 8(3): 252-258. Disponible en: <http://revistamedicahjca.med.ec/ojs/index.php/RevHJCA/article/view/200>
3. Anuario Estadístico de Salud 2019. 48 ed. [Internet]. La Habana: Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud; 2020[Citado 17 may 2020]. Disponible en: www.sld.cu/sitios/dne/
4. Boschmonar R. Hipertensión arterial: ¿por qué otra vez? [Internet]. 2016 [Citado 2 mar 2020]: [Aprox 10 p]. Disponible en: <http://www.sld.cu/saludvida/adulto/temas.php?idv=2045>
5. Roca Goderich, R., Smith Smith, V., Paz Presilla, E. [y otros].Hipertensión arterial. En: Temas de Medicina Interna. Roca Goderich, R.; Smith Smith, V. 3T.La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2002.
6. Tintinalli JE (edit.) .TintinalliEmergency Medicine .A ComprehensiveStudy Guide . American Colleague of EmergencyPhysicians –McGraw –Hill Education, USA , 2016 (8TH ED.) ,2173 pp.
7. Jorge P. Alfonso Guerra .Hipertensión Arterial .En: Usted puede controlar su hipertensión arterial. Jorge P. Alonso Guerra. 1T. La Habana: Editorial Científico –Técnica ;2010
8. Leonel AA, Castillo Nájera F, Sánchez Ahedo R, Campos Ramos OE, Papaqui Hernández J, Figueroa Acebo G. Homeopatía como tratamiento complementario en la Hipertensión Arterial en un Centro de Salud.

- [Internet]. 2016 [citado 23 Abr 2020]; 17(1): [Aprox 10 p]. Disponible en: <http://www.revista.unam.mx/vol.17/num1/art09/art09.pdf>
9. Rivero Canto O, Martínez Rivero A, Muñoz Escobar EM. Hipertensión Arterial. Prevalencia y factores de riesgo en la población de un consultorio de Morón. Convención Internacional de Salud, Cuba. Salud. [Internet]. 2018 abr [citado 2 Ene 2020]. Disponible en: <file:///C:/Users/MyUsers/AppData/Local/Temp/364-2940-1-PB.pdf>
 10. Marcos García A, Santana Álvarez J, Rodríguez de la Rosa G. Efectividad de la homeopatía en la hipertensión arterial primaria en adultos según diagnóstico tradicional. Rev. ArchMed Camagüey. [Internet]. 2017 [citado 23 Abr 2020]; 21(1): [Aprox 9 p]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v21n1/amc050117.pdf>
 11. Benet RM, Morejón GA, Espinosa BAD, Landrove OO, Peraza AD, Orduñez GPO Factores de riesgo para enfermedades crónicas en Cienfuegos, Cuba 2010. Resultados preliminares de CARMEN II. Finlay[Internet] . 2017[Citado 20 mar 2020]; 7 (1): [Aprox 12 p]. Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=70172>
 12. Hipertensión Arterial. Guía para la prevención, diagnóstico y tratamiento. / Comisión Nacional Técnica Asesora del Programa de Hipertensión Arterial. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008.
 13. Goldman L Schafer AI. Goldman –Cecil .Tratado de Medicina Interna. Elsevier España SLU .2017 (25ª ed), 30393 pp.
 14. MelmedS ,Polonsky KS, Larsen PR, Kronenberg HM. Williams. Textbook of Endocrinology. Elsevier Inc., USA, 2016 (13th ed.), 1872 pp.
 15. Kasper DL, Fauci A.S, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, Loscalzo J. Harrison's Principles of Internal Medicine. McGraw-Hill Education, USA, 2015(19th ed.), 3983 pp.
 16. Warrel DA, Cox TM, Firth JD. Oxford Textbook of Medicine. Oxford University Press, UK, 2010 (5th ed.), 5518 pp.

17. Munjal YP (Ed.). Textbook of Medicine of Physicians of India (API)- JaypeeBrothers Medical Publishers (P) Ltd., India, 2012 (9th ed.), 2086 pp.
18. Zubeldia Lauzurica, Quiles Izquierdo J, Mañes Vinuesa J, Redón Más J. Prevalencia de hipertensión arterial y factores asociados en población de 16 a 90 años de edad en la Comunitat Valenciana. RevEsp Salud Pública. [Internet]. 2016 abr [citado 2 Ene 2020]; 90 (1): e1-e11. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/resp/2016.v90/e40006>
19. Gonzales CAF. Manejo integral del paciente hipertenso. Sociedad Mexicana para el Estudio de la Hipertensión, México, 2008 (1ª ed.), 107 pp.
20. Gulias HA (comp.). Manual de Terapéutica médica y procedimientos de Urgencias. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zurbiran-McGraw-Hill, México, 2011 (6ª ed.), 018 pp.
21. Tannier L. Materia Médica Homeopática. 15 ta Ed. México: Editorial Porrúa; 2000
22. Rodríguez de la Rosa Graciela, Pino García Anais, Seoane Pérez Niuvis. La medicina tradicional y natural camagüeyana: logros y deficiencias. AMC [Internet]. 2015 Jun [citado 2020 Jul 17]; 19(3): 297-306. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552015000300013&lng=es
23. Hahnemann. Doctrina Homeopática Órganon del Arte de Curar. 2001.
24. Jacques J. Nociones Fundamentales De Terapéutica Homeopática; 1987.
25. Paschero TP. Homeopatía. 5 ed. Buenos Aires: 1991.
26. Tratamiento homeopático y convencional de la urgencia hipertensiva.docxmec201d.pdf <https://www.medigraphic.com/pdfs/medicade/centro/mec-2020/mec201d.pdf> Policlínico Universitario “Marta Abreu”, Santa Clara, Villa Clara, Cuba Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara, Santa Clara, Villa Clara.

27. Campos-Nonato I, Hernández-Barrera L, Rojas-Martínez R, Pedroza-Tobías A, Medina-García C, Barquera S. Hipertensión :prevalence, early diagnosis, control and trends in Mexican adults. *Salud Pública Mex.* [Internet]. 2018 [citado 2020 May 31]; 55 (suppl 2):S144-S150. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24626690>
28. Agudelo Flores HO. Uso de la homeopatía como coadyuvante en el manejo de la hipertensión arterial de leve a moderada en pacientes adultos en consulta externa del hospital. [Tesis]. Colombia: Universidad Nacional De Colombia; 2009. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/11057795.pdf>
29. Pérez Castillo O. Homeopatía y Terapia Floral en pacientes con Hipertensión Arterial no controlada. *Rev Sedibac.* [Internet]. 2013 [citado 2 Ene 2020]. Disponible en: https://sedibac.org/wpcontent/uploads/2013/03/tema_homeopatia_hipertension_arterial_no_controlada.pdf
30. Salazar Cuevas JG. Tratamiento de la Hipertensión Arterial con Acupuntura. [Tesis]. Holguín: Universidad Médica de Holguín; 2011. Disponible en: tesis.hlg.sld.cu
31. Ocampo Soto B, Momplet Pérez VM, Puerto Díaz M, Carrillo Pérez RA, Castro Gutierrez M, Salazar Torres L. Tratamiento homeopático y convencional de la urgencia hipertensiva. *Acta Médica del Centro.* [Internet]. 2020 ene-may [Citado 15 jul 2020]; 14(1). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php>
32. Moré Chang CX, Cabrera Hernández A, Blanco Ramos C, Morón Vázquez AM, Junco Bringa D, Hernández Moré EJ. Miniguía homeopática para instruir sobre el tratamiento de la hipertensión arterial. *EDUMECENTRO* [Internet]. 2018 Oct-Dic [citado 16 Feb 2020]; 10(4):139-149. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-28742018000400009&lng=es&nrm=iso&tlng=es

33. Marcos Díaz Masterallis .Medicina Natural y Tradicional .Filosofía ,Teorías ,Etiopatogenia, Sindromología y Esquemas de Tratamiento.Marcos Diaz Masterallis. 1P. La Habana : Editorial Política , 2007
34. Álvarez, A. Acupuntura: Medicina Tradicional Asiática. Ciudad de la Habana: Capitán San Luis; 2002.
35. Ochoa Bernal F, Ruiz Hernández A, Searcy Bernal R. Control de la tensión arterial elevada con Lachesis muta 200 c, en el servicio de urgencias del Hospital Nacional Homeopático. Boletín Mexicano de Homeopatía. [Internet]. 1995 [citado 16 Feb 2020]; 28(2):48-53. Disponible en:<http://scielo.sld.cu/scielo.php>
36. Domínguez Montero G, Betancourt Valladares M, Fajardo Tornes YL, Abreu Agramante RE, Barciela Calderón J, Reyes Fundora H. Tratamiento homeopático y convencional de la hipertensión arterial. RevMed Homeopatía [Internet]. 2016 May-Ago [citado 2 Ene 2020]; 9(2):53-58. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-homeopatia-287-articulotrataamiento-homeopatico-convencional-hipertension-arterial-S1888852616300248>
37. Tamayo Blanco Y, Lomba Vernet M, Buckerige Campo B, Díaz Rosales R, Collado Montes de Oca M. Tratamiento homeopático en pacientes hipertensos de preoperatorio de urgencia. Revista Información Científica. [Internet]. 2011 abr-jun [Citado 20 feb 2020]; 70 (2). Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=551757297017>
38. Rodríguez Aguilera DM. Tratamiento digitopuntural para la Hipertensión Arterial descompensada en el adulto. [Tesis]. Holguín: Universidad de Ciencias Médicas; 2010. Disponible en: tesis.hlg.sld.cu
39. Ricardo Feria E. Utilización del captopril y nifedipino en las urgencias hipertensivas, cuerpo de guardia Hospital Lenin, marzo 2013- 2014. [Tesis]. Holguín: Universidad de Ciencias Médicas de Holguín; 2015. Disponible en: tesis.hlg.sld.cu

40. Pérez Caballero MD, León Álvarez JL, Dueñas Herrera A, Alfonzo Guerra JP, Navarro Despaigne DA, de la Noval García R, et al. Guía cubana de diagnóstico, evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial*. Rev Cubana Med [Internet]. 2017 Dic [citado 2 Ene 2020];56(4):242-321. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232017000400001&lng=es&nrm=iso&tlng=es
41. Salcines Pereira L. Homeopatía como tratamiento de la Hipertensión Arterial, CMF 37. Facultad Ciencias Médicas de Artemisa; 2016. Disponible en: tesis.sld.cu
42. Basurto-Zambrano XA. Caracterización de la hipertensión arterial en pacientes adultos de la ciudad de Manta. Dom Cien [Internet]. 2016 oct. [Citado 20 ene 2020]; 2 (4): 51-59. Disponible en: <http://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/index>
43. Alfonso Príncipe JC, SalabertTortoló I, Alfonso Salabert I, Morales Díaz M, García Cruz D, Acosta Bouso A. La hipertensión arterial: un problema de salud internacional. RevMed Electrón [Internet]. 2017 Ago [citado 2 Ene 2020]; 39(4):987-994. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1684-18242017000400013
44. Espinosa Brito AD. Hipertensión arterial: cifras para definirla al comenzar 2018. RevFinlay [Internet]. 2018 Mar [citado 16 Feb 2020];8(1):66-74. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342018000100008&lng=es
45. Vidalón Fernández A. Hipertensión Arterial: una introducción general. Acta Méd Peruana [Internet]. 2006 May-Ago [citado 2 Ene 2020]; 23(2):67-68. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172006000200004
46. Arbe G, Pastor I, Franco J. Aproximación diagnóstica y terapéutica de las crisis hipertensivas. MedClin [Internet]. 2018 Abr [citado 16 Feb

- 2020];150(8):317–322. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articuloaproximacion-diagnostica-terapeutica-crisis-hipertensivas-S0025775317308229>.
47. Fonseca Reyes S. Hipertensión arterial severa en urgencias. Una evaluación integral. *MedIntMéx* [Internet]. 2014 [citado 2 Ene 2020]; 30:707-717. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2014/mim146j.pdf>
48. Santamaría R, Gorostidi M. Urgencias y emergencias hipertensivas. *Hipertens Riesgo Vasc* [Internet]. 2017 Ene [citado 2 Ene 2020]; 34(Supl 2):35-38. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1889183718300746>
49. Troche Valdés M, Estrada Padrón M, Quevedo Martínez M. Hipertensión Arterial, enemigo silencioso en los adolescentes. *Rev Ciencias Médicas*. [Internet]. 2018 [citado 2 Ene 2020]; 22(3). Disponible en: www.revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/3432
50. Prieto Peña AI, Portilla Pérez CM, Duque Reyes AM, Prieto Peña CJ, Trujillo Ricaño M. Prevención y control de la hipertensión arterial en estudiantes de la escuela “Antonio Rodríguez”. Colón 2016. [Internet]. 2018 [citado 2 Ene 2020]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedele/me-2018/me182h.pdf>
51. Rosas Peralta M, Borraro Sánchez G. Impacto de los nuevos criterios para diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial sistémica sugerida por la *American College of Cardiology/American Heart Association*. *GacMedMex*. [Internet]. 2018 [citado 2 Ene 2020];154:633-37. Disponible en: https://www.anmm.org.mx/GMM/2018/n6/GMM_6_18_633-637.pdf
52. González BZ, Sierra VP, Martínez JIV, Cardenas FP, Narvaez YV, Ramos LR, et al. Riesgo de hipertensión arterial en población adulta en Matamoros, Tamaulipas, México. *JournalHealth NPEPS*. [Internet]. 2018 jul [citado 2 Ene 2020]; 3(2):368-379. Disponible en: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/02/980851/2971-11071-1-pb.pdf>

53. Zubeldía Lauzurica, Quiles Izquierdo J, Mañes Vinuesa J, Redón Más J. Prevalencia de hipertensión arterial y factores asociados en población de 16 a 90 años de edad en la Comunitat Valenciana. *RevEsp Salud Pública*. [Internet]. 2016 abr [citado 2 Ene 2020]; 90 (1): e1-e11. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/resp/2016.v90/e40006>
54. Lee Torres C. Homeopatía, medicina del futuro. 3 ed. Caracas: Galea; 1996. p. 97.
55. López González I, Pérez González M, Artilés López L. La homeopatía como modalidad terapéutica en América: un recuento histórico necesario. *EDUMECENTRO* [Internet]. 2016 [citado 25 Mar 2020]; 8(supl 1):[aprox. 14 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-8742016000500007
56. Dovale Borjas, C.; Washington Rosell, P. Elementos de medicina bioenergética. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001.
57. Alfonso Príncipe JC, SalabertTortoló I, Alfonso Salabert I, Morales Díaz M, GarcíaCruz D, Acosta Bouso A. La hipertensión arterial: un problema de salud internacional. *RevMed Electrón* [Internet]. 2017 Ago [citado 2 Ene2018];39(4):987994. Disponible http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1684-18242017000400013
58. Tratamiento homeopático y convencional de la hipertensión arterial | *Revista Médica de Homeopatía* <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-homeopatia-287-articulo-tratamiento-homeopatico-convencional-hipertension-arterial-S1888852616300248Vol.9.Núm.2>
59. Boericke W. Homeopathic Materia Medica [en línea] E.U.A, 2000. <<http://homeoint.org/boericke/book/boericke.ingles.htm>>. [consulta:27 abr 2006].
60. Candegabe ME, Carrara HC. Aproximación Práctica y proceso de la Homeopatía Pura, Argentina: [S.L.], 2002.
61. *Revista médica de Chile* versión impresa ISSN 0034-9887 *Rev. Méd Chile* v.130 n.3 Santiago mar. 2002 <http://dx.doi.org/10.4067/S00349887200200300013> Recomendaciones para el manejo de las crisis hipertensivas:

Documento de Consenso de la Sociedad Chilena de Hipertensión Arterial
Gloria Valdés ,Emilio Roessler

62. La-homeopatia-como-propuesta-valida-para-la-atencion-primaria-de salud.pdf https://www.researchgate.net/publication/262651419_La_homeopatia_como_propuesta_valida_para_la_atencion_primaria_de_salud/fulltext/5981da81a6fdcc3abd12354f/La-homeopatia-como-propuesta-valida-para-la-atencion-primaria-de-salud.pdf MSc. Mayra Noelia Riverón Garrote/ 2012.
63. Crisis hipertensivas: urgencia y emergencia hipertensiva Javier Sobrino Martínez, Mónica Doménech Fera-Carot, Alberto Morales Salinas, Antonia Coca Payeras <https://www.medwave.cl>
64. Lobo LN, Canuto R, Dias-Da-Costa JS, Pattussi MP. Tendencia temporal de la prevalencia de hipertensión arterial sistémica en Brasil. CadSaúde Pública [Internet]. 2017[Citado 20 mar 2020]; 33(6): e00035316. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00035316>.
65. Paredes JA, Sanz MG, Bottazi AR, Maurillo VR, Anci TM. Estudio clínico epidemiológico de la hipertensión arterial en el Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa-Perú. Hipertensión (Perú) 1997, 3.
66. Riverón Garrote M. La homeopatía como estrategia terapéutica. <http://bvs.sld.cu/revistas/res/vol14_1_01/res02101.htm. Revisado noviembre del 2011
67. Steven Bratman, MD. Medicina China: Una Tradición Curativa. Historia de la Medicina China. National Center for Alternative and Complementary Medicine National Institutes of Health. Disponible en: <<http://www.nccam.nih.gov/>> [Consultado junio 2008].
68. Schwartz, M. Medicina Tradicional China. Buenos Aires; 1992.

ANEXO I

Consentimiento Informado de participación en la Investigación: Evaluación del efecto hipotensor de un remedio homeopático complejo en la urgencia hipertensiva.

Yo, _____, participo voluntariamente en una investigación que tiene como objetivo presentar mi caso. Estoy dispuesto(a) a aportar los datos requeridos en la entrevista clínica, así como autorizo a que se me realice el examen físico necesario y los exámenes de investigación pertinentes, sobre los cuales se me ha informado convenientemente en qué consisten. Permito el uso de la información contenida en mi Historia clínica por parte de los investigadores, sabiendo que toda la información recogida se mantendrá reservada y es confidencial. Conozco que para obtener todos los elementos de mi caso es necesaria la realización de un interrogatorio, un examen físico completo, así como la realización de tratamiento que no implica daño para mi salud. Estos resultados tienen fines diagnósticos y curativos, por lo cual se me darán a conocer personalmente y se pondrán en manos del médico encargado de mi seguimiento en consulta. Estoy conforme con todo lo expuesto, y para que así conste, firmo a continuación expresando mi consentimiento.

Firma

Para que así conste firmo la presente en la ciudad de Holguín a los _____, días del mes de _____, de 2016.

Firma: _____

Firma: _____

ANEXO. II

FORMULARIO DE RECOGIDA DE DATOS

H.C No. _____

1. Edad: _____ años

2. Sexo: M_____ F_____

3. Cifras de TA_

Inicio:

20 min:

30 min:

4. Tipo de hipertensión arterial

- Sistólica_
- Diastólica_
- Sistodiastólica_

5. Síntomas y signos: (Al inicio) (A los 20 min) (A los 30 min)

- Cefalea
- Taquicardia
- Disnea
- Rubicundez facial

6. Reacciones adversas: (Al inicio) (A los 20 min) (A los 30 min)

- Náuseas
- Vómitos
- Dolor epigástrico
- Taquicardia
- Rash cutáneo

- Cólicos abdominales
- Otros

7. Resultado

- Eficaz _____
- Parcialmente Eficaz _____
- Ineficaz _____