

Universidad de Ciencias Médicas

Ciego de Ávila

Policlínico Docente Área Norte

*Título:* Variables clínicas de la HTA según la MNT en los  
combatientes del Minint de Ciego de Ávila 2015.

*Autora:* Dra. Mabel Rivero González.

Ciego de Ávila

2015

Universidad de Ciencias Médicas

Ciego de Ávila

Policlínico Docente Área Norte

*Título:* Variables clínicas de la HTA según la MNT en los  
combatientes del Minint de Ciego de Ávila 2015.

*Autora:* Dra. Mabel Rivero González.

Aspirante a especialista de primer grado en Medicina General Integral

*Tutora:* Dra. Yisell Rodríguez Reyes.

Especialista de 1er grado en Medicina General Integral.

Ciego de Ávila

2015

## **P E N S A M I E N T O**

*Si buscas resultados distintos, no hagas  
siempre lo mismo.*

***Albert Einstein, físico alemán***

## DEDICATORIA

A mi madre por permitirme llegar donde estoy y nunca se le agotan las  
fuerzas para guiarme por el camino del bien profesional.

## **A G R A D E C I M I E N T O**

A la Dra. Yisell por permitirme ser parte de su investigación para lograr  
mi superación científica como Médico General Integral.

Al profesor Maikel Hermida Rojas por su asesoramiento en esta  
investigación.

## RESUMEN

Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal con el objetivo de describir las variables clínicas de la Hipertensión arterial esencial según la Medicina Natural y Tradicional (MNT). Dentro de las variables utilizadas para la realización del estudio se encontraron la edad, el sexo, la raza, los factores patógenos que con mayor frecuencia se presentan en la enfermedad así como los síntomas y signos relacionados con la misma. El universo de estudio estuvo constituido por 100 pacientes que presentaron Hipertensión arterial esencial durante el periodo comprendido desde mayo de 2014 hasta mayo de 2015 pertenecientes a la delegación provincial del Minint de Ciego de Ávila a los que se le aplicaron los criterios de inclusión, exclusión y salida, quedando la muestra constituida por 85 pacientes. Para la recogida de los datos se utilizó una historia clínica confeccionada al efecto en el momento que asistieron los pacientes a consulta, donde se pudo observar que existió un predominio de la enfermedad en pacientes con edades comprendidas entre los 43-48 años, siendo el sexo femenino el más afectado y dentro de la raza, la blanca. El factor patógeno más frecuente fue el endógeno y el síndrome que predominó fue la hiperactividad del fuego de hígado. Los síntomas de mayor incidencia fueron la irritabilidad, el mareo, la cefalea y el tinnitus. Los signos más frecuentes fueron el pulso rápido, la lengua roja y la saburra amarilla y seca.

Palabras clave:

Hipertensión arterial esencial, medicina china y variables clínicas.

## ÍNDICE

|  |    |
|--|----|
| INTRODUCCIÓN                           | 1  |
| MARCO TEORICO                          | 6  |
| MATERIAL Y METODO                      | 21 |
| ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS | 25 |
| CONCLUSIONES                           | 36 |
| RECOMENDACIONES                        | 37 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS             | 38 |
| ANEXOS                                 |    |

## INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial (HTA), está considerada la enfermedad crónica más frecuente en la comunidad, la cual afecta a los individuos y a las poblaciones constituyendo un padecimiento casi generalizado. Esta enfermedad junto al resto de las enfermedades crónicas son el principal obstáculo en la prolongación de la vida. Además constituye un factor de riesgo importante para otras enfermedades como la cardiopatía isquemia, insuficiencia cardiaca, enfermedad cerebrovascular, insuficiencia renal, afecciones vasculares periféricas y de la retina. (1,2)

Esta enfermedad constituye uno de los problemas médicos-sanitarios más importantes de la medicina contemporánea en los países desarrollados y el control de la misma es la piedra angular sobre la que hay que actuar para disminuir, en forma significativa, la morbi-letalidad por cardiopatía coronaria, enfermedades cerebro-vasculares y renales. Por lo tanto, es inconcebible encontrar un país civilizado que no disponga de programas nacionales para el seguimiento y control de esta afección, que merma las estadísticas vitales en la etapa más productiva del ser humano. (1, 2,3)

A nivel mundial se producen cada año 15 millones de muertes causadas por enfermedades circulatorias de las cuales 7,2 millones son por enfermedades coronarias del corazón y 4,6 millones por enfermedad vascular encefálica, y en la mayoría de los fallecidos está presente la HTA. Una mirada al orbe delata que la enfermedad afecta a unos 10 millones de adultos en España, mientras la República Dominicana adiciona 2,5 millones, y unos 50 millones dependen de tratamiento en los Estados Unidos. (4, 5,6)

La prevalencia de hipertensión arterial en numerosos países, sobrepasa el 30% de la población adulta; de ellos solamente entre el 50 y 60% están advertidos de esa enfermedad; entre un 30 y 40 % son tratados y solo están controlados entre un 9 y 32% .

La HTA se asocia a tasas de morbilidad y mortalidad considerablemente elevadas, por lo que se considera uno de los problemas más importantes de salud pública, especialmente en los países desarrollados. Es una enfermedad que en ocasiones es asintomática y fácil de detectar; sin embargo, cursa con complicaciones graves

y letales si no se trata a tiempo. La hipertensión crónica es el factor de riesgo modificable más importante para desarrollar enfermedades cardiovasculares, así como para la enfermedad cerebrovascular y renal, por lo que en el año 1974 debido a la gran incidencia y prevalencia de la hipertensión arterial y a los avances alcanzados en nuestro sistema de salud la Organización Mundial de la Salud (OMS) invitó a nuestro país a participar conjuntamente con otros 13 países en un programa comunitario para el control de la hipertensión arterial (HTA). (8, 9,10)

El ministerio de Salud Pública dispone de programas nacionales para el seguimiento y control de esta afección. Mediante estos programas se ha logrado conocer la situación actual en Cuba donde se estiman 2 millones de hipertensos aproximadamente, además se precisa que del 30 al 33 % de los habitantes en zonas urbanas de Cuba reporta el padecimiento, sin descartar el 15 % de la rural. Por lo que son preocupantes los estragos del flagelo, si se toma en consideración que un cómputo importante desconoce que la padece. (8, 9,10)

La literatura ha descrito una serie de factores de riesgo relacionados con esta enfermedad como son: el estrés, la obesidad, el sedentarismo, el hábito de fumar, la dieta rica en grasas saturadas y sal, la raza, la herencia, la Diabetes Mellitus y la Hipercolesterolemia. (9,10)

En el país se han llevado a cabo una gran cantidad de acciones de salud para la prevención de esta enfermedad donde el médico y la enfermera de la familia juegan un rol protagónico en lograr cambios del estilo de vida que permitan modificar los factores de riesgo constituyendo esta la medida más importante, universal y menos costosa. El perfeccionamiento de la prevención y control es un desafío importante para todos los países lo cual debe de constituir una prioridad de las instituciones de salud, la población y los gobiernos. (9,10)

La provincia Ciego de Ávila ha reportado una prevalencia de esta enfermedad al cierre del año 2013 y principios del 2014 de 24% ; con un comportamiento similar en todos los municipios, no obstante, se considera que existe un gran número de hipertensos no detectados, muchos no tratados y similar cuantía no controlados. Cuando se tiene en cuenta esta situación es preciso continuar investigando sobre

el tema para trazar nuevas estrategias que permitan un mejor control y seguimiento de esta patología. (10, 11,12)

Como se ha descrito esta enfermedad puede modificarse logrando cambiar los estilos de vida de la población es por eso, la necesidad de que se tenga una adecuada percepción del riesgo y estar consciente de la gravedad que representa esta patología que constituye además un factor de riesgo importante para otras enfermedades de gran letalidad como la cardiopatía isquémica y la enfermedad cerebrovascular. (12)

Los valores normales de la presión arterial, actualmente, se consideran por debajo de 140-90 mm Hg y la tendencia es a seguir disminuyendo dichas cifras para evitar las complicaciones cardiovasculares y una mayor mortalidad.

Esta reducción de las cifras de presión arterial ha disminuido el número de pacientes controlados; por lo que urge trazar nuevas estrategias globales y comunitarias. (12,13)

La hipertensión arterial en la MNT se conoce como mareo o vértigo dado a la prevalencia de estos síntomas en los pacientes afectados y a la carencia de medios de detección de las cifras tensionales; no obstante, dada a la elevada incidencia de la hipertensión arterial en el mundo incluyendo los países asiáticos se hace necesario determinar clínicamente esta correlación. (13,15)

En China los síndromes que más prevalecen en la hipertensión arterial esencial son el exceso de yang de hígado, la agitación del viento interno de hígado y el ascenso del fuego de hígado. (15,18)

La investigación que se presenta se realizó en etapas, primeramente se realizó un análisis descriptivo de las variables que sirven para caracterizar a pacientes con diagnóstico de Hipertensión arterial esencial según: grupo de edades, sexo, raza, factores patógenos asociados a la Hipertensión arterial esencial según la MNT así como síntomas y signos asociados a la Hipertensión arterial esencial y su relación con los síndromes.

Justificación del estudio:

En los últimos años se observó un alza de hipertensión arterial en la provincia de Ciego de Ávila específicamente en los combatientes pertenecientes a la delegación provincial del Minint, donde se pudo observar a través de resultados estadísticos y la comparación establecida con años anteriores, una alta incidencia y prevalencia de hipertensión arterial, con elevadas tasas de morbimortalidad por dicha enfermedad, esto se debe según estudios realizados sobre la hipertensión arterial a múltiples factores entre los que se encuentran malos hábitos higiénico-dietéticos, el no cumplimiento del tratamiento médico así como los altos niveles de estrés a los que son sometidos estos pacientes, aun así y cuando se conoce sobre el tema y su repercusión en la sociedad no se logra controlar la aparición de nuevos pacientes con dicho padecimiento esto quizás se debe a que no existe un total conocimiento de la enfermedad basadas en otras ciencias que se encargan del estudio de patologías y sus tratamientos ejemplo de ello lo constituye la MNT la que desde un enfoque naturalista diagnostica y trata a sus pacientes. Dado que no existen investigaciones sobre las variables clínicas de la Hipertensión arterial esencial según la MNT y conociendo el problema que representa en el país específicamente en los combatientes del Minint de Ciego de Ávila se realiza este estudio novedoso y se plantea la siguiente pregunta de investigación:

Pregunta de la investigación:

¿Cuáles son las variables clínicas de la Hipertensión arterial esencial (HTA) según la MNT que aparecen con más frecuencia en los combatientes del Minint del municipio Ciego de Ávila?

Objeto de estudio:

Variables clínicas de la hipertensión arterial esencial según la MNT.

Este estudio constituye una investigación novedosa ya que no existen estudios precedentes realizados en el municipio de Ciego de Ávila que identifiquen las variables clínicas que con mayor frecuencia aparecen en la Hipertensión arterial según la MNT, lo que permitirá realizar una mejor labor preventiva sobre la

aparición de esta enfermedad para así lograr reducir la morbimortalidad a causa de la misma.

**OBJETIVOS:**

General: Describir las variables clínicas de la hipertensión arterial esencial según la MNT en los combatientes de la delegación provincial del Minint de Ciego de Ávila.

Específicos:

1. Caracterizar a la muestra en estudio según datos demográficos:

-Edad

-Sexo

-Raza

2. Determinar los factores patógenos que aparecen con más frecuencia en la enfermedad según tipo de síndrome.

3-Identificar los síntomas y signos más frecuentes para la enfermedad según el diagnóstico de la MNT.

## MARCO TEÓRICO

La HTA es un síndrome clínico cuantitativo dado por el aumento de las cifras tensionales tomadas en dos o más ocasiones en distintos momentos, el paciente en reposo por 10 o más minutos y no haber fumado 30 minutos antes, ni haber ingerido café u alcohol, sentado, en el antebrazo dominante (diestro o siniestro), no tener antecedentes patológicos personales de HTA e ingerir medicamentos hipotensores. La HTA puede ser a expensas de una elevación de la presión sistólica, diastólica o de ambas y dependen del gasto cardíaco y la resistencia vascular. (1, 5,6)

Los hipertensos leves y moderados son en su mayoría asintomático, un aproximado de 8 de cada 10 pacientes pasan inadvertidos, desconociendo que tienen la presión alta y es un hallazgo casual durante un examen médico. La cefalea es el síntoma más común pero tan frecuente en hipertensos como en normotensos, otros síntomas que pudieran presentarse son: sensación de calor en la cara y las orejas, ojos rojos con visión de candelillas, mareos, visión borrosa, zumbidos de oídos, náuseas y sensación de debilidad y cansancio. (6,7)

Clasificación de la HTA:

I-Según la causa:

➤ HTA esencial o Primaria: no se logra identificar la causa y representa un 90 % .  
HTA Secundaria: se debe a causas identificadas, entre ellas: enfermedades renales, trastornos endocrinos, coartación de la aorta (congénito), tumores supersecretores de sustancias con la capacidad de aumentar la presión arterial, etc. La mitad de las causas conocidas de HTA son por enfermedades renales o por la arteria que la irriga. (7,8)

II. Según las cifras para adultos de 18 años o más:

| Categoría             | Sistólica       | Diastólica      |
|-----------------------|-----------------|-----------------|
| Óptima                | Menos de 120    | Menos de 80     |
| Normal                | Menos de 130    | Menos de 85     |
| Normal alta           | Entre 130 y 139 | Entre 85 y 89   |
| Hipertensión          |                 |                 |
| Estadio I (ligero)    | Entre 140 y 159 | Entre 90 y 99   |
| Estadio II (moderada) | Entre 160 y 179 | Entre 100 y 109 |
| Estadio III (severa)  | ≥ 180           | ≥ 110           |

III-Según la repercusión orgánica (OMS):

- Estadio I: HTA sin señales objetivas de alteración orgánica.
- Estadio II: HTA con alteraciones ligeras, HVI, estrechamiento generalizado o focal de arterias retinianas, proteinuria o elevación ligera de creatinina.
- Estadio III: HTA con síntomas y signos de repercusión sistémica franca: insuficiencia ventricular isquémica, AVE, retinopatía hipertensiva grado III o IV, existencia de otras consecuencias menos directas de HTA (IMA, isquemia cerebral, aneurisma disecante, insuficiencia renal, etc. (9,10).

Factores de riesgo que favorecen la aparición de la HTA:

- Raza negra: la severidad y las complicaciones son mayores.
- Edad: se presenta con mayor frecuencia en pacientes de la tercera edad y es más común ver cifras sistólicas aumentadas con diastólicas dentro de límites normales.
- Sexo: más frecuente en los hombres ante de los 50 años, luego de esta edad las mujeres los alcanza llegando a sobrepasarlos ligeramente.

- Hábito de fumar: se ha demostrado que un cigarrillo aumenta la presión arterial alrededor de un 20 % y hacen disminuir la función vasodilatadora mediada por el endotelio vascular.
- Alcoholismo: aumenta la presión arterial de forma progresiva según el consumo.
- Dislipidemias: muy relacionadas como precursoras de la arterosclerosis
- Diabetes Mellitus: se halló HTA en el 66 % de los pacientes diabéticos de larga evolución.
- Historia familiar de enfermedades cardiovasculares.
- Stress.
- Status socioeconómicos y nivel educacional.
- Obesidad: en el estudio de Framingham se halló que el 78 % de los pacientes hombres con HTA son obesos y el 64 % de las mujeres (11).
- Sedentarismo: la inactividad física alcanzó un riesgo del 35 % de padecer de HTA (11-15).

Complicaciones: son proporcionales a las cifras de presión arterial (PA), en la HTA no tratada se reporta que un 50 % fallece de cardiopatía coronaria, el 33 % de apoplejía y el 10 al 15 % de insuficiencia renal (12,16).

Fisiopatología de la HTA: se conoce mucho acerca de las posibles causas que originan, pero no están bien definidas. Esencial es un término empleado en medicina que significa "no sabemos por qué". Primaria quiere decir que no tiene causa identificable.

Los mecanismos de regulación de la presión arterial se basan en teorías que pretenden explicar el origen de la HTA las que mencionaremos brevemente:

Teoría neurogénica: la presión arterial es el resultado de multiplicar el gasto cardíaco (GC) por la resistencia venosa (RV), si durante el esfuerzo aumenta el volumen sistólico, el gasto cardíaco y la presión arterial también aumentan. Hay estimulación de la inervación simpática cardíaca, que aumenta el número de latidos y la fuerza de contracción.

La estimulación de los nervios simpáticos produce vasoconstricción que provoca aumento inicial de la resistencia venosa con elevación de la presión arterial. Existen terminales nerviosas que al aumentar la presión arterial reducen la frecuencia cardíaca y producen vasodilatación refleja, regulando la presión arterial. Esto puede indicar que la HTA primaria se manifiesta inicialmente por elevación de la actividad simpática (17,18).

Teoría del sistema renina-angiotensina: los riñones regulan la presión arterial por su control sobre el agua y electrolitos (volumen sanguíneo), o por su capacidad de secretar renina. La renina es una enzima proveniente del tejido renal que al actuar sobre un componente de la sangre, da lugar a una sustancia que eleva la presión arterial, llamada angiotensina II, sustancia altamente vasoconstrictora; por acción de la enzima convertidora de la angiotensina (ECA) que además favorece la formación de la angiotensina II, aumentando la degradación e inactivación de la bradicinina (hormona que libera óxido nítrico el cual causa disminución de la presión arterial). En resumen cualquier trastorno del mecanismo regulador de este sistema que conduzca al aumento de la angiotensina II, puede ser causa de HTA (17-19).

Teoría vascular: las arterias están formadas por tres capas, la segunda de ellas de células musculares lisas, llamada capa muscular media, que modifica su calibre, responsable directa de la PA. Esta capa es productora de sustancias u hormonas vasoactivas (ej. óxido nítrico), que al actuar sobre el músculo de la pared anterior, lo relaja o lo contrae, regulando así la PA (7,19).

Teoría ambiental: el stress, el medio ambiente sin dudas influye en la compensación de los mecanismos anteriores. El entorno puede favorecer el aumento de la presión arterial, ejemplos: ruidos elevados, competitividad, exceso de responsabilidades, etc. No se ha podido establecer si el stress por si solo puede provocar HTA sostenida, y por otro lado el stress es muy difícil de medir (18,20).

Teoría genética: el riesgo de HTA es doble en hijos de un progenitor hipertenso, es un padecimiento ecogénico, en el que hay predisposición genética o hereditaria, manifiesta o expresa, por la influencia sostenida de uno o varios estímulos ambientales (20,21).

Diagnóstico: se realiza a través de los datos obtenidos en el interrogatorio, el examen físico y exámenes complementarios.

Interrogatorio:

- APF de HTA o Cardiopatía.
- APP de enfermedad cerebro vascular.
- Hábitos tóxicos: tabaquismo o alcoholismo.
- Tiempo de evolución, terapéutica emprendida y respuesta.
- Detector de síntomas sugestivos de HTA secundaria.
- Otros factores de riesgo vascular.
- Uso de anticonceptivos.
- Status socioeconómico y cultural.
- Ingestión de sodio.

Examen físico: toma de presión arterial, utilizando siempre el mismo brazo.

Examen de cuello: pulso carotideo, distensión venosa, aumento del tiroides.

Área cardíaca: tamaño, ritmo y soplos.

Abdomen: buscar soplo o palpación renal, etc.

Pulsos arteriales de miembros inferiores o edemas.

Examen neurológico cuidadoso, incluyendo fondo de ojo.

Exámenes complementarios: debido a que menos del 50 % de los pacientes con HTA tienen una causa potencialmente curable se le debe realizar un mínimo de investigaciones.

1. Hem oquímica:

- Hem ograma
- Creatinina y/o urea
- G licem ia
- Potasio sérico
- Ácido úrico
- Lípidogram a.

2. Orina.

3. Electrocardiogram a (EKG).

4. Radiografía de tórax si fumador o enfermedad pulmonar.

5. Ecocardiogram a en pacientes con factores de riesgo múltiples o HTA moderada, severa o muy severa.

6. Ultrasonido renal: principalmente en HTA inapropiada (21,22).

Aspectos teóricos de la HTA según la MNT.

La Medicina Natural y Tradicional (MNT) se define como la ciencia transdisciplinaria cuyo objetivo es el conocimiento y el manejo de las actividades que permiten la restitución, fomento y promoción de salud, considerando los aspectos ecológicos, sociales, mentales, físicos y espirituales.

En la MNT no existe el nombre de Hipertensión Arterial, sino que se expresa como la pérdida del equilibrio armónico entre las polaridades Yin-Yang del organismo, basado en lo ilimitado de su intertransformación. (23).

La HTA es un síndrome que se desarrolla con intensa desarmonía consecuencia del mal funcionamiento de órganos internos donde influyen los factores patógenos que son aquellos que condicionan la aparición de una enfermedad o evento vital de un individuo y a su vez pueden clasificarse en endógenos (alegría, llanto, agresividad, miedo y ansiedad los que pueden ser agrupados para su mejor estudio dentro de las emociones), factores patógenos exógenos (viento, calor, humedad, sequedad, frío, fuego), ni exógenos ni endógeno que son los causados por (agentes físicos, químicos, biológicos, traumas, estancamiento de flema y sangre, sexo y dieta), se trata entonces de un ascenso del Yang y un descenso

del Yin. En este desequilibrio intervienen con mayor frecuencia el hígado, el riñón y el bazo (24).

En la MNT cuando se diagnóstica un paciente se atiende a los cambios del organismo como totalidad y no a los de un aparato, sistema, región o estructura (25,26).

Clasificación: para los tradicionalistas la clasificación que existe de este desequilibrio Yin-Yang guarda relación con los síndromes clínicos que aparecen de forma evolutiva y así tenemos:

#### Medicina Tradicional China

1. Éxtasis de energía de hígado y ascenso de fuego de hígado.
2. Hiperactividad del Yang de hígado por vacío de Yin de Hígado.
3. Hiperactividad de Yang de hígado por vacío de Yin de hígado y de riñón.  
Vacío aislado de Yin de riñón (23).

#### Medicina Occidental

1. Estadio 1
2. Estadio 2
3. Estadio 3

Cuando se clasifican las personas con cifras elevadas de tensión arterial desde la perspectiva de los síntomas y signos que reconoce la MNT, los diagnósticos probables son muchos, sin embargo en la mayoría de ellos, como trastorno inicial, y como consecuencia de su evolución, nos encontramos frente a trastornos en los que predominan dos grupos de lesiones:

- 1 Lesión por plenitud calurosa o exceso de Yang.
- 2 Lesión por calor por vacío o vacío de Yin.

Cuando se habla de plenitud de yang, generalmente se vincula con el yang o fuego de hígado y, cuando se habla de vacío de yin, se vincula frecuentemente con el yin de riñón. Debido a los estrechos vínculos en la fisiología y patogenia de estos dos órganos y sus vísceras (Zang Fu) con el bazo no es difícil reconocer la posibilidad que se añadan manifestaciones del Jiao medio tales como humedad y flema. (26-28)

Se distinguen grados de evolución según predomine uno u otro factor con diferentes síntomas:

A- Cuando afecta el hígado por cólera incontenida con ascenso del yang y agitación del viento interno del hígado que cursa con: cefaleas intensas, vértigos, rubor, visión borrosa, zumbido de oídos continuos que no mejoran con la presión, en casos graves pérdida de conciencia, convulsiones, hemiplejía, pulso en cuerda, rápido y alteraciones en el habla (29).

B- Vacío global de yin y exceso de yang por afecciones crónicas que afectan riñón con: acufenos, zumbido de oídos intermitentes que empeoran con la fatiga y mejoran con la presión sobre el oído, insomnios, dolor lumbar y debilidad en las rodillas, disminución de la memoria, pulso débil y filiforme, lengua roja y poca saburra (29).

C- Por cúmulo de humedad con disfunción del bazo con sensación de plenitud y distensión abdominal, náuseas, palpitaciones, vómitos, entumecimiento de los cuatro miembros, sabor dulzón en la boca, pulso resbaladizo, lengua obesa con huellas de dientes (29).

Etiología:

Causas de origen psicógeno: hay escape del yang de hígado por situaciones coléricas, mala adaptación ambiental, irritabilidad. Esto produce estancamiento de energía en hígado con ascenso del yang, que se convierte en fuego con debilidad de la raíz yin. El origen estaría en hígado-madera (30).

Mala energía ancestral: por exceso de actividad sexual, enfermedades crónicas que consuman yin, pérdida de sangre, consumo de líquido, administración excesiva de medicamentos de propiedad caliente y factores emocionales que debiliten el yin de riñón. Manifestándose por lumbalgias a repetición, trastornos urinarios, alteraciones de miedo, tienen su origen en el riñón-agua (30).

Alimentación rica en grasas, dulces y exceso del consumo del alcohol: producen calor interno con acumulación de humedad y flema. Tienen su origen en bazo-tierra (30).

Frecuencia: Se describe en las diferentes literaturas que el síndrome predominante en la HTA desde el punto de vista tradicional tiene su origen en hígado, elemento madera, causado por factores emocionales frecuentes como la ira y la depresión (estrés). Seguido por riñón, elemento agua, su causa más frecuente es la deficiencia de esencias congénitas ancestrales, enfermedades crónicas y abuso de la actividad sexual que daña su polo Yin (31-33).

Fisiología: desde el punto de vista fisiológico los movimientos (madera-tierra-agua) se afectan de la siguiente manera:

Tierra: ocupa el centro generador de todo el sistema de las cinco actividades. Es el eje central de las actividades del ser vivo. Al ocupar el eje intermedio entre las influencias del cielo y la tierra, se convierte en el principal modulador de las influencias cósmicas, es el depositario de todos los elementos genéticos, de predisposición y tendencias globales del sujeto, la tierra ocupa el espacio físico del ser (31).

Está relacionada con las funciones del estómago y el bazo que destacan con la función de transporte y transformación de los alimentos y el agua, el ascenso de la energía, son fuente de formación de energía, sangre y su control dentro de los vasos sanguíneos (31).

Madera: es el balancín que permite el armonioso transcurrir del agua del camino del sol radiante, es el modulador de la fuerza original de la energía primaria, su esencia se canaliza en el desarrollo armonioso y hace posible el ordenamiento del movimiento. Por eso se corresponde con el hígado, todos los procesos vitales que conllevan a actividad dependen de la funcionalidad de la madera (31).

Está relacionado con las funciones del hígado y la vesícula biliar que se destacan con la función de mantener el libre flujo de la energía, controlar el almacenaje y

distribución de la sangre, control de las emociones y favorecen el ascenso y descenso de la energía de bazo y estómago (31).

Agua: ocupa en la dinámica de los seres vivos el inicio de la actividad de la vida. Es el depositario del Yin Supremo que gracias a la incesante Ley del TAO, dará origen al Yang, movimiento, actividad y nacimiento. En este movimiento se almacena la esencia ancestral y actúa como concentrador de las influencias del cielo y la tierra. La salud del hombre está en relación con la de sus riñones. Es el lugar de almacenamiento del sistema reproductor, así como el asiento de nuestra actividad sexual (31).

Está relacionado con las funciones del riñón y vejiga que se destacan con la función de almacenar la esencia, la que se transforma en energía de riñón y sirve como base material para la formación del yin y el yang de éste. El yin de riñón es la base de los líquidos del cuerpo, encargado de nutrir y lubricar los órganos y tejidos; así como de retener, distribuir, evacuar los líquidos corporales, de recibir la energía inspirada por el pulmón y aceptada por la energía del riñón (31).

Se añaden trastornos en el metabolismo de los cuatro componentes básicos del organismo: energía, sangre, líquidos y esencias; se hace necesario conocer la fisiología normal de estos:

Energía: es la materia fundamental de las cosas que constituyen el universo y es la materia que configura el cuerpo y explica las actividades vitales del hombre a través de su movimiento y transformación. Existen diferentes tipos de energía pero todas ellas provienen de la esencia del riñón, de la energía de los alimentos y del aire inspirado del entorno natural. En términos generales las funciones de la energía consisten en promover el crecimiento, desarrollo y todas las funciones de los Zang-Fu, la circulación de la sangre y la distribución de los líquidos corporales. Se encarga de mantener una temperatura adecuada, de la defensa de la superficie del organismo contra factores patógenos exógenos y la reproducción (32,33).

Sangre: líquido rojo que circula por los vasos sanguíneos producido por las sustancias esenciales de los alimentos en el bazo y estómago. Es impulsada por

el corazón, almacenada en el hígado y mantenida dentro de los vasos sanguíneos por el bazo. Tiene como función lubricar y nutrir los órganos Zang-Fu y enriquecer las sustancias nutritivas indispensables para el organismo como base material para las actividades mentales (32,33).

Jinye (líquidos del cuerpo): cuya distribución y control depende de riñón, bazo, pulmón y san jiao. Entre sus funciones principales está la de lubricar y nutrir, forma parte importante de la sangre (32, 33,34).

Jing (esencia): materia fundamental que constituye el cuerpo y se divide en esencia congénita heredado de los padres y esencia adquirida de los alimentos producidos por el bazo y el estómago. La esencia puede transformarse en energía (28,34).

Fisiopatología: ruptura del equilibrio Yin-Yang, se trata por lo general de un ascenso del yang y un descenso del yin. El ascenso del yang invade la parte superior y el cerebro fundamentalmente, mientras el yin desciende, estableciéndose así una disociación entre las transformaciones del yin y el yang.

Fisiopatología de cada movimiento:

Madera: Las alteraciones de la madera a medida que avanzan, repercuten en los demás órganos. En caso de deficiencia aparece primero el auto insuficiencia (autodaño). A medida que crece el vacío la madre genera el hijo débil. La deficiencia de madera balanza con la tierra, quien no está suministrada ni equilibrada, entonces la humedad se acrecienta. El metal excede su acción sobre la madera y aumenta su deficiencia. La deficiencia de un elemento es, en definitiva, consecuencia de la mala relación con la madre. Así el vacío del agua es responsable del vacío de madera. En caso de plenitud, el fuego aumenta en un principio breve, para pasar luego al estado de deficiencia anteriormente explicando, siguiendo el ciclo de dominancia. El balance de la tierra se convierte en dominio. La plenitud de la madera crea hiperactividad del yang y hace que este ascienda a través de su meridiano, provocando plenitud de fuego en la cabeza. El

metal se ve limitado en su influencia sobre la madera y la plenitud del hijo se vuelve contra la madre (el agua) (34).

Agua: en las alteraciones del movimiento agua, se dice que los riñones nunca están en plenitud, pues en el transcurso de la vida van entrando paulatinamente en deficiencia, por ser reguladores de los biorritmos ancestrales. En caso de deficiencia no nutre yin de hígado y se hiperactiva el yang con ascenso del fuego. Al estar el agua deficiente la tierra la domina con mayor fuerza y no son capaces de controlar el fuego. El aumento del yang de hígado, hace que el fuego se transforme en sensación de calor en la cabeza, cefaleas, vértigos, mareos, acufenos, trastornos visuales e HTA (34).

Tierra: las alteraciones del movimiento tierra alcanzan todos los órganos. Cuando falla el papel distribuidor y asimilador del bazo, la esencia de los alimentos no se reabsorbe y no nutre los demás órganos, hay debilitamiento general de todo el organismo. Las alteraciones de la tierra se encuentran dentro de sus dos fracciones, bazo-páncreas-estómago (BP-E) y bazo-pulmón (B-P). En el BP-E contemplamos las funciones alteradas de las relaciones con los alimentos. Y en el B-P contemplamos la fisiología de la relación de la tierra con el cielo, a través de la respiración. Un elemento común a la fisiopatología de la tierra es la formación de flema- mucus que ocurre cuando la balanza anabolismo-catabolismo se rompe, hay estancamiento de humedad por concentración y condensación de los líquidos porque el bazo no cumple con su función de transporte y transformación. Al estar deficiente el riñón aumenta el desequilibrio de los líquidos y el calor interno conduce a su desecación. La humedad entorpece la circulación de la energía y la sangre, con estancamiento y acumulación de humedad y flema (35).

Diagnóstico: podemos clasificar la afección de cada paciente dentro de cinco grandes categorías generales en los que estarían incluidos todos los diagnósticos probables y siempre estarán contempladas las causas más inmediatas de las principales manifestaciones del síndrome hipertensivo.

Estas cinco categorías son:

- I. Hiperactividad del fuego de hígado.
- II. Deficiencia de Yin de riñón y ascenso de Yang de hígado.
- III. Deficiencia de Yin y de Yang de hígado y riñón.
- IV. Lesión por exceso de flema-humedad.
- V. Agitación del viento interno por hiperactividad del Yang de hígado (31- 35).

Marco Díaz Mastellari clasifica desde la perspectiva de los síntomas y signos que reconoce la M.T.Ch, en 13 diagnósticos probables de la HTA:

- 1) Deficiencia de Yin de Riñón
- 2) Agitación del Viento Interno por Exceso de Yang de Hígado
- 3) Ascenso Anormal por Hiperactividad del Yang de Hígado
- 4) Hiperactividad del Fuego de Hígado
- 5) Deficiencia de Yin de Hígado y Riñón
- 6) Deficiencia de Yin y de Yang de Hígado y Riñón
- 7) Estancamiento de Sangre de Corazón
- 8) Incomunicación de Corazón y Riñón
- 9) Estancamiento de energía de Hígado
- 10) Insuficiencia de Esencia de Riñón
- 11) Deficiencia de Sangre de Hígado
- 12) Obstrucción por Flema-Fuego de Corazón
- 13) Lesión por Flema de la Vesícula Biliar

Las manifestaciones clínicas más frecuentes según Mastellari en los síndromes de nuestro estudio son:

Hiperactividad del Fuego de Hígado:

- Cefalea
- Irritabilidad
- Cara enrojecida
- Ojos enrojecidos

- Constipación
- Saburra amarilla y seca
- Dolor en vertex que aumenta con la presión
- Pulso cordado o rápido y fuerte
- Otros: Rigidez del cuello ocasional y boca seca (41).

Agitación del Viento Interno por Hiperactividad del Yang de Hígado:

- Cefalea intensa
- Sensación de mareo o atontamiento
- Lengua roja
- Saburra amarilla delgada
- Pulso cordado y rápido
- Otros: Desmayos súbitos que pueden estar asociados a miedo, confusión, afasia, disfasia u otros trastornos similares que pueden ser transitorios, convulsiones o espasmos o saltos musculares y hemiplejía o hemiparesia que puede ser transitoria (41).

Deficiencia de Yin de Riñón y exceso de Yang de Hígado:

- Sensación de mareo o atontamiento
- Visión borrosa que aparece y desaparece o se recrudece por ratos
- Sensación de debilidad y desasosiego en el corazón o en el pecho
- Tinnitus
- Insomnio
- Lengua roja
- Saburra blanca
- Rubor facial
- Pulso filiforme
- Pulso cordado
- Otros: Muchos ensueños, entumecimiento o sensación de torpeza en las extremidades, lengua pálida y pulso estrecho (41).

Deficiencia de Yin y de Yang de Hígado y Riñón:

- Sensación de mareos o atontamiento
- Palpitaciones
- Tinnitus
- Sudoración en manos y pies
- Pulso profundo
- Otros: Falta de aliento, depresión de ánimo, fatigabilidad mental, entumecimientos de manos y pies, debilidad en las piernas o rodillas y en la región lumbar, disfunciones sexuales, aumento de la frecuencia al orinar, especialmente en la noche, lengua pálida y pulso estrecho (41).

Lesión por exceso de Flema-Humedad:

- O presión torácica
- Palpitaciones
- Sensación de mareo o atontamiento
- Vértigo
- Saburra gruesa viscosa
- Obeso
- Pulso cordado y resbaladizo
- Otros: Eructos y regurgitaciones, náuseas o vómitos, sensación de pesadez en las extremidades, entumecimientos, movimientos torpes y pulso resbaladizo (41).

El médico que conoce de los procederes de la MNT puede tener la posibilidad de tratar por esta vía la hipertensión arterial, teniendo siempre el conocimiento del diagnóstico tradicional.

## MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal para describir las variables clínicas de la hipertensión arterial esencial según la MNT en los combatientes de la delegación provincial del Minint de Ciego de Ávila. El universo de estudio estuvo constituido por 100 pacientes que presentaron Hipertensión arterial esencial pertenecientes a la delegación provincial del Minint de Ciego de Ávila durante ese periodo comprendido desde mayo de 2014 a mayo de 2015 a los cuales se le aplicó los criterios de inclusión, exclusión y salida quedando constituida la muestra por 85 pacientes con el diagnóstico de hipertensión arterial esencial.

### Criterios diagnósticos:

Pacientes con diagnóstico clínico de hipertensión arterial esencial mayores de 25 años de edad y menores de 54 años.

### Criterios de inclusión:

1-Todos los pacientes que padecen de hipertensión arterial que firmen el consentimiento informado. (Anexo 1)

2-Pacientes con diagnóstico de Hipertensión arterial esencial con edades comprendidas entre 25 y 54 años

3- Radicados en la Delegación provincial del Minint de Ciego de Ávila en el momento de la investigación.

### Criterios de exclusión:

1-Hipertensión arterial secundaria.

2-Pacientes menores de 25 años de edad y mayores de 54 años de edad.

3-Pacientes con diagnóstico de otra enfermedad crónica.

### Criterios de salida:

1-Que luego de su inclusión en el estudio el paciente decida salir de este.

2-Si aparece algún otro problema de salud.

3-Que luego de su inclusión en el estudio el paciente se traslade a otro lugar o provincia.

Operacionalización de las variables:

| Variable   | Escala   | Tipo                                 | Descripción   | Indicador               |
|--|--|--------------------------------------|---|-------------------------|
| Sexo   | M y F  | Cualitativa<br>nominal<br>dicotómica | Según sexo biológico de pertenencia:<br>F: femenino.<br>M: masculino.   | Frecuencia<br>relativa. |
| Edad   | De 25 -30 años<br>de 31-36<br>de 37-42<br>de 43-47<br>de 48-54 | Cuantitativa<br>continua             | Según edad años cumplidos.  | Frecuencia<br>relativa. |
| Raza   | Negra<br>Blanca  | Cualitativa<br>nominal<br>dicotómica | Piel de color blanco.<br>Piel de color negro.   | Frecuencia<br>relativa. |
| Factores patógenos asociados a la Hipertensión arterial según la MNT . | - Endógenos<br>- Exógenos<br><br>- Ni endógenos ni exógenos    | Cualitativa<br>nominal<br>politómica | Endógenos:<br>Emociones<br>Exógenos: viento, calor, humedad, sequedad, frío, fuego.<br>Ni exógenos ni endógeno: agentes físicos, químicos, biológicos, traumas, estancamiento de flema y sangre, sexo, dieta y trabajo. | Frecuencia<br>relativa. |

|          |   |                                |  |                      |
|----------|---|--------------------------------|--|----------------------|
| Síntomas | Conjunto de síntomas asociados a la hipertensión arterial según la MNT. | Cualitativa nominal politémica | Los síntomas presentes en cada paciente. | Frecuencia relativa. |
| Signos   | Conjunto de signos asociados a la hipertensión arterial según la MNT.   | Cualitativa nominal politémica | Los signos presentes en cada paciente.   | Frecuencia relativa. |

*TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS:*

*De la recolección de la información:*

*Los datos se obtuvieron de las historias clínicas tradicionales (Anexo 2). Confeccionadas en el momento que fueron atendidos los pacientes*

Se realizó una revisión bibliográfica sobre el tema objeto de estudio acorde con los objetivos propuestos.

*Del análisis y elaboración de la información:*

Los datos fueron almacenados y procesados en el paquete de programa EPINFO, versión 6.0, en una computadora Intel, celeron. Las evaluaciones estadísticas se hicieron de forma descriptiva y comparativa mediante porcentajes y números. Se usó el Microsoft Office 2000, sobre la plataforma de Windows XP (SeviPack 2). El texto se hizo con el programa Microsoft Word 2007, y las tablas se hicieron en el Microsoft Excel. Los resultados se presentaron en tablas.

*De la síntesis y discusión de los resultados:*

Se realizó una descripción de cada tabla. Se resaltaron los principales aspectos de interés, comparando nuestros hallazgos con los de otros autores, lo que nos permitió elaborar conclusiones y emitir recomendaciones.

Aspectos éticos:

La participación de los pacientes en la investigación, dependió del consentimiento informado. El documento mediante el cual se obtuvo el consentimiento se muestra en el (Anexo 1).

## ANÁLISIS Y DISCUSIÓN.

VARIABLES CLÍNICAS DE LA HTA SEGÚN LA MNT EN LOS COMBATIENTES DEL MININT DE CIEGO DE ÁVILA 2014-2015.

Tabla 1: Distribución de pacientes hipertensos según grupos de edades y sexo. Policlínica del Minint de Ciego de Ávila 2014-2015.

| Grupo de edades | Sexo     |       |           |       |       |       |
|-----------------|----------|-------|-----------|-------|-------|-------|
|                 | Femenino |       | Masculino |       | TOTAL |       |
|                 | No       | %     | No        | %     | No    | %     |
| 25-30 años      | 2        | 2.35  | -         | -     | 2     | 2.35  |
| 31-36 años      | 8        | 9.41  | 8         | 9.41  | 16    | 18.82 |
| 37-42 años      | 15       | 17.65 | 8         | 9.41  | 23    | 27.06 |
| 43-48 años      | 13       | 15.29 | 13        | 15.29 | 26    | 30.59 |
| 49-54 años      | 11       | 12.94 | 7         | 8.24  | 18    | 21.18 |
| Total           | 49       | 57.65 | 36        | 42.35 | 85    | 100   |

Fuente: Historia clínica.

En la tabla 1 se distribuyeron los pacientes atendiendo a los grupos de edades y al sexo, se observó un predominio de la enfermedad en el sexo femenino con 49 pacientes para un 57.65 % y el grupo de edades que predominó fue el de 43-48 años con 26 pacientes para un 30.59 %, no correspondiendo estos resultados con los obtenidos por el Dr. Moya que reportó que los pacientes más afectados por hipertensión arterial se encuentran entre los 35 y 40 años de edad con predominio en el sexo masculino (39) ni con lo encontrado por el Dr. Chiganer en su estudio el cual reportó la mayor incidencia de la enfermedad en pacientes del sexo masculino con edades entre los 50 y 60 años, sin embargo si se coincide con el estudio el Dr. Cabrera que encontró la mayor incidencia de la enfermedad en pacientes del sexo femenino con edades comprendidas entre los 40 y 55 años de edad. (40).

Tabla 2: Distribución de los pacientes hipertensos por sexo según los síndromes.

| Síndromes  | Sexo       |       |           |       |       |       |
|--|------------|-------|-----------|-------|-------|-------|
|  | Masculinos |       | Femeninos |       | TOTAL |       |
|  | No         | %     | No        | %     | No    | %     |
| Hiperactividad del fuego de hígado                       | 15         | 17.65 | 20        | 23.53 | 35    | 41.19 |
| Deficiencia de yin de riñón y exceso de yang de hígado   | 15         | 17.65 | 10        | 11.76 | 25    | 41.19 |
| Lesión por flema humedad de vesícula biliar              | 5          | 5.88  | 11        | 12.94 | 16    | 18.82 |
| Deficiencia de yin y de yang de hígado y de riñón        | 1          | 1.18  | 4         | 4.71  | 5     | 5.88  |
| Agitación de viento interno por exceso de yang de hígado | -          | -     | 4         | 4.71  | 4     | 4.71  |
| Total  | 36         | 42.35 | 49        | 57.65 | 85    | 100   |

Fuente: Historia clínica.

En la tabla 2 se distribuyeron los pacientes atendiendo al sexo según los síndromes, se observó un predominio del sexo femenino con 20 pacientes que representa un 23.53 % con el síndrome de hiperactividad del fuego de hígado no se realizaron comparaciones ya que en ningún estudio realizado se encontró relación entre estas dos variables.

Tabla 3: Distribución por grupos de edades y raza de los pacientes hipertensos

| Grupo de edades | Raza   |       |       |       |       |       |
|-----------------|--------|-------|-------|-------|-------|-------|
|                 | Blanca |       | Negra |       | TOTAL |       |
|                 | No     | %     | No    | %     | No    | %     |
| 25-30 años      | 2      | 2.35  | -     | -     | 2     | 2.35  |
| 31-36 años      | 14     | 16.47 | 2     | 2.35  | 16    | 18.82 |
| 37-42 años      | 18     | 21.18 | 5     | 5.88  | 23    | 27.06 |
| 43-48 años      | 18     | 21.18 | 8     | 9.41  | 26    | 30.59 |
| 49-54 años      | 15     | 17.65 | 3     | 3.53  | 18    | 21.18 |
| Total           | 67     | 78.82 | 18    | 21.18 | 85    | 100   |

Fuente: Historia clínica.

En la tabla 3 se distribuyeron los pacientes según los grupos de edades y raza, donde se encontró que el mayor número de hipertensos pertenecían a la raza blanca con un total 67 casos para un 78.82%. Observándose un predominio de la enfermedad en la raza blanca con 18 casos cada uno en los grupos de edades de 37-42 años y de 43-48 años para un 21.18%. Esto no coincide con ninguno de los estudios revisados en los cuales se infiere que la raza no es una variable importante para la incidencia de la hipertensión arterial (33-39); no obstante en el trabajo prevaleció la raza blanca y el sexo femenino debiéndose tener en cuenta para estudios posteriores con el uso de una muestra mayor.

Tabla 4: Factores patógenos encontrados con más frecuencia a cada síndrome.

Fuente: Historia clínica.

| Síndromes  | Factores Patógenos asociado |   |          |       |                        |       | Total |       |
|--|-----------------------------|---|----------|-------|------------------------|-------|-------|-------|
|  | Exógeno                     |   | Endógeno |       | Ni exógeno ni endógeno |       | No    | %     |
|  | No                          | % | No       | %     | No                     | %     |       |       |
| Hiperactividad del fuego de hígado                       | -                           | - | 20       | 23.53 | 15                     | 17.65 | 35    | 41.18 |
| Deficiencia de yin de riñón y exceso de yang de hígado   | -                           | - | 25       | 29.41 | -                      | -     | 25    | 29.41 |
| Lesión por flema humedad de vesícula biliar              | -                           | - | 10       | 11.76 | 6                      | 7.06  | 16    | 18.82 |
| Deficiencia de yin y de yang de hígado y de riñón        | -                           | - | 4        | 4.71  | 1                      | 1.18  | 5     | 5.88  |
| Agitación de viento interno por exceso de yang de hígado | -                           | - | 4        | 4.71  | -                      | -     | 4     | 4.71  |
| Total  | -                           | - | 63       | 74.12 | 22                     | 25.88 | 85    | 100   |

La hipertensión arterial según la MNT puede ser causada por varios factores patógenos, fundamentalmente por factores patógenos endógenos y factores patógenos ni exógenos, ni endógenos. La tabla 4 agrupa los factores patógenos que con más frecuencia se presentan en cada síndrome resultando más frecuente el factor patógeno endógeno, que se observó en 63 pacientes para un 74.12 % y el síndrome que predominó fue la hiperactividad del fuego de hígado en 35 pacientes para un 41.18 %, seguido de la deficiencia del yin de riñón y exceso de yang de hígado donde estuvieron afectados 25 pacientes para un 29.41 %, coincidiendo con el estudio del Dr.Chiganer el cual plantea que las emociones tienen la cualidad de exteriorizarse, conllevando a manifestaciones clínicas como las descritas en el estudio.(4) no coincidiendo esto con lo planteado por el Dr. .Cabrera en su estudio el que plantea que el factor patógeno que con mayor

frecuencia se observa en la hipertensión arterial es el Exógeno ya que este factor se relaciona con los hábitos propios de cada individuo (40).

Tabla 5: Síntomas más frecuentes en los pacientes con hipertensión arterial.

| Síntomas                   | Total | %     |
|----------------------------|-------|-------|
| Irritabilidad              | 68    | 80    |
| Vértigo                    | 57    | 67.06 |
| Cefalea                    | 48    | 56.47 |
| Tinnitus                   | 45    | 52.94 |
| Constipación               | 40    | 47.06 |
| Sabor amargo               | 33    | 38.82 |
| Insomnio                   | 31    | 36.47 |
| O rin as oscuras y escasas | 29    | 34.12 |
| Visión borrosa             | 26    | 30.59 |
| Sudoración en manos y pies | 22    | 25.88 |
| Dolor precordial           | 16    | 18.82 |
| Palpitaciones              | 7     | 8.24  |
| O tros                     | 26    | 30.59 |

Fuente: Historia clínica

Las manifestaciones clínicas de la hipertensión arterial según la MNT dependen del síndrome que esté presente en cada paciente. La tabla 5 distribuye los pacientes según los síntomas más frecuentes donde se observó que prevaleció la irritabilidad en 68 casos para un 80 %, seguido de el vértigo en 57 pacientes que representan el 67.06 %, fueron frecuentes también la cefalea en 48 pacientes para un 56.47 % y el tinnitus en 45 pacientes para un 52.94 % respectivamente, lo cual coincidió con lo planteado por el Dr. Chiganer el que agrega también el dolor precordial como síntoma predominante en sus estudios. (4)

Tabla 6: Signos más frecuentes en los pacientes con hipertensión arterial.

| Signos  | Total | %     |
|---|-------|-------|
| Ojos rojos                                    | 36    | 42.35 |
| Lengua roja                                   | 60    | 70.59 |
| Saburra amarilla y seca                       | 60    | 70.59 |
| Dolor en el vertex que aumenta con la presión | 44    | 51.76 |
| Pulso fuerte                                  | 49    | 57.65 |
| Pulso rápido                                  | 77    | 90.59 |
| Pulso profundo                                | 34    | 40.00 |
| Pulso cordado                                 | 29    | 34.12 |
| Pulso filiforme                               | 23    | 27.06 |
| Lengua obesa                                  | 16    | 18.82 |
| Saburra amarilla y pegajosa                   | 16    | 18.82 |
| Saburra blanca                                | 5     | 5.88  |
| Rubor facial                                  | 25    | 29.41 |
| Otros   | 37    | 43.53 |

Fuente: Historia clínica.

La tabla 6 distribuye los pacientes según los signos más frecuentes donde predominó el pulso rápido en 77 pacientes para un 90.59 %, seguido de la lengua roja y la saburra amarilla y seca en 60 pacientes cada una que representa el 70.59 % .lo cual coincidió con lo planteado por el Dr. Jaramillo (25) y por el Dr. Mastellari los que agregan además como signo significativo para el diagnóstico el rubor facial .(41) no encontrándose relación con lo planteado por el Dr. Moya el que refiere que las alteraciones del pulso son las que con mayor frecuencia se relacionan con la hipertensión arterial(39).

Tabla 7: Síntomas que aparecen con más frecuencia en cada síndrome.

| Síntomas                 | Síndromes | Hiperactividad del fuego de hígado. | Deficiencia de yin de riñón y exceso de yang de hígado. | Lesión por flema y humedad de vesícula biliar. | Deficiencia de yin y de yang de hígado y de riñón. | Agitación de viento interno por exceso de yang en el hígado. |
|--------------------------|-----------|-------------------------------------|---|--|--|--|
| Irritabilidad            | No        | 32                                  | 21  | 11   | -  | 4  |
|                          | %         | 37.65                               | 24.71   | 12.94  | -  | 4.71   |
| Vértigo                  | No        | 16                                  | 22  | 11   | 4  | 4  |
|                          | %         | 18.82                               | 25.88   | 12.94  | 4.71   | 4.71   |
| Cefalea                  | No        | 37                                  | 7   | -  | -  | 4  |
|                          | %         | 43.53                               | 8.24  | -  | -  | 4.71   |
| Tinnitus                 | No        | 20                                  | 22  | -  | 3  | -  |
|                          | %         | 23.53                               | 25.88   | -  | 3.53   | -  |
| Constipación             | No        | 20                                  | 17  | -  | -  | 3  |
|                          | %         | 23.53                               | 20.00   | -  | -  | 3.53   |
| Sabor amargo             | No        | 17                                  | -   | 16   | -  | -  |
|                          | %         | 20.00                               | -   | 18.82  | -  | -  |
| Insomnio                 | No        | 10                                  | 9   | 9  | 3  | -  |
|                          | %         | 11.76                               | 10.59   | 10.59  | 3.53   | -  |
| Orinas oscuras y escasas | No        | 17                                  | 9   | -  | -  | 3  |
|                          | %         | 20.00                               | 10.59   | -  | -  | 3.53   |
| Visión borrosa           | No        | -                                   | 23  | -  | 3  | -  |
|                          | %         | -                                   | 27.06   | -  | 3.53   | -  |
| Sudación en manos y pies | No        | -                                   | 22  | -  | -  | -  |
|                          | %         | -                                   | 25.88   | -  | -  | -  |
| Dolor precordial         | No        | -                                   | -   | 16   | -  | -  |
|                          | %         | -                                   | -   | 18.82  | -  | -  |
| Palpitaciones            | No        | -                                   | -   | 4  | -  | -  |
|                          | %         | -                                   | -   | 4.71   | -  | -  |
| Otros                    | No        | -                                   | 12  | 9  | 3  | 2  |
|                          | %         | -                                   | 14.12   | 10.59  | 3.53   | 2.35   |

Fuente: Historia clínica.

En la tabla 7 se distribuyeron los síntomas que con más frecuencias aparecen en cada síndrome donde se observó que en la hiperactividad del fuego de hígado predominó la cefalea en 37 casos para un 43.53 % , seguido de la irritabilidad en 32 casos para un 37.65 % . En la deficiencia de yin de riñón y exceso de yang de hígado el síntoma más frecuente fue la visión borrosa que se observó en 23 pacientes que representa el 27.06 % . En la lesión por flema humedad de vesícula biliar prevaleció el sabor amargo y el dolor precordial en 16 pacientes cada uno para un 18.82 % . En la deficiencia de yin y de yang de hígado y de riñón prevaleció el vértigo en 4 casos para un 4.71 % . El síndrome de agitación del viento interno por exceso del yang de hígado fue el síndrome de menor incidencia en nuestro estudio, quizás esto se debe a que en este síndrome solo se presentan manifestaciones clínicas propias de las complicaciones de la hipertensión arterial por la gravedad de esta cuando acuden al cuerpo de guardia son ingresados inmediatamente y no son remitidos a nuestro servicio, en este síndrome los síntomas más frecuentes fueron la irritabilidad, el vértigo y la cefalea lo cual coincide con lo planteado por el Dr. Jaramillo (25) y por el Dr. Mastellari (41).

Tabla 8: Signos de la hipertensión arterial que aparecen con más frecuencia en cada síndrome.

| Signos  | Síndromes | Hiperactividad del fuego de hígado. | Deficiencia de yin de riñón y exceso de yang de hígado. | Lesión por flema y humedad de vesícula biliar. | Deficiencia de yin y de yang de hígado y de riñón. | Agitación de viento interno por exceso de yang en el hígado. |
|---|-----------|-------------------------------------|---|--|--|--|
| Ojos rojos                                    | No        | 33                                  | 1   | -  | -  | 2  |
|   | %         | 38.82                               | 1.18  | -  | -  | 2.35   |
| Lengua roja                                   | No        | 33                                  | 23  | -  | -  | -  |
|   | %         | 38.82                               | 27.00   | -  | -  | -  |
| Saburra amarilla y seca                       | No        | 33                                  | 23  | -  | -  | -  |
|   | %         | 38.82                               | 27.00   | -  | -  | -  |
| Dolor en el vertex que aumenta con la presión | No        | 33                                  | 7   | -  | -  | 4  |
|   | %         | 38.82                               | 8.24  | -  | -  | 4.71   |
| Pulso fuerte                                  | No        | 32                                  | -   | 15   | -  | 2  |
|   | %         | 37.65                               | -   | 17.65  | -  | 2.35   |
| Pulso rápido                                  | No        | 33                                  | 24  | 16   | -  | -  |
|   | %         | 38.82                               | 28.24   | 18.82  | -  | -  |
| Pulso profundo                                | No        | 28                                  | -   | 2  | 4  | -  |
|   | %         | 32.94                               | -   | 2.35   | 4.71   | -  |
| Pulso cordado                                 | No        | 10                                  | 4   | 11   | -  | -  |
|   | %         | 11.76                               | 4.71  | 12.94  | -  | -  |
| Pulso filiforme                               | No        | -                                   | 20  | -  | 3  | -  |
|   | %         | -                                   | 23.53   | -  | 3.53   | -  |
| Lengua obesa                                  | No        | -                                   | -   | 16   | -  | -  |
|   | %         | -                                   | -   | 18.82  | -  | -  |
| Saburra amarilla y pegajosa                   | No        | -                                   | -   | 16   | -  | -  |
|   | %         | -                                   | -   | 18.82  | -  | -  |
| Saburra blanca                                | No        | -                                   | 1   | -  | 4  | 4  |
|   | %         | -                                   | 1.18  | -  | 4.71   | 4.71   |
| Rubor facial                                  | No        | 35                                  | 23  | -  | -  | 2  |
|   | %         | 41.18                               | 27.00   | -  | -  | 2.35   |
| Otros   | No        | 3                                   | 2   | 5  | 10   | 5  |
|   | %         | 3.53                                | 2.35  | 5.88   | 11.76  | 5.88   |

Fuente: Historia clínica.

En la tabla 8 se distribuyeron los signos más frecuentes en cada síndrome observándose en la hiperactividad del fuego de hígado que predominó la cara roja en 35 casos para un 41.18 %. En la deficiencia de yin de riñón y exceso de yang de hígado prevaleció el pulso rápido en 24 pacientes para un 28.24 %. En la lesión por flema humedad de vesícula biliar predominaron el pulso rápido la lengua obesa y la saburra amarilla y pegajosa en 16 casos cada una que representa el 18.82 %. En la deficiencia de yin y de yang de hígado y de riñón prevalecieron otros signos en 10 pacientes para un 11.76 % al igual que en la agitación del viento interno por exceso del yang de hígado que prevalecieron otros signos presentes en 5 casos para un 5.88 % lo que coincide con lo planteado por el Dr. Mastellari en su estudio,(41) y con el estudio realizado por la Dra. González. (23)

## CONCLUSIONES.

Mediante la investigación realizada se concluyó que en los combatientes con diagnóstico de hipertensión arterial esencial con edades comprendidas entre 25 y 54 años pertenecientes a la delegación provincial del Minint de Ciego de Ávila, la aparición de la enfermedad es más frecuente hacia la cuarta década de la vida predominando en el sexo femenino y en la raza blanca, el factor patógeno más frecuente que se encontró fue el endógeno y el síndrome que predominó fue la hiperactividad del fuego de hígado siendo los síntomas de mayor frecuencia la irritabilidad, el vértigo, la cefalea y los signos el pulso rápido, la lengua roja, la saburra amarilla y seca.

## RECOMENDACIONES

Se recomienda divulgar los resultados de la investigación a todo el personal de salud inmerso en la problemática que se trata. La realización de estudios similares con el resto de las de las enfermedades crónicas no transmisibles. Que se realice una capacitación a través de cursos nacionales y provinciales de Medicina Natural y Tradicional, principalmente sobre las variables clínicas de Hipertensión arterial esencial según la medicina china, dirigida a los especialistas de Medicina General Integral, para que se conozcan los beneficios que trae esta ciencia y que su uso sea cada día más aplicado.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1-Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Prevención, Diagnóstico, Evaluación y Control de la Hipertensión Arterial. Ciudad de la Habana. Cuba: Editorial Ciencias Médicas. 2008.

2-Anuario Estadístico del MINSAP. 2010; 74-75.

3-Comisión Nacional de Hipertensión Arterial. Enfermedades Crónicas no Transmisibles. Programa Nacional, Diagnóstico, Evaluación y Control de la Hipertensión Arterial. Rev. Cubana Med. (htm) (en línea) 2008 (fecha de acceso 29 de mayo del 2009); 38 (3): 160-9 Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/med/vol38\\_3\\_99/med02399.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/med/vol38_3_99/med02399.htm)

4- Chiganer G. Hipertensión Arterial (HTA) (en línea) 2008 (fecha de acceso 20 de junio del 2010): URL disponible en: <http://www.clinica-unr.org/Comunidad/Comunidad-HTA.htm>

5-García Barreto, D. Hipertensión Arterial. Ed. La Ciencia para Todos. México, 2004.

6-Braunwol, E. Heart disease: a textbook of cardiovascular medicine. 8vaEd. New Cork: Mc Graw-Hill; 2009 Vol. 2: 1126-1154.

7- Anuario Estadístico del MINSAP. 2013; 74-75.

8-Sabel, BE. En: Bennett JC, Plum F, Cecil: Tratado de Medicina Interna. 20ma Ed, México DF, Ed. Mc Graw-Hill-Interamericana, 1998: 344-360.

9-Harrison, T. Principios de la Medicina Interna. 14ª Ed, Vol. 8va parte. Sección 4 Enfermedades Vasculares. Ed. Mc Graw-Hill-Interamericana de España, S.A. U, 2000: 1554-1587.

10-- Beal Margaret W and Riedd Jeslie Anderson. Acupuncture for symptom relief in HIV-Positive Adults: Lesson Learned from a pilot study. Alternative Herapies. September 2009. Vol. 6 (5).p. 33-41.

11-Declaración 2005 de la OMS/SH sobre el manejo de la Hipertensión. Grupo de Redacción de la Organización Mundial de Salud y de la Sociedad Internacional de Hipertensión. 2005.

12-Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Prevención, Diagnóstico, Evaluación y Control de la Hipertensión Arterial. Ciudad de la Habana. Cuba: Editorial Ciencias Médicas; 2007. p. 11 y 12.

13-Díaz Núñez J. Hipertensión Arterial. Estratificación de Riesgo. Rev. Cubana Medicina General Integral. 2005; 15(6): 597-604.

14-Caudales Pérez ER, Acosta Hosmán JM, Palacios Gainza A, Castillo Guzmán A, García Barreto D. Prevalencia de Hipertensión: Raza y Nivel Educativo. Rev. Cubana Cardiología. Cir. Cardiovascular (en línea) 2008 (fecha de acceso 17 de mayo del 2009); 12 (2): 62-5. URL Disponible en: <http://bvs.sld.cu/revistas/car/vol12-2-98/car04298.htm>

15-La Prevención de las Enfermedades Cardiovasculares: Declaración de Cataluña. Rev. Panamericana 2006; 2: 77-110.

16- Fan J Y. The role of GAP junctions in determining skin conductance and their possible relationships to acupuncture points and meridians. AM J Acupuntura 2009; 18: 163-70.

17-Sellén J, Cabrera I, Díaz L, Gallardo G, Sueiro M. Regresión de HVI con inhibidores de la enzima de conversión de Angiotensina. Rev. Cubana Invest. Biomédicas 2004; 15: 16-20.

18-Kaplan, MN. Systemic Hypertension: Mechanism and diagnosis. In: Braunwold E, Ed. Heart Disease. Four editions. Saunders: Philadelphia, 2011: 807-939.

19-Campo C, Ruilope LM. Angiotensina II e Hiperactividad Simpática en el Riesgo Cardiovascular Ligado a Hipertensión. Medicina General. 2009; diciembre (29): 1005-1006.

20-Alfonso RC. ¿De qué se enferman y mueren los cubanos? Trabajadores 2005. Enero 6; Sección salud: 13 (col 5).

21-Organización Mundial de Salud y Sociedad Internacional de HTA. Recomendaciones para el Tratamiento de la Hipertensión. 2010; 16 (6): 206-44.

22-Sainz González de la Peña B A, Vázquez Vigoa A, De la Noval García R Dueñas Herrera A, Quirós Luis J, Debes Pérez G. Tratamiento Farmacológico y no Farmacológico de la Hipertensión Arterial. Estudio de 200 casos. Rev. Cubana Medicina (en línea) 2006 (fecha de acceso 18 de mayo del 2011); 41 (3): 152-6  
URL. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/med/vol41\\_3\\_02/med05302.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/med/vol41_3_02/med05302.htm)

23-González Rodríguez S. Hipertensión Arterial Esencial. Enfoque Tradicional de su diagnóstico y tratamiento. Tesis de terminación de la residencia en M.T.N. La Habana, 1993.

24-Álvarez Díaz A. Medicina Tradicional Asiática. Instituto de Medicina de Pyongyang, 1998.

25-Jaramillo Giraldo J. Min Ming. Fundamentos de Medicina Tradicional China. 1989. Ed. Mundo, Bogotá.

- 26-Hicks Angela. La Medicina China. Plaza y Janés. Ed. S.A. Barcelona. 2009.
- 27-The Burton Golberg Group. Alternative Medicine. Future Medicine. Publishing, Inc, 2009. pp 730.
- 28-Padilla Corral, JL: Tratado de acupuntura. Tomo 4to. Barcelona. Alhambra, 1998.
- 29-Su Chenguan, Chinese Massage Therapy, Shandong Science and Technology, Jinan, 2011.
- 30-Padilla Corral. JL. Fisiopatología y Tratamiento en Medicina Tradicional China. Ed. Escuela Nei Jing, 1978. pp. 125-203.
- 31-García Gómez, G. Temas Selectos de Acupuntura. Seminario Nacional de Acupuntura. Instituto Nacional de Medicina Tradicional China, 1995.
- 32-Mora Macías, J. Variabilidad de la Presión Arterial. En Cromoterapia de la Hipertensión. Ed. Ergón: Madrid 1998: 99-124.
- 33-Xinnang, C. Fundamentos de Acupuntura y Moxibustión, Instituto de Medicina Tradicional de Beijing. Ed. Lenguas Extranjeras, 2009.
- 34-Sellén Crombet J. Manual de HTA. Hospital Calixto García. Ciudad de La Habana, 1998.
- 35-Ministerio de Sanidad y Consumo. Control de la Hipertensión Arterial en España. IDEPSA: Madrid; 2010.
- 36-Ernest E. Prevalence of use complementary Alternative Medicine: A systematic review. Bull W ho 2009; 78 (2): 252-257.

37-Muradaz T. Hipertensión Arterial( en línea) 2008 ( fecha de acceso 13 de febrero del 2009 ) :URL disponible en : <http://unicista.com/enfermedades/cardiología/hipertensionarterial.htm> .

38-Roll I J, Díaz Vallester A, Balcindes Acosta S, Yee Seuret S, Arnaiz Ferrer S. Hipertensión Arterial en el Cuerpo de Guardia Rev. Cubana Medicina General Integral (en línea) 2007 (fecha de acceso 10 de febrero del 2010), 17 (6). URL Disponible en:

<http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086421252001000600007&script=sciarttext&tlng=es>

39-Moya Cabo, L. Prevalencia de HTA en el examen médico a oficiales de las FAR 1986-1987. TTR. La Habana, 1988.

40-Cabrera Marco J. Prevalencia de la Hipertensión Arterial y alteraciones del peso corporal. CMF # 13. 2005-2006 (en línea) 2007 (fecha de acceso 20 de julio del 2009): URL disponible en:

41-Díaz Mastellari M. La Hipertensión Arterial desde la perspectiva de la Medicina China Tradicional. (en línea) 2005 (fecha de acceso 20 de enero del 2008):URL disponible:

[http://www.ucmh.sld.cu/rhab/rhcm\\_vol\\_7num\\_1/rhcm04108.htm](http://www.ucmh.sld.cu/rhab/rhcm_vol_7num_1/rhcm04108.htm)

**A N E X O : 1**

Planilla de consentimiento informado.

Ciego de Ávila año 2014.

Yo ----- en  
plenas facultades físicas y mentales, doy mi autorización para ser incluido (a) en la  
Investigación: Variables clínicas de la hipertensión arterial esencial según la MNT  
durante el período comprendido desde Mayo de 2014 hasta Mayo de 2015,  
realizado por la Dra. Mabel Rivero González, bajo el compromiso de que la  
información obtenida será para el análisis estadístico de los problemas y que no  
se divulgue en el orden personal y de que si deseo en algún momento salir del  
estudio esto se respete y que de no participar en el estudio tendré el derecho de  
recibir los beneficios de la investigación.

-----

Firma

## **ANEXO : 2**

### **HISTORIA CLINICA TRADICIONAL**

Fecha:

Nombre y Apellidos:

#### **1-Sexo:**

- 1.1. Femenino
- 1.2. Masculino

#### **2-Edad:**

- 2.1. 25-30
- 2.2. 31-36
- 2.3. 37-42
- 2.4. 43-48
- 2.5. 49-54 años

#### **3-Raza**

- 3.1. Negra
- 3.2. Blanca

#### **4- Datos positivos al examen físico en medicina occidental:**

#### **5- Observación del color de la piel:**

- 5.1. Cara roja
- 5.2. Cara pálida
- 5.3. Normal

#### **6- Observación de la apariencia:**

- 6.1 Normal
- 6.2 Marcha tambaleante

#### **7- Constitución:**

- 7.1. Obeso
- 7.2. Delgado
- 7.3. Normal

#### **8- Parálisis de los miembros:**

- 8.1. Si
- 8.2. No

#### **9- Desviación de los ojos:**

- 9.1. Si
- 9.2. No

#### **10- Desviación de la boca:**

- 10.1. Si
- 10.2. No

**11- Observación de la lengua:**

- 11.1. Pálida
- 11.2. Roja
- 11.3. Obesa (glositis) Pálida
- 11.4. Obesa roja

**12- Saburra:**

- 12.1. Normal
- 12.2. Blanca y delgada
- 12.3. Pegajosa
- 12.4. Amarilla y seca
- 12.5. Gruesa

**13- Auscultación del habla:**

- 13.1. Lenguaje tropeloso
- 13.2. Normal

**14- Sobre el frío y el calor:**

- 14.1. Sensación de calor en región palmar y plantar
- 14.2. Normal

**15- Sobre la sudación:**

- 15.1. Normal
- 15.2. Espontánea
- 15.3. Nocturna

**16- Sobre alimentos, bebidas, apetito, gusto y sed:**

- 16.1. Boca amarga
- 16.2. Prefiere por el sabor salado
- 16.3. Alimentación con abundantes grasas
- 16.4. Ingiere bebidas alcohólicas

**17- Orina:**

- 17.1. Oscura y escasa
- 17.2. Clara y profusa (poliuria)
- 17.3. Nicturia

**18- Defecación:**

- 18.1 Constipación

**19- Sobre el dolor:**

- 19.1. Cefalea en vertex
- 19.2. Dolor en la región lumbar
- 19.3. Dolor en las rodillas

**20- Sobre el sueño:**

- 20.1. Insomnio con pesadillas
- 20.2. Somnolencia

**21- Sobre la menstruación:**

- 21.1. Normal
- 21.2. Amenorrea

**22- Sobre el estado mental:**

- 22.1. Irritabilidad
- 22.2. Depresión

**23- Palpación del pulso:**

- 23.1. Pulso profundo
- 23.2. Pulso fuerte
- 23.3. Pulso débil
- 23.4. Pulso rápido
- 23.5. Pulso filiforme
- 23.6. Pulso cordado

**24- Regiones dolorosas:**

- 24.1. Dolor en vertex que aumenta con la presión
- 24.2. Dolor en la región lumbar que alivia con la presión

**25- Otros aspectos de interés:**

- 25.1. Tinnitus
- 25.2. Vértigo
- 25.3. Mareos
- 25.4. Visión borrosa
- 25.5. Palpitaciones

**26- Diferenciación de síndromes por ocho principios:**

- ❖ -Frío:
- ❖ -Calor:
- ❖ -Superficial:
- ❖ -Profundo:
- ❖ -Exceso:
- ❖ -Deficiencia:

❖ -Yin :

❖ -Yang :

**-I.D :**

**27- Diferenciación etiológica :**

27.1. Factor patógeno exógeno

27.2. Factor patógeno endógeno

27.3. Factor patógeno ni exógeno ni endógeno

**28- Diferenciación por Zang - Fu :**

28.1. Hiperactividad del fuego de hígado.

28.2. Deficiencia de Yin de riñón y ascenso de Yang de hígado.

28.3. Deficiencia de Yin y de Yang de hígado y riñón.

28.4. Lesión por exceso de flema-humedad.

28.5. Agitación del viento interno por hiperactividad del Yang de hígado.