



REPÚBLICA DE CUBA
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE CIEGO DE
ÁVILA
POLICLÍNICO BELKIS SOTOMAYOR ALVAREZ
CIEGO DE ÁVILA

Título: Efectividad de la terapia homeopática en pacientes con hipertensión arterial del Policlínico Belkis, Ciego de Ávila.

Tesis para optar por el título de especialista en 1er Grado en Medicina General Integral.

Autora: Dra. Saray Pérez Hector.

Residente de 2do año de Medicina General Integral

Tutora: Dra. Denia Echevarría Rodríguez.

Especialista de 1er Grado Medicina General Integra. Máster en medicina bioenergética y natural

Ciego de Ávila
2015



REPÚBLICA DE CUBA
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE CIEGO DE
ÁVILA
POLICLÍNICO BELKIS SOTOMAYOR ALVAREZ
CIEGO DE ÁVILA

Título: Efectividad de la terapia homeopática en pacientes con hipertensión arterial del CMF 03 del Policlínico Belkis, Ciego de Ávila.

Autora: Dra. Saray Pérez Hector

Aspirante a Médico Especialista de Primer grado en Medicina General Integral.

Tutora: Dra. Denia Echevarría Rodríguez

Especialista de 1er Grado Medicina General Integra. Máster en medicina bioenergética y natural.

Tesis para optar por el título de especialista de 1er Grado en Medicina General Integral.

Ciego de Ávila
2015

RESUMEN

Se realizó un ensayo clínico, en fase IV en el consultorio no.03 del Policlínico Universitario Belkis Sotomayor Álvarez, en el período comprendido de abril de 2014 hasta febrero de 2015, para evaluar la efectividad de la terapia homeopatía como tratamiento en pacientes con HTA, para ello se evaluaron comparativamente los resultados de los pacientes que recibieron el tratamiento tradicional y a un grupo que se le sumo además el tratamiento alternativo homeopático. La muestra quedó conformada por 20 pacientes con diagnóstico de HTA que asistieron a consulta. Se utilizó la técnica basada en la distribución de Chi cuadrado para determinar la presencia de asociación estadística entre variables categóricas. Se aplicó la prueba T de student para la comparación de variables cuantitativas con normalidad de los datos. Predominaron los pacientes entre la sexta y séptima décadas de la vida. El hábito de fumar, presentó una distribución homogénea, al igual que la frecuencia cardiaca. La tensión arterial diastólica, fue significativamente menor en el grupo experimental en la primera semana de tratamiento, mientras que lo mismo ocurría con la sistólica en la evaluación inicial, y la segunda, tercera y cuarta semanas evaluadas. Las reacciones adversas, se distribuyeron de forma homogénea entre los grupos.

Palabras claves: Medicina alternativa, hipertensión arterial, hemoterapia, grupos de hipertensos.

ÍNDICE

<i>Contenido</i>	<i>Páginas</i>
▪ Introducción.....	1
▪ Objetivos.....	6
▪ Marco teórico.....	7
▪ Método.....	18
▪ Análisis y discusión de los resultados.....	23
▪ Conclusiones.....	35
▪ Referencias bibliográficas.....	36
▪ Anexos.....	43

INTRODUCCIÓN

El uso de la medicina tradicional y natural, aunque existe desde hace mucho tiempo y fue durante muchos años la primera elección terapéutica para las afecciones de las personas; fue relegado por médicos y pacientes en favor de la medicina moderna, en la medida en que crecían los éxitos y el renombre alcanzado por esta (1).

En la historia de la homeopatía desde sus inicios hasta la actualidad, en diferentes lugares del planeta se ha aplicado esta terapéutica con resultados favorables ya que se logra curar de forma rápida, suave y permanente. Quizás en el pasado no existía explicación lógica a los fenómenos que habitualmente ocurren al aplicar estos medicamentos siguiendo sus principios. Hoy día ya se han ido dando respuesta a algunas interrogantes cómo es el que estos medicamentos llevan implícito una información energética guardada en las moléculas de agua o lactosa que a nivel celular desencadenan una serie de reacciones capaces de activar los mecanismos inmunológicos existentes por naturaleza en el cuerpo humano preparados para sanar (2).

Sin embargo los avances de la medicina moderna, no han sido gratuitos; por el contrario han cobrado un alto precio en materia de calidad de vida de los pacientes, debido a sus efectos secundarios que van desde la simple urticaria al shock anafiláctico letal, pasando por mutilaciones y pérdidas funcionales en el campo de la cirugía, hasta la prolongación del sufrimiento muchas veces injustificado en las unidades de cuidados intensivos; esto sin mencionar la desmembración sufrida por el paciente en su atención, gracias a la especialización cada vez más marcada del personal médico.

Estas complicaciones junto con una visión integradora del ser humano y el querer volver a la naturaleza como fuente de la salud, han permitido que las personas miren nuevamente hacia las medicinas alternativas como su primera opción terapéutica (3). Vemos como en Estados Unidos se han realizado estudios con dietoterapias encontrándose que las dietas ricas en alimentos de grano integral, con alto contenido de fibra soluble e insoluble, reducen la presión arterial en las personas con colesterol levemente alto, señalaron investigadores en Maryland (4). También en otro estudio canadiense demostró que ciertas proteínas halladas en la arveja amarilla parecen ayudar a reducir la

presión arterial y a retrasar, controlar y hasta prevenir la aparición de la enfermedad renal crónica, al menos en ratas (5).

En el caso específico de la homeopatía, esta ha sido utilizada con éxito desde el siglo XVIII en el manejo de patologías agudas y crónicas, considerando en este manejo los síntomas físicos y mentales de la enfermedad como un todo y por tanto viendo al paciente en su conjunto. Actualmente la homeopatía va introduciéndose con fuerza en el tratamiento de los pacientes con HTA y se observa una tendencia a su desarrollo y aplicación. En la bibliografía consultada se ha podido constatar que existe una gran cantidad de publicaciones seriadas y autores de libros de texto que explican las teorías y las aplicaciones de esta medicina (6-9). En una investigación en Catalunya se abordó cómo la Homeopatía y la Terapia Floral propician un amplio análisis sobre su aplicación en el tratamiento de la Hipertensión Arterial y resulta fundamental comprender que no existe diferencia entre la forma de curar de estas terapias y la curación espontánea natural. Estos remedios excitan la "vis medicatrix", o sea, la propia capacidad natural del organismo para curarse (10). Es precisamente este manejo integrador de los síntomas y del paciente, lo que permite suponer que el uso de la homeopatía, es adecuado para el manejo de una patología tan extendida en la humanidad y con tantos factores de riesgo como la hipertensión arterial (11). Esta enfermedad tiene una elevada prevalencia mundial, afecta la calidad de vida de millones de personas en el mundo, se relaciona además con las primeras causas de muerte a nivel mundial como son las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares; teniendo en cuenta todo esto y los gastos que para la salud pública implica su tratamiento han hecho que a este problema de salud se le busquen otras formas de tratamiento alternativas que produzcan mejores efectos terapéuticos, sin reacciones adversas y con disminución de los costos, como resultado de esta búsqueda la medicina alternativa y en especial el campo de la homeopatía se ha mostrado como una de las posibles soluciones (12).

De acuerdo con la organización mundial de la salud OMS y la organización panamericana de la salud OPS la falta de adherencia al tratamiento antihipertensivo, puede estar presente entre el 50% y el 70% de los pacientes hipertensos; entre las múltiples causas que explican esta falta de adherencia se

encuentra el curso asintomático que puede seguir esta patología y su carácter vitalicio como las principales; además del bajo nivel educativo y económico del paciente, su poco conocimiento de la enfermedad, el precio de los medicamentos y la complejidad de los tratamientos instaurados.

La complejidad de los tratamientos está relacionada con los efectos secundarios de los medicamentos, la frecuencia en la toma y la politerapia. A pesar que como lo sostiene la OPS no hay pruebas que apoyen una intervención específica para mejorar la adherencia de los pacientes al tratamiento (13).

La falta de adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo, ocasiona la persistencia de cifras elevadas y por tanto mayor patología que genera mayores costos en término de vidas humanas, días de trabajo y dinero. De acuerdo con la observación de que la reducción en el número de dosis, mejora la adherencia, el presente estudio propone el uso de tratamiento homeopático como coadyuvante en el tratamiento convencional de la hipertensión para reducir el número de medicamentos y la frecuencia de la dosis (14).

La prevalencia de la hipertensión arterial (HTA), es muy alta en el mundo; tan solo en los Estados Unidos para el 2005, setenta y tres millones seiscientos mil personas sufrían HTA, es decir una de cada tres personas adultas como lo informa la American heart asociation AHA, De acuerdo con la OPS la prevalencia de la hipertensión oscila entre 14 % y 40 % de la población mundial comprendida entre los 35 y los 64 años y casi la mitad no son conscientes de ello y solo un 27 % tiene controlada la tensión arterial (15).

Al analizar la situación latinoamericana, sus cifras son más preocupantes; según el consenso latinoamericano sobre hipertensión realizado en Argentina en el año 2000, la prevalencia de esta patología oscilaba para la fecha entre el 32 % de Paraguay y el 22 % de Perú. Según el mismo consenso menos del 50 % de estos casos son conocidos, llegando a cifras tan preocupantes como las de México, en donde solo el 28 % de los casos, son conocidos. A pesar del porcentaje tan bajo de pacientes que conocen que sufren esta patología, solo en Argentina y Uruguay se alcanza a tratar al 42 % de ellos, el resto de países de Latinoamérica se ubican por debajo de estas cifras, como Ecuador y Perú donde solo se tratan el 23 y 20 % respectivamente. De los pacientes tratados

los mejores resultados en lo que tiene que ver con el control de la hipertensión los muestra México que logra el control del 22%, seguido de Argentina con el 14.3% y Uruguay con el 11%, el resto de países latinoamericanos que tienen estadísticas, se ubican por debajo del 10% de control de la hipertensión (16,17).

La mayoría de los pacientes que se presentan en Servicios de Urgencias con Hipertensión Arterial vienen acompañados de síntomas, resultado de un tratamiento antihipertensivo inadecuado, mal cumplimiento del mismo ó Hipertensión Secundaria comportándose como hipertensos no controlados. La Homeopatía y la Terapia Floral son capaces de intervenir en el proceso individual y curativo de las enfermedades, ayudando a recuperar la desarmonía del organismo y el control de la Tensión Arterial en estos casos (18,19).

En Cuba al cierre del 2011, la mortalidad general desciende en poco más 4 000 defunciones respecto al 2010, con una tasa de mortalidad general menor del 5,2% de tal manera, se observa una reducción del nivel de mortalidad en todas las causas, a excepción de la muerte por influenza y neumonía y enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores. Así de acuerdo con lo anterior, disminuye el número y la tasa de los años de vida potenciales perdidos. Se mantiene muy baja la mortalidad por enfermedades infecciosas y elevada la frecuencia de enfermedad y muerte por las crónicas no transmisibles (20,21).

Las cinco primeras causas de muerte son las enfermedades del corazón, tumores malignos, la enfermedad cerebrovasculares, la influenza, neumonía y accidentes; ellas concentran el 72% del total de las defunciones del 2011 (22).

Teniendo en cuenta que a nivel nacional, entre las edades de 50 y 64 años las enfermedades cerebrovasculares es la tercera causa de muerte teniendo una tasa 65.8% en el año 2010 y disminuyendo a un 57,2% en el año 2011 y en personas mayores de 65 años siendo también una tercera causa de muerte con una tasa de 574,3% en el año 2010 y 496,5% en el año 2011, observándose una reducción considerable de un año a otro trabajando en base a los factores de riesgo de esta enfermedad y reajustando una adecuada terapéutica tanto farmacológica y no farmacológica (23).

En la provincia, Ciego de Ávila, el total de personas con prevalencia de HTA en diferentes grupos de edades son 81 609 personas de las cuales, en las edades comprendidas entre 20-24 hay un total de 608 masculinos y 537 femeninos, 25-59 años, 20 469 masculinos y 22 563 femeninos, 60-64 años 5834 masculinos y 6360 femeninos y 65 años y más 10 613 masculinos y 14 267 femeninos, durante el año 2012. Dando a conocer que nuestra provincia hay un alto índice de prevalencia de esta enfermedad (24).

En el Policlínico Belkis Sotomayor en el año 2014 existieron un alto índice de pacientes con HTA, de ellos 2238 masculinos y 2574 femeninos para un total de 4812 pacientes, el grupo de edades que mas predomino fue entre los 25 y 59 años de ellos 1145 masculinos y 1202 femeninos para un total de 2347. En el año 2015 se incrementaron los pacientes para un total de 4986 de ellos 2322 masculinos y 2664 femeninos, de igual manera permaneció los grupos de edades entre los 25 y 59 años de ellos 1200 masculinos y 1268 femeninos pero lo más significativo es que entre los 19 y 24 años de edad existieron un debut de 5 masculinos y 1 femenino con un total de 6 pacientes.

Problema: Se desconoce la efectividad de la terapia homeopática como tratamiento coadyuvante en pacientes con hipertensión arterial del consultorio no.03 del Policlínico Universitario “Belkis Sotomayor Álvarez” Municipio Ciego de Ávila.

Hipótesis:

El uso de la terapia homeopática como método terapéutico coadyuvante para la hipertensión arterial pudiera resultar un método efectivo para mejorar características evolutivas de HTA y frecuencia cardiaca en este tipo de pacientes del consultorio no.03 del Policlínico Universitario Belkis Sotomayor Álvarez, Municipio Ciego de Ávila.

OBJETIVOS

Objetivo General. Evaluar la efectividad de la terapia homeopatía como tratamiento coadyuvante en pacientes con HTA del consultorio 3 del Policlínico Universitario Belkis Sotomayor Álvarez, Municipio Ciego de Ávila.

Objetivos Específicos.

1. Caracterizar la muestra según algunas variables socio-demográficas.
2. Describir variable de factores de riesgo de hábito tabáquico en la población de estudio.
3. Evaluar la asociación existente entre el uso de la terapia homeopática y evolución satisfactoria de la frecuencia cardíaca e hipertensión arterial.
4. Identificar las reacciones adversas al tratamiento homeopático

MARCO TEÓRICO

1. Breve introducción

La Hipertensión Arterial es la más común de las condiciones que afecta la salud de los individuos y las poblaciones en todas partes del mundo. Es definida como la presión arterial sistólica (PAS) de 140 mm de Hg. o más, o la presión arterial diastólica de 90 mm de Hg. o más o ambas cifras inclusive (25,26).

Es un rasgo cuantitativo que muestra variación entre valores bajos y valores altos en poblaciones mezcladas y es considerada de origen multifactorial, destacándose entre ellos: a herencia, factores ambientales, hemodinámicos y humorales con participación de varios sistemas fisiológicos complejos integrados (endocrino, nervioso, cardiovascular y renal). Se señala particularmente la importancia del sistema renina-angiotensina-aldosterona en el cerebro y en la periferia el papel central del sistema nervioso autónomo: hiperactividad simpática junto a la hipoactividad parasimpática, efectos de sustancias endógenas circulantes, presencia de neuropéptidos relacionados con los cambios de presión auricular e hipotensión y que participan en el control del tono vascular, el crecimiento y la proliferación celular, la coagulación sanguínea y otras acciones por mecanismos autocrinos, paracrinos y en menor cuantía endocrinos ya sea directamente o por interacción con otras células (27-30).

Representa por sí misma una enfermedad y también un factor de riesgo importante para otras enfermedades como Cardiopatías Isquémicas, Insuficiencia Cardíaca, enfermedad Cerebro Vascular e Insuficiencia Renal repercutiendo en la Retinopatía. La relación estrecha que mantienen la presión sistólica y diastólica y el riesgo cardiovascular ha sido reconocida desde hace mucho tiempo. Están los llamados Hipertensos Controlados que son objeto de menos atención descuidándose la probabilidad de morbilidad o complicaciones asociadas a que están sometidos (31,32).

La presión arterial elevada es un factor de riesgo asintomático de enfermedad cardiovascular, por lo que el objetivo del tratamiento antihipertensivo es reducir

la morbilidad y mortalidad cardiovascular y prolongar una vida útil con los medios menos agresivos posibles. La reducción de la tensión arterial con tratamiento farmacológico disminuye los sucesos mortales y no mortales incluyendo accidentes cerebrovasculares, infartos del miocardio, insuficiencia cardiaca e insuficiencia renal, para ello, independiente de los cambios en el estilo de vida del paciente como dejar de fumar, bajar de peso, moderar el consumo de alcohol hay que sufrir los efectos secundarios de la medicación antihipertensiva (33,34).

En la época actual, donde la Ciencia Médica está tomando con mayor seriedad la conexión entre las emociones y el cuerpo, es cuando se comienza a aceptar la posibilidad de que la mente, actuando a nivel del Sistema Nervioso, es capaz de alterar la fisiología del ser humano, partiendo de que todas las manifestaciones del hombre son psicosomáticas (35-41).

La Asamblea Mundial de la Salud en su reunión del año en 1991 celebrada en Pekín estableció el Programa de Medicina Tradicional destinado a la promoción y desarrollo de los métodos tradicionales de curación (42).

Los medicamentos homeopáticos parten de leyes descritas por Hahnemann (1755-1843), su descubridor, que plantea que las verdaderas curaciones se obtienen con estos medicamentos y que existen fuerzas superiores que intervienen en el estado de salud y enfermedad. Estos inducen al camino más corto para remediar el mal y en relación con esta elaboración se presta a los síntomas mentales y emocionales tanta o más importancia que a los síntomas físicos. La Homeopatía logra efecto sobre el cuerpo físico interactuando con el sistema energético sutil humano, relacionado con la estructura celular física. El cuerpo físico va asociado con una plantilla holográfica de energía llamada cuerpo etéreo. Esta matriz energética contiene datos estructurales en los que se halla codificada la información sobre la morfología y las funciones del organismo, nuestra plantilla etérea es un patrón de crecimiento que ordena los procesos celulares desde un nivel energético más alto. Los cambios del cuerpo etéreo son exteriores a las manifestaciones de la enfermedad en el cuerpo.

La presencia de una estructura anómala en el patrón etéreo a largo plazo conduce a una desorganización en el plano celular del cuerpo físico o lo que es

lo mismo, la enfermedad física se inicia en el plano etéreo antes de que hayan comenzado siquiera las alteraciones celulares físicas (43).

Con el medicamento homeopático se eliminan las propiedades físicas de sus principios activos dejando que predominen las cualidades energéticas sutiles que permanecen en el agua, suministrando el necesario “quantum” de energía sutil al sistema humano mediante algún tipo de inducción por resonancia. La Homeopatía es un puente entre la medicina tradicional y la vibracional (43). Son diluciones de sustancias naturales que se sacan de las plantas, los minerales y los animales. Ellos equiparan diferentes patrones de síntomas o “perfiles” de las enfermedades y actúan para estimular la respuesta curativa natural del organismo bajo el principio igual con igual se cura. Lo que significa que las enfermedades pueden ser curadas por sustancias capaces de provocar en el organismo sano, una afección o síntomas y signos similares a los de la que se desea combatir. Se practica en todo el mundo y 500 millones de personas la utilizan (44-46).

En patologías graves, los medicamentos homeopáticos dan posibilidades complementarias respetando un procedimiento médico optimizado. La homeopatía puede formar parte del sistema sanitario, el primer beneficiado de esta complementariedad es el paciente y tiene su lugar en el hospital para responder a este tipo de demanda (40).

Existen también las Esencias Florales, las cuales son extraídas de flores silvestres cuyas propiedades curativas fueron descubiertas por el Dr. Edward Bach entre los años 1926–1934 en Gran Bretaña, que contienen cantidades minúsculas de sustancias físicas y se consideran remedios vibracionales puros. Actúan a nivel de los vehículos emocional, mental y espiritual. Mejoran las defensas de sus pacientes creando armonía intensa y potenciando los sistemas energéticos superiores por donde el ser humano se vincula con su yo superior. Ejercen su influencia en el cuerpo emocional y el cuerpo mental, pero más en el primero. Al ir devolviendo un ritmo de funcionamiento óptimo a estos planos, los inferiores son beneficiados, por lo que la patología física puede llegar a desaparecer al ser restablecido un flujo adecuado de movimiento de energía. Está basada sobre el paradigma de la física cuántica y no sobre la visión Newtoniana. Según Gerber estas energías se abren paso por el sistema

de circulación de la sangre hasta alcanzar los meridianos y una vez en este punto, se dirigen hacia los Chakras y allí mejoran la capacidad de conversión de las energías sutiles (48,49). La Terapia floral es reconocida por la Organización Mundial de la Salud y en el año 1999 el Ministerio de Salud Pública la oficializó en nuestro país (50).

La Homeopatía y la Terapia Floral son medicinas profundamente humanistas, su práctica exige el conocimiento del ser humano enfermo y ganan cada día más terreno. Su desarrollo se acentúa rápidamente porque los médicos no debemos estar desarmados ante la multiplicidad de estados morbosos que se ofrecen, queremos curar y ellas aportan indicaciones exactas y precisas, clínicas y terapéuticas. Todos los métodos se complementan entre si y pueden ser opciones valiosas en algún caso. Sólo hay una medicina, estas son disciplinas médicas, métodos terapéuticos no convencionales (51-53).

2. Fisiopatología de la hipertensión arterial

Aunque no se ha esclarecido completamente su fisiopatología, si se han venido acumulando suficientes conocimientos sobre esta, lo que ha llevado a la OMS a que proponga el cambio de Hipertensión esencial o idiopática por hipertensión primaria (54).

En la génesis de la hipertensión arterial es necesario considerar el gasto cardiaco y la resistencia vascular periférica; el gasto cardiaco está determinado por el retorno venoso, la contractilidad cardíaca y la frecuencia cardiaca y en cuanto a la resistencia vascular periférica, que es tal vez el mayor determinante, depende del tono arterial, la viscosidad de la sangre y su velocidad de circulación: dentro de estos factores el principal es el tono venoso que está determinado por el sistema simpático y para simpático y de manera principalísima por el riñón, que produce renina, que va al torrente sanguíneo y se une a la globulina hepática hipertensinògeno para formar la angiotensina (54).

2.1. Clasificación de la hipertensión según cifras tensionales.

Según el Joint National Committee of prevention, detection, evaluation and treatment of high blood pressure del 2003, la tensión arterial se clasifica en:

Normal cuando la presión arterial sistólica (PAS) <120 y presión arterial diastólica (PAD) < 80, medida en mm de Hg. Prehipertensión: PAS 120-139 mmHg y PAD 80-89 mmHg; esta es denominada normal alta por la organización mundial de la salud (OMS). Hipertensión estado 1: PAS 140-159 mmHg y PAD 90-99 mmHg Hipertensión estado 2: PAS > 160 mmHg y PAD >100 Para la OMS existe el estado 3 que ubica la PAS > 180 y la PAD > 110 mmHg (55).

2.2. La Hipertensión de acuerdo con su etiología se clasifica.

Hipertensión esencial o idiopática: corresponde al 95 % de todos los casos de hipertensión arterial en adultos y en ellos no se encuentra una causa clara, suele haber una historia familiar de HTA y factores de riesgo asociados derivados de hábitos de vida no saludables como sedentarismo, tabaquismo, obesidad, alcoholismo, alto consumo de sal y situaciones de tensión psicosocial.

Hipertensión secundaria: está causada por una alteración orgánica que se puede identificar (enfermedad renovascular, coartación aórtica) feocromocitoma; corresponde al 5 % del total de casos y debe sospecharse en menores de 20 años y mayores de 55 años con enfermedad de novo o en pacientes que no presentan respuesta a tratamientos bien instaurados (56).

2.3. Factores De Riesgo

Teniendo en cuenta que un factor de riesgo es una característica que de estar presente, facilita o no la ocurrencia de un fenómeno, se han identificado para la HTA factores de riesgo comportamentales, genéticos, sociales, biológicos y psicológicos que pueden facilitar la presencia de esta patología y que pueden ser o no modificados por ciertas conductas de los pacientes, de acuerdo con esto, la misma guía del Ministerio de la Protección Social los clasifica en (57):

Modificables se refiere a los factores de riesgo que están asociados a los estilos de vida de las personas y que por tanto pueden ser modificados y minimizados si hay cambios en las conducta de los individuos; incluyen el tabaquismo, el sedentarismo, la obesidad, el consumo excesivo de sal, alcohol y bajo consumo de potasio.

No modificables: son inherentes al individuo y no pueden ser minimizados ni transformados por este, dentro de estos se encuentran edad, raza (mayor riesgo para la raza negra) género, herencia.

En el tratamiento farmacológico existen varias familias de medicamentos antihipertensivos entre los que se encuentran diuréticos como la hidroclorotiacida o la clortalidona, inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina como captopril, enalapril y lisinopril entre otros, betabloqueadores como propanolol, metoprolol y atenolol, calcio antagonistas como nifedipina, diltiasen y verapamilo, etc. El tratamiento debe iniciarse con un solo medicamento como tiacida o betabloqueadores en menores de 60 años, o IECA en no afroamericanos; si no se consigue la estabilización de las cifras tensionales con la monoterapia, debe iniciarse terapia combinada de acuerdo con la guía del ministerio de la protección social (57).

El tratamiento no farmacológico debe iniciarse en todo paciente, es el tratamiento de primera elección y solo si este falla. debe iniciarse el tratamiento farmacológico; está orientado al cambio de los estilos de vida que atentan contra cifras tensionales normales y que deben incluir el abandono del tabaquismo, reducción de peso, manejo del estrés, dieta rica en verduras y frutas y baja en sodio, en hidratos de carbono y grasas saturadas (57).

La falta de cumplimiento de la medicación para disminuir la presión arterial es una razón principal de la deficiencia en el control de la hipertensión en todo el mundo. Las intervenciones para mejorar el cumplimiento de los fármacos antihipertensivos han sido evaluadas, pero el escaso interés en la falta de cumplimiento del tratamiento, supone a un aumento de visitas por el mal control del factor de riesgo a tratar y un continuo cambio de medicación que nunca llega a ser utilizada. Como consecuencia de esto, el aumento del gasto monetario a corto y medio plazo será siempre mayor. Por la complejidad y la extensión del tema, se hace difícil para muchos médicos tener una idea clara y precisa acerca de la terapéutica más recomendable hacia un paciente o situación en particular. Es arduo seguirle la pista a tantas publicaciones que aportan a la resolución de una duda en particular, a veces con resultados contradictorios (57).

3-Homeopatía

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 (1991 a) (58).

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 (Hahnemann 2001 a) 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 (58,59).

Cuando la persona de acuerdo con su susceptibilidad es “atacada” por el medio y alterada su armonía sicobiológica, 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 (60).

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 (60,61).

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, palpitaciones 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 (61).

La homeopatía es un sistema médico no tóxico y de bajo costo utilizado por cientos de millones de personas de todo el mundo. Resulta especialmente eficaz en enfermedades crónicas que no responden a los tratamientos convencionales. El lugar de la homeopatía consiste en tratar el terreno de la obesidad o trastornos metabólicos, regular consecuencias del estrés y tratar HTA esencial cuando es moderada y no muy antigua, cuando la vasomotricidad es aún sensible al SNC y cuando el proceso aterosclerótico no está muy avanzado. Existen medicamentos para HTA espasmódica (leve), HTA con arteriosclerosis y con tropismo arterial (moderada). La escogencia del medicamento ideal se realiza sopesando el estado físico y la personalidad del paciente (12). Las investigaciones no han proporcionado apoyo consistente en cuanto a la relación directa entre hipertensión y relación mente cuerpo (62).

La elección del fármaco es el elemento crucial de la prescripción, debiéndose tomar en cuenta diversos factores, particularmente la experiencia previa del médico, los paciente con antihipertensivos antes tratados, la capacidad de seguir el tratamiento, el menor número de pastillas posible, el costo y la presencia de comorbilidades (62).

La falta de cumplimiento de la medicación para disminuir la presión arterial es una razón principal de la deficiencia en el control de la hipertensión en todo el mundo. Las intervenciones para mejorar el cumplimiento de los fármacos antihipertensivos han sido evaluadas, pero el escaso interés en la falta de cumplimiento del tratamiento, supone a priori un aumento de visitas por el mal control del factor de riesgo a tratar y un continuo cambio de medicación que nunca llega a ser utilizada. Como consecuencia de esto, el aumento del gasto monetario a corto y medio plazo será siempre mayor. Por la complejidad y la extensión del tema, se hace difícil para muchos médicos tener una idea clara y precisa acerca de la terapéutica más recomendable hacia un paciente o

situación en particular. Es arduo seguirle la pista a tantas publicaciones que aportan a la resolución de una duda en particular, a veces con resultados contradictorios (56-60).

La belladona (*Atropa belladonna*) es una especie de arbusto perenne, de la familia Solanaceae. Es nativa de Europa, norte de África, y oeste de Asia, y se puede encontrar naturalizada en partes de Norteamérica. Tiene una tolerancia baja a la exposición directa al sol. Se encuentra en áreas normalmente sombreadas y con un suelo rico en limo (63).

Planta perenne herbácea, de la familia de las Solanáceas. Con frecuencia es un subarbusto, a partir de un rizoma carnoso. Las plantas crecen hasta 1,5 metros (4,9 pies) de altura con hojas largas ovaladas de unos dieciocho centímetros. Tallos muy ramificados y leñosos en su base. Sus flores, son llamativas por su forma acampanada, aunque no suelen ser de color vistoso. Las flores en forma de campana son de color púrpura con reflejos verdes a verdosas y olor débil. Los frutos son bayas de color verde a un color negro brillante al madurar totalmente, y aproximadamente 1 centímetro de diámetro. Las bayas son dulces, contienen atropina y son consumidas por las aves que dispersan las semillas en sus excrementos, a pesar que las semillas contienen alcaloides tóxicos. Hay una forma pálida de flor amarilla llamada *Atropa belladonna* var. *lutea* con frutos de color amarillo pálido. *Atropa belladonna* se utiliza muy poco en los jardines, pero cuando se planta es por lo general por sus grandes frutos vistosos. Se ha naturalizado en algunas partes de América del Norte, donde se encuentra a menudo en lugares sombreados y húmedos de suelo calizo. Se considera una especie de maleza en algunas partes del mundo, donde coloniza zonas con suelos alterados eutrofizados, colinas boscosas o yacimientos carboníferos. La germinación de las semillas es a menudo difícil, debido a la cubierta dura de las semillas que causan latencia. La germinación tarda varias semanas bajo condiciones de temperatura alterna, pero se puede acelerar con el uso de ácido giberélico. Las semillas están diseñadas para pasar por el sistema digestivo de las aves (63,64).

Atropa belladonna.

Al igual que las Daturas o la Mandrágora, esta planta han sido objeto de creencias, leyendas y fábulas de todo tipo -y lo sigue siendo hasta hoy-. Fue

utilizada en el antiguo Egipto como narcótico, luego por los sirios para "alejar los pensamientos tristes", pero se difunde su uso en secreto por las brujas de la Edad Media. Su nombre deriva del uso doméstico que hacían las damas italianas, que se frotaban un fruto de belladona debajo de los ojos para lucir hermosas (en realidad produce midriasis o dilatación de las pupilas) (63,64).

Dentro de sus características es una planta que crece en lugares sombreados, normalmente alcanza una altura de 1,5 metros, posee flores de color morado y un mal olor característico.

Los frutos de belladona son alcaloides (hiosciamina, atropina, escopolamina), derivados de los tropanos, la convierten en una planta venenosa, capaz de provocar estados de coma o muerte si es mal administrada. En dosis tóxicas provoca cuadros de delirio y alucinatorios. A pesar de ello, la planta se utiliza medicinalmente en oftalmología, como antiespasmódico, antiasmático, anticolinérgico, etc. Correctamente utilizada en neumología se usa para problemas de espasmos bronquiales aunque puede acarrear deshidratación de secreciones. Los extractos de belladona se han empleado clásicamente en el tratamiento de la enfermedad de Parkinson y los síndromes parkinsonianos con relativo éxito, cuidando de prevenir efectos colaterales y adversos. La belladona también se emplea en gastroenterología en dosis bajas como neuroregulador intestinal en casos de colon irritable, colitis ulcerosa, etc. En dosis moderadas puede servir como un buen analgésico o una planta anestésica (63,64).

Usos

Las bayas de la belladona (*A. belladona*) se han utilizado en los tratamientos tradicionales durante siglos para una variedad de síntomas incluyendo dolor de cabeza, síntomas menstruales, enfermedad de úlcera péptica, la reacción histamínicos, la inflamación y la enfermedad de movimiento. Al menos hasta el siglo XIX las revistas de medicina ecléctica explicaban cómo preparar una tintura de Belladona para la administración directa a los pacientes (63,64).

Los preparados homeopáticos de belladona se han vendido como tratamientos para varias enfermedades, aunque no hay evidencia científica para apoyar su

eficacia clínica y en ensayos de investigación, la preparación más común se diluye hasta el nivel 30 C en la notación homeopática. Este nivel de dilución, no contiene ninguna traza mensurable con el instrumental actual de la planta original, aunque con preparaciones con menor nivel de dilución han mostrado que estadísticamente pueden contener trazas de la planta se anuncian para la venta (63,64).

Principios activos

Contiene en las partes aéreas: alcaloides tropánicos (0,03-0,06%): l-hiosciamina (predominante en la planta fresca), atropina (en la planta seca), norhiosciamina, noratropina. Ésteres del escopolanol: escopolamina o hioscina, atroscina. Hidroxicumarina: escopoletol. Contiene en la raíz y rizomas: cumarinas: escopoletol, umbeliferona, hiosciamina, atropina, cuscohigrina, bellaradina. En otras fuentes: hiosciamina, atropina, hiescina, escopolamina, piridina, ácido crisatrófico, taninos y almidón (63,64).

METODOLOGÍA

Se realizó un ensayo clínico, controlado y aleatorizado, en fase IV en el consultorio no.03 del Policlínico Universitario Belkis Sotomayor Álvarez, Municipio Ciego de Ávila, en el período comprendido de abril de 2014 hasta febrero de 2015, para evaluar la efectividad de la terapia homeopatía como tratamiento coadyuvante en pacientes con HTA del municipio Ciego de Ávila, para ello se evaluará comparativamente los resultados de un grupo que recibirá solo el tratamiento tradicional con los de un grupo que se le sumará además el tratamiento alternativo homeopático.

Universo y muestra

El universo de trabajo quedó conformado por 100 pacientes con diagnóstico de HTA del consultorio³ que asistieron a consulta de seguimiento y control del área de salud del Policlínico Belkis de Ciego de Ávila, en el periodo comprendido de dicho estudio. Para la asignación de los pacientes al grupo experimental (GE) y al grupo control (GC) se hará por muestreo aleatorio sistemático, a partir de un consecutivo de 20 pacientes. Los pacientes fueron divididos en dos grupos de estudio, uno al cual se le aplicó la terapia homeopática como método terapéutico coadyuvante sumado al tratamiento tradicional farmacológico (grupo experimental) (GE) y otro al que se le aplicó solo el tratamiento convencional farmacológico, grupo control (GC).

Para la selección de los pacientes de cada grupo de estudio se utilizó un muestreo sistemático, que por ser un tipo de muestreo aleatorio permitirá realizar inferencia a la población de los resultados alcanzados en el estudio. Se realizó un pareo grupal, teniendo en cuenta para el mismo como criterio de pareo la selección de pacientes con diagnóstico de HTA, agrupados además por edades y sexo. La selección de pacientes para el estudio solo dependerá de que cumpla los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión

Pacientes mayores de 18 años que expresen su deseo en participar en el estudio a través de la firma del consentimiento informado (ver anexo I).

Pacientes con HTA grado I (criterios según el Programa Nacional de Prevención, Diagnóstico, Evaluación y Control de la Hipertensión Arterial) (ver anexo II).

Pacientes con monoterapia antihipertensiva y que no presenten enfermedades asociadas.

Pacientes que no cumplan con el tratamiento prescrito para el estudio.

Criterios de exclusión

Pacientes con HTA que no presenten otra patología asociada (IMA, EPOC, DM ECV).

Pacientes con HTA que tomen más de una monoterapia.

Pacientes que presenten algún antecedente de alergia a la planta de belladona.

Pacientes encamados y mayores de 80 años.

Métodos de obtención de la información

Captación de los pacientes en el consultorio: se realizó en el consultorio del médico de la familia para escoger del total de los pacientes con hipertensión esencial en estadio I a 20 pacientes que cumplan con los criterios de inclusión que conformaron la muestra de estudio, realizando para ello una consulta programada con interrogatorio, examen físico completo, para descartar a los pacientes que presenten hipertensión arterial secundaria o que se encuentren en estadios II y III. Para el cumplimiento de esto se usó la guía establecida en el consenso latinoamericano de hipertensión que considera “se justifica sospechar hipertensión secundaria en pacientes que presentan una o más de las siguientes características: hipertensión de nivel 3, hipertensión resistente, hipertensión de comienzo confirmado en la adolescencia o después de los 55 años, agravamiento abrupto de la hipertensión, daño de órgano blanco grave o enfermedad cardiovascular clínica establecida, antecedente de emergencia hipertensiva, hipocaliemia no explicada, hematuria, proteinuria o elevación de la creatinina, o enfermedad vascular aterosclerótica”.

Metodología de aplicación de la terapia homeopática:

En esta consulta se separaron a los 20 pacientes en dos grupos de 10 pacientes cada uno. A cada paciente se le confeccionó historia clínica homeopática donde se realizó un interrogatorio exhaustivo, se examinó el paciente tanto física como psíquicamente para poder seleccionar el tratamiento homeopático adecuado según individualidad de cada paciente serán formulados de acuerdo con la técnica unicista, utilizando para ello la repertorización.

La potencia del medicamento homeopático fue establecida de acuerdo con la individualidad del paciente como se mencionó anteriormente, teniendo en cuenta que las potencias altas se prefieren cuando el cuadro tiene mayor componente mental, o cuando más similitud hay entre el medicamento y el cuadro clínico del paciente, además se incluyó educación sobre estilos de vida saludable y necesidad de adherencia al tratamiento.

Etapa de seguimiento: el seguimiento a los pacientes se realizó de forma semanal durante un mes en la consulta de homeopatía con la especialista en medicina tradicional y natural y el especialista de MGI, quedando así una frecuencia de evaluación semanal a cada paciente, donde se verificaron las cifras de tensión arterial, la aparición de efectos adversos, la adherencia al tratamiento y la medición de las cifras de PA en cada consulta de seguimiento.

Para el grupo experimental se repertorizó cada caso de acuerdo a su totalidad sintomática después de realizar la HC homeopática inicial, para indicar el medicamento de fondo, los síntomas del paciente se tratarán con los indicados para cada caso. Pueden variar los medicamentos según la respuesta de los pacientes en las evaluaciones sistemáticas, los medicamentos homeopáticos han sido experimentados en sujetos sanos y por esta razón se conoce la sintomatología que pueden producir.

Estos medicamentos se encuentran en dinamodiluciones medias y su accionar es de tipo local y el constitucional que actuará en la curación. Las diluciones a utilizar serán a 6 CH y 30 CH en caso del tratamiento sintomático, los constitucionales se indicarán a la 200 CH. Los medicamentos homeopáticos obtenidos serán administrados de la siguiente forma:

1. Administrar por vía oral 10 gotas diluidas en una onza de agua en adultos.
2. Se administrará 3 veces al día en las dinamodiluciones a la 6CH, 2 veces al día en dinamodiluciones a la 30CH y una vez a la semana en la dinamodilusión 200CH, durante el período que dure el tratamiento.

A cada paciente el investigador clínico le prescribió la receta con el medicamento de fondo y el correspondiente por su clínica, se le confeccionó un método con todas las recomendaciones antes descritas y la posología, se confirmó que el paciente ha comprendido la explicación.

El procedimiento de elaboración del tratamiento se detalla en el (Anexo III).

Etapa de Evaluación del estudio: Se realizó al final del estudio una comparación en los resultados de la toma sistemática de la tensión arterial, la adherencia al tratamiento y la aparición de reacciones adversas en ambos grupos de estudio.

Operacionalización de variables

Variable	Tipo	Operacionalización		Indicador
		Escala	Descripción	
Edad	Cuantitativa continua	Medidas de tendencia central.	Según años cumplidos.	Media y desviación estándar
Sexo	Cualitativa nominal dicotómica	Masculino Femenino	Según sexo biológico	Número y porcentaje según grupos de edades
Hábito de fumar	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Según si presenta hábito tabáquico.	Número y porcentaje según grupos de edades
Frecuencia cardíaca *	Cualitativa Ordinal	Bradicardia Frecuencia cardíaca normal. Taquicardia.	Según frecuencia cardíaca tomada de forma semanal	Número y porcentaje según grupos de pertenencia
Tensión arterial sistólica y diastólica **	Cuantitativa continua	Medidas de tendencia central.	Según valores de tensión arterial Establecida en mmHg.	Número y porcentaje según grupos de edades
Efectos adversos	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Según presencia de efectos adversos	Número y porcentaje según grupos de edades

Frecuencia cardiaca

Disminución de la frecuencia cardiaca (FC) por debajo de 60 latidos por minuto.

Frecuencia cardíaca de 60-100 latidos por minuto.

Aumento de la FC por encima de 100 latidos por minuto.

Tensión arterial

Descenso de la tensión arterial sistólica por debajo de 100 mmHg.

Tensión arterial sistólica entre 100-140 mmHg.

Aumento de la tensión arterial sistólica por encima de 140mmHg.

Plan de análisis de los resultados

Se confeccionó una base de datos en el programa Excel para sintetizar toda la información y será resumida en frecuencias absolutas y porcentajes.

Para el análisis de las variables socio-demográficas se utilizó estadística descriptiva de media y desviación estándar

Para el análisis de los datos se utilizó la técnica de independencia basada en la distribución de Chi cuadrado para determinar la presencia de asociación estadística entre variables categóricas. Además se aplicó la prueba T de student para la comparación de medias en variables cuantitativas con normalidad de los datos.

Aspectos éticos

Este ensayo clínico se realizó en correspondencia con las regulaciones establecidas en la declaración de Helsinki (Somerset West, República de Sudáfrica; octubre de 1996).

Se pidió a todos los pacientes seleccionadas su consentimiento para participar en el estudio. Se explicó el carácter voluntario de declarar aquellos aspectos que no dañen su dignidad, se insistió en el carácter confidencial de los datos y el manejo anónimo de los participantes, con el uso de códigos de identificación. La autonomía se mantuvo desde la decisión individual de participar o no en la investigación, por lo que cada paciente leyó, en presencia del investigador, la información necesaria y oportuna sobre el estudio, para posteriormente ambos firmar el acta de consentimiento informado.

Se sostuvo una interacción justa y benéfica con los pacientes. Siguiendo de esta forma los principios de Autonomía, Beneficencia, No Maleficencia y Justicia.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.

Se trabajó con una muestra de 20 pacientes hipertensos, a la mitad de los cuales se les aplicó una terapia homeopática como tratamiento coadyuvante, para evaluar el beneficio sobreañadido de la misma sobre el mejor control de la tensión arterial.

Tabla 1. Pacientes según grupo de estudio y edades. Ciego de Ávila. 2015.

Grupos de estudio	N	Edad			
		Media	Desv. típ.	Mínimo	Máximo
Experimental	10	56,4	6,7	45	66
Control	10	63,2	10,3	47	76
Total	20	59,8	9,1	45	76

Prueba T para la igualdad de medias. $p = 0,097$

La tabla 1 muestra la distribución de pacientes según grupo de estudio al que fueron asignados y las medidas de tendencia central y de dispersión de las edades de los mismos.

Se pudo observar que la media general de la serie, fue de 59,8 años, con una dispersión de los datos respecto a su media de 9,1 años y valores máximos y mínimos de 45 y 76 años por ese orden.

La media de edades del grupo experimental resultó ligeramente menor que la de la serie, con 56,4 años y los datos de desviaron de la misma en 6,7 años como promedio, mientras que en el grupo control, el valor medio de edades se presentó en 63,2 años con una dispersión respecto a su media de 10,3 años.

El resultado de la prueba estadística empleada, indicó que las medias de las edades de los pacientes para ambos grupos de estudio, no resultaron significativamente diferentes entre sí, por lo que cumple así la edad como variable de pareo para la comparabilidad inicial de los grupos.

En un estudio sobre Homeopatía y Terapia Floral en pacientes con Hipertensión Arterial realizado en España por Pérez Castillo (65), este hace una caracterización de los pacientes según la edad, sexo y observa un predominio de los pacientes incluidos en el rango mayor de 50 años, similar a

lo encontrado en el presente estudio. Con respecto a la Edad nuestros resultados coinciden con la mayoría de los autores consultados, los cuales refieren 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; observándose cambios estructurales y funcionales en el árbol vascular, que contribuyen a la resistencia del árbol vascular periférico, factores muy importantes en la génesis de la Hipertensión Arterial en pacientes de estas edades , o sea, que 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 un engrosamiento persistente de los vasos de resistencia (66-72).

Tabla 2. Pacientes según grupo de estudio y sexo. Ciego de Ávila. 2015.

Sexo	Grupos de estudio				Total	
	Experimental		Control			
	No.	%	No.	%	No.	%
Masculino	6	60,0	6	60,0	12	60,0
Femenino	4	40,0	4	40,0	8	40,0
Total	10	100,0	10	100,0	20	100,0

La tabla 2 muestra la distribución de los pacientes según la asignación a grupos de estudio y el sexo biológico de pertenencia.

Se pudo observar un total de 12 pacientes pertenecientes al sexo masculino, que representaron el 60,0%, con distribuciones idénticas de 6 pacientes por grupos, y el mismo porcentaje del total (60,0%). Las féminas estuvieron representadas por 8 pacientes para un 40,0% del total e idénticas distribuciones igual que los masculinos.

No se realizó prueba estadística en la presente tabla por no incurrir en un uso irreflexivo de la prueba, partiendo de la equidad manifiesta. Se presenta así la edad como segunda variable de pareo intencional por parte de la autora de la investigación.

En relación a lo que se ha estudiado entre la analogía de sexo e Hipertensión Arterial, observamos que, nuestros resultados coinciden con algunos autores, ya que se ha descrito que esta patología es más frecuente en el hombre que en la mujer antes de los 40 años, después de lo cual 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 Hipertensión Arterial (66-77).

Tabla 3. Pacientes según grupo de estudio y hábito de fumar. Ciego de Ávila. 2015.

Hábito de fumar	Grupos de estudio				Total	
	Experimental		Control			
	No.	%	No.	%	No.	%
Si	4	40,0	5	50,0	9	45,0
No	6	60,0	5	50,0	11	55,0
Total	10	100,0	10	100,0	20	100,0

Chi cuadrado de Pearson (corrección de Yates): 1,000

La tabla 3 muestra la distribución de pacientes según el grupo de estudio de pertenencia por asignación de muestreo y la referencia de los mismos sobre la práctica del hábito de fumar.

Se pudo observar que 9 pacientes referían la práctica del hábito tabáquico, representando el 45,0% del total, con distribuciones muy parejas entre los grupos, siendo indicado por 4 pacientes del grupo experimental del que representaron el 40,0% y 5 del grupo control (50,0%).

El análisis del resultado de la Chi cuadrado de Pearson en la corrección de Yates para tablas 2x2, arrojó un resultado no significativo, que indica que el hábito de fumar, presentaba una distribución homogénea entre ambos grupos de estudio, con un resultado de la p calculada muy superior a 0,05.

Tabla 4. Pacientes según grupo de estudio y medias de frecuencia cardiaca y tensión arterial en evaluación inicial. Ciego de Ávila. 2015.

Evaluación (inicial)	Grupos de estudio	Edad				p*
		Media	Desv. típ.	Mínimo	Máximo	
Frecuencia cardíaca	Experimental	79,7	8,7	60	88	0,784
	Control	80,6	5,3	69	87	
Tensión arterial diastólica	Experimental	91,5	5,3	80	100	0,245
	Control	88,0	7,5	80	100	
Tensión arterial sistólica	Experimental	137,5	8,6	120	150	0,021
	Control	128,0	8,2	120	140	

*Prueba T para la igualdad de medias

La tabla 4 muestra la distribución de pacientes según el grupo de estudio al que pertenece y las medidas de tendencia central y de dispersión de la frecuencia cardiaca y TA (tensión arterial) al inicio de la investigación.

La frecuencia cardiaca en el grupo experimental, al inicio de la investigación, presentó una media de 79,7 con una dispersión de los datos respecto a su media de 8,7 lpm (latidos por minutos), mientras que en el grupo control, resultaba ligeramente mayor con 80,6 lpm, y una menor desviación típica con 5,3. No se encontraron diferencias significativas entre los grupos.

La TA diastólica al comienzo, presentó una media de 91,5 mmhg para el grupo experimental y los datos se alejaron en promedio 5,3 mmhg de su media, mientras que el grupo control presentaba una menor media (88,0 mmhg), con los datos más dispersos (7,5 mmhg), pero sin diferencias significativas.

La TA sistólica, resultó también mayor en el grupo experimental (137,5 mmhg), que en el grupo control (128,0 mmhg), con diferencias significativas entre dichas medias y la dispersión de los datos fue muy pareja para ambos grupos con 8,6 mmhg y 8,2 mmhg respectivamente.

Tabla 5. Pacientes según grupo de estudio y medias de frecuencia cardiaca y tensión arterial en la 1ra semana de tratamiento. Ciego de Ávila. 2015.

Evaluación (1ra semana)	Grupos de estudio	Edad				p*
		Media	Desv. típ.	Mínimo	Máximo	
Frecuencia cardíaca	Experimental	78,4	7,0	63	87	0,769
	Control	79,3	6,5	67	88	
Tensión arterial diastólica	Experimental	76,0	3,2	70	80	0,023
	Control	81,5	6,3	70	90	
Tensión arterial sistólica	Experimental	117,5	4,2	115	125	0,534
	Control	119,0	6,1	110	130	

*Prueba T para la igualdad de medias

La tabla 5 muestra la distribución de pacientes según el grupo de estudio al que pertenece y las medidas de tendencia central y de dispersión de la frecuencia cardiaca y tensión arterial a la semana de comenzada la investigación.

La frecuencia cardiaca en el grupo experimental, con una semana del inicio de la investigación, presentó una media de 78,4 con una dispersión de los datos respecto a su media de 7,0 lpm, mientras que en el grupo control, resultaba ligeramente mayor con 79,3 lpm, y una menor desviación típica con 6,5. No se encontraron diferencias significativas entre los grupos.

La TA diastólica a la semana del comienzo, presentó una media de 76,0 mmhg para el grupo experimental y los datos se alejaron en promedio 3,2 mmhg de su media, mientras que el grupo control presentaba una media significativamente mayor (81,5 mmhg), con los datos más dispersos (7,5 mmhg) que en el grupo experimental.

La TA sistólica, resultó también menor en el grupo experimental (117,5 mmhg), que en el grupo control (119,0 mmhg), pero esta vez sin diferencias significativas entre dichas medias y la dispersión de los datos resultó menor en el primero (4,2 mmhg) que en el grupo control (6,1 mmhg).

Tabla 6. Pacientes según grupo de estudio y medias de frecuencia cardiaca y tensión arterial en la 2da semana de tratamiento. Ciego de Ávila. 2015.

Evaluación (2da semana)	Grupos de estudio	Edad				p*
		Media	Desv. típ.	Mínimo	Máximo	
Frecuencia cardíaca	Experimental	80,6	4,0	75	88	0,531
	Control	79,2	5,7	70	89	
Tensión arterial diastólica	Experimental	74,5	4,4	70	80	0,128
	Control	78,0	5,4	70	85	
Tensión arterial sistólica	Experimental	111,0	5,7	100	120	0,046
	Control	116,5	5,8	110	125	

*Prueba T para la igualdad de medias

La tabla 6 muestra la distribución de pacientes según el grupo de estudio al que pertenece y las medidas de tendencia central y de dispersión de la frecuencia cardiaca y tensión arterial a las dos semanas de comenzado el tratamiento.

La frecuencia cardiaca en el grupo experimental, presentó una media de 80,6 lpm, con una dispersión de los datos respecto a su media de 4,0 lpm, mientras que en el grupo control, resultaba ligeramente menor con 79,2 lpm, y una mayor desviación estándar con 5,7. No se encontraron diferencias significativas entre los grupos.

La TA diastólica para el grupo experimental, presentó una media de 74,5 mmhg y los datos se alejaron en promedio 4,4 mmhg de su media, mientras que el grupo control presentaba una media visiblemente mayor (78,0 mmhg), pero sin ser significativa dicha diferencia, con los datos más dispersos (5,4 mmhg) que en el grupo experimental.

La TA sistólica, en el grupo experimental, a la segunda semana, resultó también menor (111,5 mmhg), que en el grupo control (116,5 mmhg), con diferencias significativas entre dichas medias y la dispersión de los datos resultó muy pareja con 4,2 mmhg y 6,1 mmhg respectivamente.

Tabla 7. Pacientes según grupo de estudio y medias de frecuencia cardiaca y tensión arterial en la 3ra semana de tratamiento. Ciego de Ávila. 2015.

Evaluación (3ra semana)	Grupos de estudio	Edad				p*
		Media	Desv. típ.	Mínimo	Máximo	
Frecuencia cardiaca	Experimental	78,9	4,4	70	87	0,172
	Control	81,9	5,0	71	89	
Tensión arterial diastólica	Experimental	75,0	5,3	70	80	0,201
	Control	78,0	4,8	70	85	
Tensión arterial sistólica	Experimental	109,0	5,7	100	120	0,001
	Control	118,0	4,2	110	120	

*Prueba T para la igualdad de medias

La tabla 7 muestra la distribución de pacientes según el grupo de estudio al que pertenece y las medidas de tendencia central y de dispersión de la frecuencia cardiaca y tensión arterial luego de la tercera semana de comenzado el tratamiento.

La frecuencia cardiaca en el grupo experimental, presentó una media de 78,9 lpm, con una dispersión de los datos respecto a su media de 4,4 lpm, mientras que en el grupo control, resultaba ligeramente mayor con 81,9 lpm, y una mayor desviación estándar con 5,0. No se encontraron diferencias significativas entre los grupos.

La TA diastólica después de tres semanas de tratamiento en el grupo experimental, presentó una media de 75,0 mmhg y los datos se alejaron en promedio 5,3 mmhg de su media, mientras que el grupo control presentaba una media algo mayor (78,0 mmhg), sin diferencias significativas entre ellos, con una menor dispersión de los datos (4,8 mmhg).

La TA sistólica, en el grupo experimental, a la tercera semana, resultó también menor (109,0 mmhg), que en el grupo control (118,0 mmhg), con diferencias significativas entre dichas medias y la dispersión de los datos resultó mayor en el primero con 5,7 mmhg por 4,2 mmhg el segundo.

Tabla 8. Pacientes según grupo de estudio y medias de frecuencia cardiaca y tensión arterial en la 4ta semana de tratamiento. Ciego de Ávila. 2015.

Evaluación (4ta semana)	Grupos de estudio	Edad				p*
		Media	Desv. típ.	Mínimo	Máximo	
Frecuencia cardíaca	Experimental	78,9	5,4	70	89	0,780
	Control	78,2	5,7	69	88	
Tensión arterial diastólica	Experimental	73,5	6,7	60	80	0,128
	Control	77,5	4,2	70	80	
Tensión arterial sistólica	Experimental	107,0	6,7	100	120	0,004
	Control	116,0	5,2	110	120	

*Prueba T para la igualdad de medias

La tabla 8 muestra la distribución de pacientes según el grupo de estudio al que pertenece y las medidas de tendencia central y de dispersión de la frecuencia cardiaca y tensión arterial luego de terminar el tratamiento a las cuatro semanas.

La frecuencia cardiaca en el grupo experimental, presentó una media de 78,9 lpm, con una dispersión de los datos respecto a su media de 5,4 lpm, muy cercana a la del grupo control (78,2 lpm), lo mismo ocurrió con la dispersión de uno u otro grupo con 5,4 y 5,7 respectivamente. No se encontraron diferencias significativas entre los grupos.

La TA diastólica al terminar el tratamiento en el grupo experimental, presentó una media menor (73,5 mmhg) que la del grupo control (77,5 mmhg), aunque sin diferencias significativas entre ellas y una mayor dispersión en el primer grupo con 6,7 mmhg por los 4,2 mmhg del segundo.

La TA sistólica, en el grupo experimental, al concluir la última semana de tratamiento, resultó menor (107,0 mmhg), que en el grupo control (116,0 mmhg), con diferencias significativas entre dichas medias y la dispersión de los datos resultó también mayor en el primero con 6,7 mmhg por 5,2 mmhg el segundo.

En un estudio sobre utilidad de las terapias alternativas en pacientes hipertensos, realizado por Gallego Rivas y Cols (78). esta reporta que en la utilización de terapias alternativas por parte de la población en estudio, en una frecuencia de 71,3% muestra una coincidencia con estudios previamente realizados en Estados Unidos (79) y Costa Rica (90) donde teniendo en cuenta una población con variables demográficas similares, se observa que la mayoría de pacientes hipertensos utilizan un tratamiento alternativo como complemento del tratamiento convencional y frecuentemente combinan estas dos terapias con resultados beneficiosos para el control de la enfermedad muy significativos estadísticamente.

Las terapias naturales permiten lograr un potencial curativo extraordinario y ser utilizadas en primera línea. Nuestros resultados coinciden con los reportes de Ochoa Bernal que obtuvieron una importante mejoría clínica de la tensión arterial en los pacientes tratados con remedios homeopáticos; además, en nuestra investigación se reafirma lo señalado por Vijnovsky que propone al Belladona como un remedio eficaz en la hipertensión arterial aguda (81-83).

Tabla 9. Pacientes según grupo de estudio y reacciones adversas. Ciego de Ávila. 2015.

Reacciones adversas	Grupos de estudio				Total	
	Experimental		Control			
	No.	%	No.	%	No.	%
Si	7	70,0	6	60,0	13	65,0
No	3	30,0	4	40,0	7	35,0
Total	10	100,0	10	100,0	20	100,0

Chi cuadrado de Pearson (corrección de Yates): 1,000

La tabla 9 muestra la distribución de hipertensos según los grupos de estudios asignados y la presencia de reacciones adversas.

Se pudo observar que 13 de los participantes, presentaron reacciones adversas para un 65,0% del total, de los cuales 7 correspondieron al grupo experimental del que representaron el 70,0% y 6 al grupo control para un 60,0% de este último.

Un total de 7 pacientes no presentaron las mencionadas reacciones para un 35,0%, 3 de ellos en el grupo experimental (30,0%) y los 4 restantes en el grupo control del que representaron el 40,0%.

Al analizar el resultado estadístico de la prueba chi cuadrado en su variante de corrección de Yates, se pudo observar que no se presentó un resultado significativo por lo que las variables resultaron independientes entre sí.

En cuanto al uso de los fármacos homeopáticos, estos no se consideran nocivos, aunque se ha comprobado que no son inocuos precisamente por ser eficaces ya que pueden producir efectos indeseables cuando no son administrados de forma adecuada (84).

CONCLUSIONES

Predominaron los pacientes entre la sexta y séptima décadas de la vida, sin diferencias significativas entre las edades de los grupos que presentaron igual cantidad de masculinos y femeninos. El hábito de fumar, presentó una distribución homogénea entre los grupos. La frecuencia cardiaca, no presentó diferencias significativas entre los grupos en ninguna de las evaluaciones realizadas. La tensión arterial diastólica, fue significativamente menor en el grupo experimental en la primera semana de tratamiento, mientras que lo mismo ocurría con la sistólica en la evaluación inicial, y la segunda, tercera y cuarta semanas evaluadas. Las reacciones adversas, se distribuyeron de forma homogénea entre los grupos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Horvilleur A. Contribución de la homeopatía a la medicina contemporánea. J OMHI 1995; 8(2); 33-40.
2. Imberecht J. Últimos resultados de las investigaciones en nivel celular en relación con el principio de semejanza. Rev La Homeopatía México 1998;67(596):169-77
3. Lee Torres C. Homeopatía, medicina del futuro. 3 ed. Caracas: Galea; 1996. p. 97.
4. Kay M. Behall. Dietas con alimentos integrales ayudarían a reducir la presión. Journal of the American Dietetic Association, septiembre del 2009
5. Rotimi E. Alujo. La proteína de las arvejas amarillas podría reducir la presión arterial. Journal of american dietetic association. Medlinen Plus. Marzo 2009
6. Ernest E. Prevalence of use complementary Alternative Medicine: A sistematic review. Bull Who 2000; 78 (2): 252 – 257.
7. Escudero Teixido A. Ansiedad preoperatoria y requerimientos anestésicos. 7 Días Médicos 2000; (441): 45- 48.
8. Veilati S. Tratado Completo de Terapia Floral. Tratamiento con flores de Bach, Nueva Generación y Orquídeas. 2ª ed. España: EDAF; 2001. p. 35 – 52.
9. Blome G. El nuevo manual de la curación por las flores de Bach. 2ª ed. España: Robin Book; 1995. p. 15 -17.
10. Draiman M. Homeopatía y Cirugía. [En Línea] (fecha de acceso 6 de Mayo del 2010). URL Disponible en: <http://www.holistica2010.com.ar/home.html>
11. Jouanny J. Nociones fundamentales de terapéutica homeopática. Editorial Boirón. Madrid, 1993.
12. Saíenz González de la Peña B A, Vázquez Vigoa A, De la Noval García R, Dueñas Herrera A, Quirós Luis J J, Debs Pérez G. Tratamiento farmacológico y no farmacológico de la hipertensión arterial. Estudio de 200 casos. Rev Cubana Med (en línea) 2008 (fecha de acceso 18 de julio del 2009); 41 (3): 152-6. URL Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/med/vol41_3_02/med05302.htm
13. Organización Panamericana De La Salud 2004. Adherencia a los tratamientos a largo plazo, Pruebas para la acción: ISBM 9275325499.

14. Shroeder K, Fahey T. Intervenciones para mejorar el cumplimiento del tratamiento en pacientes con hipertensión arterial en ámbitos ambulatorios, 2008 <http://cochrane.bvsalud.org/cochrane/main.php?lib=COC&searchExp=hipertension&lang=es>
15. AMERICAN HEART ASSOCIATION, Heart Disease & Stroke Statistics. 2009 Update
16. Paschero, TP. Homeopatía. 5 ed. Buenos Aires: 1991
17. Sociedad Colombiana De Cardiología, Guías colombianas Para El Diagnostico Tratamiento De La Hipertensión Arterial, Revista Colombiana De Cardiología, Febrero de 2009, Vol. 13, Suplemento 1.
18. Organización Panamericana De La Salud 2004. Adherencia a los tratamientos a largo plazo, Pruebas para la acción: ISBM 9275325499.
19. Pedelty Laura, Gorelick Philip High blood pressure multicentric study. 2008
20. Brookes, L. Sys-Eur: Systolic Hypertension in Europe Trial – Long Term Outcome Results. September 4, 2009.
21. Organización Panamericana De La Salud. 145a sesión del comité ejecutivo. 2011 <http://www.paho.org/spanish/gov/ce/ce145.r12-s.pdf>
22. Dra. Olga Pérez Castillo Homeopatía y Terapia Floral en pacientes con Hipertensión Arterial no controlada Venezuela 2004
23. Anuario estadístico de salud 2011, República de Cuba. La Habana, 2012. Ministerio de salud pública. Dirección nacional de registros médicos y estadísticas de salud.
24. Estadísticas a nivel provincial, provincia Ciego de Ávila, 2012. dirección provincial de salud.
25. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Prevención, diagnóstico, evaluación y control de la Hipertensión Arterial. Ciudad de la Habana. Cuba: Editorial Ciencias Médicas; 1998. p. 11- 12.
26. Comisión Nacional de Hipertensión Arterial. Enfermedades Crónicas no transmisibles. Programa Nacional, diagnóstico, evaluación y control de la Hipertensión Arterial. Rev Cubana Med. (htm) 1999 [En línea] (fecha de acceso 16 de Mayo del 2004); 38 (3):160-9 Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/med/vol38_3_99/med02399.htm.
27. Dávila Cabo de Villa E, Saínez Cabrera H. Anestesia y Enfermedades Asociadas. En: Dávila Cabo de Villa E, Gómez Brito C, Álvarez Bárzaga M,

- Saínz Cabrera H, Molina Lois M. Anestesiología Clínica. Rodas: Damují; 2001. p. 2001. 71 - 99.
28. Rapp J P. Control Genético de la Presión Arterial. En: Izzo Jr J L, Black H R. Primer de Hipertensión. Barcelona: American Heart Association; 1996. p. 66-68.
 29. Goldstein D S. Disfunción Nerviosa Autónoma en la Hipertensión Arterial. En: Izzo Jr J L, Black H R. Primer de Hipertensión. Barcelona: American Heart Association; 1996. p. 7174.
 30. Campo C, Ruilope L M. Angiotensina II e hiperactividad simpática en el riesgo cardiovascular ligado a hipertensión. Medicina General. 2000; Diciembre (29): 10051006.
 31. Díaz Núñez J. Hipertensión Arterial. Estratificación de Riesgo. Rev Cubana Med Gen Integr 1999; 15(6): 597 – 604.
 32. Freedman T W. Epidemiología de la Enfermedad Cardiovascular. En: Wyngarden J B, Smith J R, Bennette I J. Tratado de Medicina Interna. 19 ed. México: Editorial McGraw; 1994. p. 124 –128.
 33. Psaty B M, Furberg C D. Estudios de Tratamientos Antihipertensivos, Morbilidad y Mortalidad. En: Izzo J L, Black H R. Primer de Hipertensión. Barcelona: American Heart Association; 1996. p. 239-244.
 34. Gifford R W. Enfoque del Tratamiento de la Hipertensión. En: Izzo J L, Black H R. Primer de Hipertensión. Barcelona: American Heart Association; 1996. p. 341-345.
 35. Hernández Simón P, Maicas C, González Pérez P, Rodríguez Radial L. Crisis Hipertensivas. Monocardio 2003; 4(V): 250-261.
 36. Ernest E. Prevalence of use complementary Alternative Medicine: A sistematic review. Bull Who 2000; 78 (2): 252 – 257.
 37. Escudero Teixido A. Ansiedad preoperatoria y requerimientos anestésicos. 7 Días Médicos 2000; (441): 45- 48.
 38. Veilati S. Tratado Completo de Terapia Floral. Tratamiento con flores de Bach, Nueva Generación y Orquídeas. 2ª ed. España: EDAF; 2001. p. 35 – 52.
 39. Blome G. El nuevo manual de la curación por las flores de Bach. 2ª ed. España: Robin Book; 1995. p. 15 -17.

40. Draiman M. Homeopatía y Cirugía. [En Línea] (fecha de acceso 6 de Mayo del 2003). URL Disponible en: <http://www.holistica2000.com.ar/home.html>
41. Orozco R. Flores de Bach: Manual para terapeutas avanzados. 1ª ed. Barcelona: Indigo; 1996. p. 103 - 215.
42. Berdonces J L. La Medicina Complementaria Hoy. Rol Enferm 2000; 23(2):90 – 95.
43. Gerber R. La Curación Energética. 2ª ed. España: Editorial Robin Book; 1993. p. 45 – 57.
44. Goldberg B. Medicina Alternativa: La Guía Definitiva. California: Editorial Future Medicine; 1999. p. 272 – 274.
45. De Facqz A. Homeopatía: Enfoque Integral del Ser Humano. Carta Médica 1998; 7(1):37.
46. Martínez J. Doctrina y Técnicas Farmacéuticas. Buenos Aires: Editorial Albatros; 1999. p. 32 – 37.
47. Hahnemann. Organón de la Medicina. New Delhi: B. Jain Publishers; 1997. p. 85 – 87.
48. Gerber R. La Curación Energética. 2ª ed. España: Editorial Robin Book; 1993. p. 25 - 44.
49. Vijnovsky S. Un paso más... hacia el enfoque homeopático de las flores de Bach. 1ª ed. Argentina: Mac Print; 1998. p. 11 – 15.
50. Rodríguez B C. Terapia Floral y Estimulación Psicosensorial en el niño con deficiencia psíquica. 1ª ed. Barcelona: Índigo; 2001. p. 17 – 28.
51. Bach E. Los remedios florales. Escritos y Conferencias. Madrid: Pus Vitae; 1993. p. 57 – 78.
52. Orozco R. Flores de Bach. Manual de aplicaciones locales. 1ª ed. Barcelona: Índigo; 2003. p. 112 – 118.
53. Guajardo G, Bellavite P, Wymm S, Searcy R, Fernández R, Kayne S. Hacia un consenso en terminología y semántica. La Homeopatía de México 2001; 70 (613): 117 – 122.
54. Roca-Cusachs, A. Nifedipino OROS y sus efectos sobre el sistema vascular. Siete días médicos. 2002; 517 (3): 29-30.
55. Varon J, Marik PE: The diagnosis and management of hypertensive crisis. Chest 2000; 118: 214-227.

56. Gorssmann E, Messereli F H, Grodzicki T, Koney P: Should a moratorium be placed on sublingual Nifedipine capsules given for hypertensive emergencies and pseudoemergencies? JAMA 1996; 276: 1328-1331.
57. Messerli F, Mancía G. Cómo tratar adecuadamente en Hipertensión Arterial. En: Kaplan N. Documentos de Vanguardia en Hipertensión. 1ª ed. España: Pfizer; 1998. p. 3 - 22.
58. Vannier L. Compendio de Materia Médica Homeopática 15 Ed. México: Editorial Porrúa; 2000. p. XIII – XXXII.
59. Vijnovsky B. Tratamiento Homeopático de las Afecciones y Enfermedades Agudas. 3 Ed. Buenos Aires: Albatros; 1995. p. 120 – 121.
60. Vannier L. Materia Médica Homeopática. 15 Ed. México: Editorial Porrúa; 2000. p. 232 – 234.
61. Tyler Kent J. Curso de Materia Médica Homeopática. 2 Ed. México: Editorial Porrúa; 1999. p. 195 – 197.
62. Vannier L. Materia Médica Homeopática. 15 Ed. México: Editorial Porrúa; 2000. p. 409 – 415.
63. García Treviño, E. Compendio de Materia Médica Homeopática. 4 Ed. México: Propulsora de Homeopatía, S. A.; 1984. p. 103 - 105.
64. Motura G N. Aprende a curarte con flores y Homeopatía. 7ª Ed. Argentina: Lux S.A; 1999. p. 111.
65. Olga Pérez Castillo. Homeopatía y Terapia Floral en pacientes con Hipertensión Arterial no controlada. 2004. www.sedibac.org.
66. Saíñz González de la Peña B A, Vázquez Vigoa A, De la Noval García R, Dueñas Herrera A, Quirós Luis J J, Debs Pérez G.
67. Tratamiento farmacológico y no farmacológico de la hipertensión arterial. Estudio de 200 casos. Rev Cubana Med (en línea) 2002 (fecha de acceso 18 de julio del 2004); 41 (3): 152-6. URL Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/med/vol41_3_02/med05302.htm
68. Subcomité para la Elaboración de las Recomendaciones. Recomendaciones (1999) para el tratamiento de la Hipertensión Arterial. Organización Mundial de la Salud y Sociedad Internacional de Hipertensión. Hipertensión 1999; 16 (6): 206 – 244.
69. Castelló Arias J A, Negrin La Rosa R, Cubero Menéndez O. Prevalencia de la Hipertensión Arterial en una comunidad del municipio Cárdenas. Rev

- Cubana Med. Gen. Integr. (en línea) 2000 fecha de acceso 18 de julio del 2004); 16 (2): 138 – 43. URL Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol16_2_00/mgi06200.htm.
70. Terragno J. Cirugía de Urgencia en el Geronte. [en línea] 2004 (fecha de acceso 22 de mayo del 2004): URL disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos/cirugeronte/cirugeronte.shtml>
71. Vázquez Vigoa A, Llorens Núñez M, Cruz Álvarez N M. Hipertensión Arterial. Aspectos Fisiopatológicos. Rev Cubana Med (en línea) 1996 (fecha de acceso 22 de mayo del 2004); 35 (3): URL Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/med/vol35_3_96/med06396.htm
72. Vivanco Alaña A B, Hipertensión Arterial (primera parte). Rev de la Sociedad Interna de Buenos Aires. (htm) [En Línea] 2004 (9 de Octubre del 2004): URL Disponible en: http://www.drwebsa.com.ar/smiba/med_interna/vol_02/04_02.htm.
73. Elida K, Sern M, Fujeda K. Pathophysiologic significance of left ventricular hypertrophy in dilated cardiomyopathy. Clin Cardiol 1996 Sept; 19 (9): 704 – 8
74. Nichols M G. Hypertension, hypertrophy heart failure. Heart 1996 Nov; 76 (3): 92 – 7. 66. Coro García B, Charnícharo Vidal R, Díaz Novaz J, Rodríguez Abreus J. Estudio de la
75. Incidencia de Hipertensión Arterial en los Adultos de 20 consultorios del Policlínico Lawton en 1992. Rev. Cubana Med. Gen Integr. (en línea) 1996 (fecha de acceso 17 de julio del 2004); 12 (4): 319 – 24. URL Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol12_4_96/mgi01496.htm
76. Menéndez Carrasco J, Pérez de la Paz J, López Menéndez M. Estudio Epidemiológico de la Hipertensión Arterial en el área rural del Policlínico I de Caibarién Rev Medicentro (en línea) 2004 (fecha de acceso 18 de julio del 2004); 8 (2): URL Disponible en: <http://capiro.vcl.sld.cu/medicentro/v8n204/estudio111.htm>
77. Aranda F J, Aranda P. Hipertensión Arterial y Menopausia. En: Coca Payeras A, Aranda Lara P, Marín Iranzo R, Calvo Gómez C. Casos Clínicos en Hipertensión Arterial. 2ª ed.: Masson; 2000. p. 9 -15.

78. Gallego Rivas A. et al. Frecuencia de empleo de terapias alternativas en pacientes hipertensos. Postgraduado de medicina. Universidad de manizales, Marzo 2007.
79. CUELLAR N, AYCOCK T, CAHILL B, FORD J; complementary and Alternative medicine (cam) use by African american (aa) and caucasian america (ca) older adults in a rural setting: a descriptive, comparative study. BMC Complement altern med 2003. 3(8):1-7.
80. SHERMAN KJ, CHERKIN DC, CONNEL-LY MT, ERRO J, SAVETSKY JB, DAVIS RB, EISENBERG DM. Complementary and alternative medical therapies for chronic low back pain: ¿what treatments are patients willing to try? BMC Complement Altern Med 2004; 4:9.
81. Vijnovsky B. Tratamiento Homeopático de las Afecciones y Enfermedades Agudas. 3 Ed. Buenos Aires: Albatros; 1995. p. 120 – 121.
82. 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. 1995; 28 (2): 48 – 53.
83. Néstor Motura G. Aprende a curarte con flores y Homeopatía. 7ª Ed. Argentina: Lux; 1999. p. 209 – 10.
84. Albillo Echenique J M. Caso Clínico. Mal uso de los Medicamentos Homeopáticos. Natura Medicatrix. 1989; 21: 35 – 37.

ANEXOS

Anexo I

Carta de Consentimiento Informado de participación en el estudio.

Yo: _____

(Nombres y apellidos del paciente)

Recibí respuestas satisfactorias a todas las preguntas que realicé a propósito del estudio titulado para establecer la efectividad de la terapia homeopática como tratamiento coadyuvante en pacientes con hipertensión arterial del consultorio no.03 del Policlínico Universitario Belkis Sotomayor Álvarez, Municipio Ciego de Ávila, sobre la que se aportó información suficiente.

Comprendo que mi participación en el estudio es ventajosa y voluntaria.

Entiendo que puedo retirarme del estudio: cuando lo desee, sin tener que dar explicaciones y sin que afecte mi relación con el médico.

La cual me ha explicado que los resultados son confidenciales, sin que se revele nunca mi nombre, y que los datos solo se utilizarán para esta investigación.

Por todo lo planteado anteriormente y para expresar libremente mi conformidad de participación, firmo este documento:

Firma del paciente: _____ Fecha: _____ (día, mes, año).

Firma del investigador: _____ Fecha: _____ (día, mes, año).

Anexo II

Clasificación de la Hipertensión Arterial:

1. Por el nivel de las cifras tensionales(en mayores de 18 años)

TA optima 120 sistólica y 80 diastólica.

TA normal 130 sistólica y 85 diastólica.

TA normal alta 130-139 sistólica y 85-89 diastólica.

Hipertensión ligera: 140-159 sistólica y 80-99 diastólica.

Hipertensión moderada: 160-179 sistólica y 100-109 diastólica.

Hipertensión severa: 180-209 sistólica y 110-119 diastólica.

Hipertensión muy severa mayor o igual 210 sistólica y mayor o igual a 120 diastólica.

2. Por la extensión del órgano dañado:

Estadio 1: No hay manifestaciones de daño orgánico.

Estadio 2: Al menos con una manifestación de daño orgánico.

-Hipertrofia ventricular izquierda (Rx, EKG, Ecocardiograma)

-Estrechamiento generalizado y focal de los vasos de la retina.

-Microalbuminuria o creatinina plasmática mayor de 2mg/dl.

-Placas ateroscleróticas en aorta o carótidas o iliacas o femorales.

Estadio 3: Síntomas y signos de daño orgánico.

-Corazón (angina, infarto miocárdico, insuficiencia cardiaca)

-Cerebro (AVE, Isquemia cerebral transitoria, encefalopatía hipertensiva)

-Fondo de ojo (Hemorragias y exudados con o sin papiledema, signos patognomónicos de fase acelerada o maligna)

-Riñón:(Creatinina plasmática mayor de 2.0mg/dl.

-Vasos:(Aneurisma disecante, enfermedad arterial oclusiva sintomática)

3. Por su etiología:

- Esencial o Primaria
- Secundaria.

-Inducida por sustancias exógenas o medicamentos.

-Asociada con enfermedades renales.

- Renovascular
 - Tumores
 - Deprivación renal
 - Retención primaria del sodio (Síndromes de Liddle, Gordon)
- Asociadas a Endocrinopatías
- Coartación de la aorta.

4. Inducida por el Embarazo.

