

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

ESCUELA DE POSTGRADO

MAESTRÍA EN MEDICINA BIOENERGÉTICA



“Estudio Comparativo de Efectividad del tratamiento Homeopático y Alopático para la Hipertensión Arterial en Pacientes de 40 a 80Años, en la Micro Red Francisco Bolognesi de Cayma Arequipa 2012”

**Tesis presentada por el Bachiller:
LUIS AUGUSTO FLORES MELGAR
Para optar el Grado Académico de:
Magíster en Medicina Bioenergética**

AREQUIPA - PERÚ

2013

DEDICATORIA

A DIOS POR ESTAR EN MI CORAZÓN, DARME FUERZA, PERSEVERANCIA, SABIDURÍA Y TRANSMUTAR PARA ILUMINAR MI CAMINO Y EL DE MIS SEMEJANTES.

A MIS PADRES, QUE DESDE EL CIELO ME DAN LA FUERZA ESPIRITUAL PARA SEGUIR ADELANTE.

A MI ESPOSA POR COMPARTIR TODA UNA VIDA MIS ILUSIONES, OBJETIVOS Y METAS EN ESTE CAMINO CORTO DE REGRESO A NUESTRO CREADOR.

A MIS HIJOS POR DARME LA OPORTUNIDAD, EN ESTA VIDA DE SER SU PADRE Y SER MI FUTURA GENERACIÓN FAMILIAR.

*MI ETERNO AGRADECIMIENTO A MI ALMA MÁTER LA
UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTA MARÍA DE AREQUIPA POR
PERMITIRME REALIZAR ESTA MARAVILLOSA MAESTRÍA EN
MEDICINA BIOENERGÉTICA.*

*A TODOS LOS DOCENTES Y PERSONAL ADMINISTRATIVO EN
ESPECIAL AL DR. ENRIQUE POZO GONZALES POR SUS SABIAS
ENSEÑANZAS QUE ME SIRVEN PARA REALIZAR EL PRESENTE
TRABAJO.*

*A LA MICRO RED FRANCISCO BOLOGNESI DE CAYMA Y
MINISTERIO DE SALUD POR PERMITIRME REALIZAR ESTE
TRABAJO A FAVOR DE LA COMUNIDAD.*

EPÍGRAFE

A través de mi formación como profesional y trabajo como farmacéutico en el Ministerio de Salud, durante mucho tiempo me dediqué a “sanar” a todos los pacientes que concurren al servicio de farmacia, tratados en forma parcial enfocando el problema en la parte física. Me especialicé a fin de solucionar problemas relacionados con los medicamentos, Reacciones Adversas e Interacciones medicamentosas creyendo que con eso ya solucionaba la salud de la comunidad.

Gracias a Dios que me hizo conocer la Medicina Bioenergética que considera al enfermo de manera holística es decir, desde el nivel físico, mental, emocional, sentimental y espiritual constituyendo así la Medicina Integrativa, que me permite usar en este caso la Homeopatía para lograr tratamientos precisos, eficaces completos y más sencillos sin tener que apartarse de la Medicina alopática convencional. Por este motivo es necesario que todos los profesionales de salud conozcan esta medicina, la estudien, la aprendan y la apliquen de manera correcta y responsable a los pacientes de nuestra comunidad.

L.A.F.M

1961

ÍNDICE

Resumen	12
Abstract	13
Introducción	14
CAPÍTULO ÚNICO DE RESULTADOS	
1. Características de la Población	17
2. Evaluación de la Hipertensión arterial antes del Tratamiento	30
3. Evaluación de la Hipertensión arterial durante el tratamiento	35
3.1. En pacientes tratados con homeopatía	36
3.2. En pacientes tratados con alopatía (Antihipertensivo)	43
4. Evaluación de la Hipertensión arterial al final del tratamiento.	50
5. Análisis estadístico	55
6. Análisis comparativo de la Evolución de la Hipertensión Arterial por tratamiento.	57
7. Discusión	61
Conclusiones	65
Sugerencias	67
PROPUESTA	69
BIBLIOGRAFÍA	74
ANEXOS	77
Anexo 1 Proyecto de Investigación.	78
Anexo 2 Consentimiento informado	122
Anexo 3 Ficha de Observación Experimental	123
Anexo 4 Matriz de datos	124

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N° 1 DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN LA EDAD	.....18
TABLA N° 2 DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA POR SEXO	.....19
TABLA N° 3 DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA POR LUGAR DE PROCEDENCIA	.....20
TABLA N° 4 DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA POR SU ESTADO MARITAL	.....21
TABLA N° 5 DISTRIBUCIÓN DE MUESTRA POR GRADO DE INSTRUCCIÓN	.....22
TABLA N° 6 DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN TIPO DE ALIMENTACIÓN	.....23
TABLA N° 7 DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA DE ESTUDIO SEGÚN SUS HÁBITOS TÓXICOS	.....24
TABLA N° 8 DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN ACTIVIDAD FÍSICA	.....25
TABLA N° 9 DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA DE ESTUDIO SEGÚN RELIGIÓN	.....26
TABLA N° 10 DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN ANTECEDENTES PATOLÓGICOS	.....27
TABLA N° 11 DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA POR SUS ANTECEDENTES FAMILIARES DE H.T.A	.....28
TABLA N° 12 DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA POR TIPO DE TRATAMIENTO	.....29
TABLA N° 13 DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN SIGNOS Y SÍNTOMAS DE INICIO	.....31
TABLA N° 14 DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA DE ACUERDO A LOS VALORES DE H.T.A DE INICIO.	.....32
TABLA N° 15 DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN LOS VALORES DE I.M.C (P/T ²) AL INICIO	.....33
TABLA N° 16 DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN EL PERFIL LIPÍDICO (MG/DL)) AL INICIO	.....34

TABLA N° 17 COMPARATIVO SIGNOS Y SÍNTOMAS 1ER CONTROL EN PACIENTES CON HOMEOPATÍA	37
TABLA N° 18 SIGNOS Y SÍNTOMAS 2DO CONTROL EN PACIENTES CON HOMEOPATÍA	38
TABLA N° 19 VALORES DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL H.T.A (MMHG) 1ER. CONTROL EN PACIENTES CON HOMEOPATÍA	39
TABLA N° 20 VALORES DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL H.T.A. (MMHG) 2DO. CONTROL EN PACIENTES CON HOMEOPATÍA	40
TABLA N° 21 VALORES DE PERFIL LIPÍDICO (MG/DL) 1ER CONTROL EN PACIENTES CON HOMEOPATÍA	41
TABLA N° 22 VALORES DE PERFIL LIPÍDICO (MG/DL) 2DO CONTROL EN PACIENTES CON HOMEOPATÍA	42
TABLA N° 23 COMPARATIVO SIGNOS Y SÍNTOMAS 1ER CONTROL EN PACIENTES CON ANTIHIPERTENSIVO	44
TABLA N° 24 SIGNOS Y SÍNTOMAS 2DO CONTROL EN PACIENTES CON ANTIHIPERTENSIVO	45
TABLA N° 25 VALORES DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL H.T.A (MMHG) 1ER.CONTROL EN PACIENTES CON ANTIHIPERTENSIVO	46
TABLA N° 26 VALORES DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL H.T.A. (MMHG) 2DO. CONTROL EN PACIENTES CON ANTIHIPERTENSIVO	47
TABLA N° 27 VALORES DE PERFIL LIPÍDICO (MG/DL) 1ER CONTROL EN PACIENTES CON ANTIHIPERTENSIVO	48
TABLA N° 28 VALORES DE PERFIL LIPÍDICO (MG/DL) 2DO CONTROL EN PACIENTES CON ANTIHIPERTENSIVO	49
TABLA N° 29 COMPARATIVO SIGNOS Y SÍNTOMAS FINAL CON HOMEOPATÍA Y ANTIHIPERTENSIVO	51
TABLA N° 30 COMPARATIVO HIPERTENSIÓN CON HOMEOPATÍA Y ANTIHIPERTENSIVO	52
TABLA N° 31 COMPARATIVO ESTADO NUTRICIONAL CON HOMEOPATÍA Y ANTIHIPERTENSIVO	53
TABLA N° 32 COMPARATIVO PERFIL LIPÍDICO CON HOMEOPATÍA Y ANTIHIPERTENSIVO	54

TABLA N° 33 EVOLUCIÓN DE LOS VALORES DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL (MMHG) POR PACIENTE ANTES DURANTE Y AL FINAL CON TRATAMIENTO HOMEOPÁTICO	58
TABLA N° 34 EVOLUCIÓN DE LOS VALORES DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL MMHG. POR PACIENTE ANTES, DURANTE Y AL FINAL DEL TRATAMIENTO CON TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO	59
TABLA N° 35 CUADRO COMPARATIVO DE LA EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO HOMEOPÁTICO Y ANTIHIPERTENSIVO AL FINAL DE TRATAMIENTO	60



ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO N° 1 DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN LA EDAD	.....18
GRÁFICO N° 2 DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA POR SEXO	.....19
GRÁFICO N° 3 DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA POR LUGAR DE PROCEDENCIA	.....20
GRÁFICO N° 4 DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA POR SU ESTADO MARITAL	.....21
GRÁFICO N° 5 DISTRIBUCIÓN DE MUESTRA POR GRADO DE INSTRUCCIÓN	.....22
GRÁFICO N° 6 DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN TIPO DE ALIMENTACIÓN	.....23
GRÁFICO N° 7 DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA POR SUS HÁBITOS TÓXICOS	.....24
GRÁFICO N° 8 DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN ACTIVIDAD FÍSICA	.....25
GRÁFICO N° 9 DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA DE ESTUDIO SEGÚN RELIGIÓN	.....26
GRÁFICO N° 10 DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN ANTECEDENTES PATOLÓGICOS	.....27
GRÁFICO N° 11 DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA POR SUS ANTECEDENTES FAMILIARES DE H.T.A	.....28
GRÁFICO N° 12 DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA POR TIPO DE TRATAMIENTO	.....29
GRÁFICO N° 13 DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN SIGNOS Y SÍNTOMAS DE INICIO	.....31
GRÁFICO N° 14 DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN LOS VALORES DE H.T.A DE INICIO.	.....32
GRÁFICO N° 15 DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN LOS VALORES DE I.M.C (P/T ²) AL INICIO	.....33
GRÁFICO N° 16 DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN EL PERFIL LIPÍDICO (MG/DL)) AL INICIO	.....34

GRÁFICO N° 17 COMPARATIVO SIGNOS Y SÍNTOMAS 1ER CONTROL EN PACIENTES CON HOMEOPATÍA	37
GRÁFICO N° 18 SIGNOS Y SÍNTOMAS 2DO CONTROL EN PACIENTES CON HOMEOPATÍA	38
GRÁFICO N° 19 VALORES DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL H.T.A (MMHG) 1ER. CONTROL EN PACIENTES CON HOMEOPATÍA	39
GRÁFICO N° 20 VALORES DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL H.T.A. (MMHG) 2DO. CONTROL EN PACIENTES CON HOMEOPATÍA	40
GRÁFICO N° 21 VALORES DE PERFIL LIPÍDICO (MG/DL) 1ER CONTROL EN PACIENTES CON HOMEOPATÍA	41
GRÁFICO N° 22 VALORES DE PERFIL LIPÍDICO (MG/DL) 2DO CONTROL EN PACIENTES CON HOMEOPATÍA	42
GRÁFICO N° 23 COMPARATIVO SIGNOS Y SÍNTOMAS 1ER CONTROL EN PACIENTES CON ANTIHIPERTENSIVO	44
GRÁFICO N° 24 SIGNOS Y SÍNTOMAS 2DO CONTROL EN PACIENTES CON ANTIHIPERTENSIVO	45
GRÁFICO N° 25 VALORES DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL H.T.A (MMHG) 1ER.CONTROL EN PACIENTES CON ANTIHIPERTENSIVO	46
GRÁFICO N° 26 VALORES DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL H.T.A. (MMHG) 2DO. CONTROL EN PACIENTES CON ANTIHIPERTENSIVO	47
GRÁFICO N° 27 VALORES DE PERFIL LIPÍDICO (MG/DL) 1ER CONTROL EN PACIENTES CON ANTIHIPERTENSIVO	48
GRÁFICO N° 28 VALORES DE PERFIL LIPÍDICO (MG/DL) 2DO CONTROL EN PACIENTES CON ANTIHIPERTENSIVO	49
GRÁFICO N° 29 COMPARATIVO SIGNOS Y SÍNTOMAS FINAL CON HOMEOPATÍA Y ANTIHIPERTENSIVO	51
GRÁFICO N° 30 COMPARATIVO HIPERTENSIÓN CON HOMEOPATÍA Y ANTIHIPERTENSIVO	52
GRÁFICO N° 31 COMPARATIVO ESTADO NUTRICIONAL CON HOMEOPATÍA Y ANTIHIPERTENSIVO	53
GRÁFICO N° 32 COMPARATIVO PERFIL LIPÍDICO CON HOMEOPATÍA Y ANTIHIPERTENSIVO	54

GRÁFICO N° 33 EVOLUCIÓN DE LOS VALORES DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL (MMHG) POR PACIENTE ANTES DURANTE Y AL FINAL CON TRATAMIENTO HOMEOPÁTICO58

GRÁFICO N° 34 EVOLUCIÓN DE LOS VALORES DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL MMHG. POR PACIENTE ANTES, DURANTE Y AL FINAL DEL TRATAMIENTO CON TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO59

GRÁFICO N° 35 COMPARATIVO DE LA EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO HOMEOPÁTICO Y ANTIHIPERTENSIVO AL FINAL DE TRATAMIENTO60



RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivos: Identificar las características clínicas de la Hipertensión Arterial, determinar la efectividad de los tratamientos homeopático y alopático para la hipertensión, y establecer las diferencias de ambos tratamientos en pacientes de 40 a 80 años en la Micro Red Francisco Bolognesi de Cayma Arequipa 2012. Para este fin, se formaron dos grupos experimentales compuestos por pacientes hombres y mujeres con diagnóstico de Hipertensión Arterial.

El estudio se realizó en tres fases, en la primera se determinaron las características clínicas de la enfermedad, tales como: síntomas, índice de masa corporal, presión arterial, perfil lipídico, estilos de vida y sus antecedentes familiares para ambos grupos. Estos valores se consideran como valores iniciales (pre-test). Después se llevó a cabo la primera evaluación del tratamiento homeopático y alopático para la hipertensión por un período de 45 días.

En la segunda etapa se realizó una evaluación de las características clínicas correspondientes a 45 y 90 días de tratamiento homeopático y alopático antihipertensivo.

En la tercera y última etapa, se evaluó las características clínicas y cambios en los pacientes. Comparándose los resultados de los tratamientos homeopático y alopático antihipertensivo.

Se observó que después de aplicar el medicamento homeopático al grupo de estudio se logra una remisión significativa para la hipertensión en 77,5%, mientras que para el grupo del medicamento alopático antihipertensivo fue de 45 %.

En el primer control se consigue 20% de efectividad para el homeopático, mientras que para el grupo del medicamento alopático fue 10%.

Hacia el final del estudio se logra una tasa de éxito del 77,5% de efectividad para el grupo del medicamento homeopático, mientras que para el grupo del medicamento alopático antihipertensivo fue de 45%.

De los resultados podemos decir que el tratamiento homeopático es eficaz.

La aplicación del análisis estadístico, la distribución de frecuencias, media, Chi cuadrado nos dio eficacia significativa.

ABSTRACT

This research aims to: identify the clinical characteristics of High Blood Pressure, determine the effectiveness of homeopathic and allopathic treatments for hypertension, and establish the differences between the two treatments in patients 40-80 years of Francisco Bolognesi Microgrid Cayma Arequipa 2012. To this end, two experimental groups were formed consisting of male and female patients diagnosed with hypertension.

The study was conducted in three phases, first identified the clinical characteristics of the disease, such as symptoms, body mass index, blood pressure, lipid profile, lifestyle and family history for both groups. These values are considered as baseline (pre -test). Then conducted the first evaluation of homeopathic and allopathic treatment for hypertension for a period of 45 days.

In the second stage, an evaluation of the clinical features corresponding to 45 and 90 days of homeopathic and allopathic antihypertensive treatment.

In the third and final stage, we evaluated the clinical characteristics and changes in patients. Comparing the results of homeopathic and allopathic treatments antihypertensive.

It was observed that after applying homeopathic study group achieved significant remission for hypertension in 77.5 %, while for the group of allopathic antihypertensive medication was 45 %.

In the first control is achieved 20 % effectiveness for the homeopathic, while for the group of allopathic medicine was 10%.

Towards the end of the study achieved a success rate of 77.5 % effective for homeopathic group, while for the group of allopathic antihypertensive medication was 45 %.

From the results we can say that homeopathic treatment is effective.

The application of statistical analysis, frequency distribution, mean, Chi Square gave us significant efficacy.

INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial es una patología, que según los datos de la organización mundial de la Salud, reporta un aumento en el número de casos por año y que además se presenta en personas cada vez más jóvenes.

La hipertensión arterial es una enfermedad que afecta aproximadamente 50 millones de individuos en los Estados Unidos y un billón de individuos en el mundo. En el Perú la prevalencia de Hipertensión Arterial (HTA) es de 22% de los cuales el 40 % conocen que son hipertensos y sólo el 20% de los mismos son tratados, mientras se hace seguimiento sólo al 10 %. Mientras que en Arequipa, específicamente en el Distrito de Cayma en el Centro de Salud Francisco Bolognesi este representa el 1%. Alrededor de la mitad de los hipertensos ignoran que lo son, y sólo una pequeña fracción de los tratados son controlados. (Seguimiento Farmacoterapéutico en el Módulo de Atención farmacéutica de la Micro red Francisco Bolognesi de Cayma Arequipa 2011).

Pero también es importante señalar los estilos de vida arraigados culturalmente en la población en estudio, que muchas veces impiden prevenir esta patología, así como hacerles el seguimiento correspondiente en el establecimiento de salud, teniendo que realizar muchas veces las correspondientes visitas domiciliarias.

Por estas razones, es necesario entonces buscar y encontrar formas más sencillas, seguras, eficaces y que no presenten reacciones adversas (RAM) en la prevención y tratamiento de la Hipertensión arterial. Por eso propongo un método basado en los conceptos de la medicina bioenergética: el método homeopático que ofrece las siguientes ventajas:

1. Fácil de administrar (vía oral).
2. No posee efectos colaterales.
3. No posee efectos indeseables.
4. No se contrapone al empleo de otros fármacos.
5. Puede aplicarse para todos los casos de Hipertensión arterial.
6. No se ha reportado personas alérgicas al tratamiento.
7. La forma farmacéutica del tratamiento asegura la dosis para realizar la evaluación.
8. La estabilidad del medicamento homeopático es de 2 años.

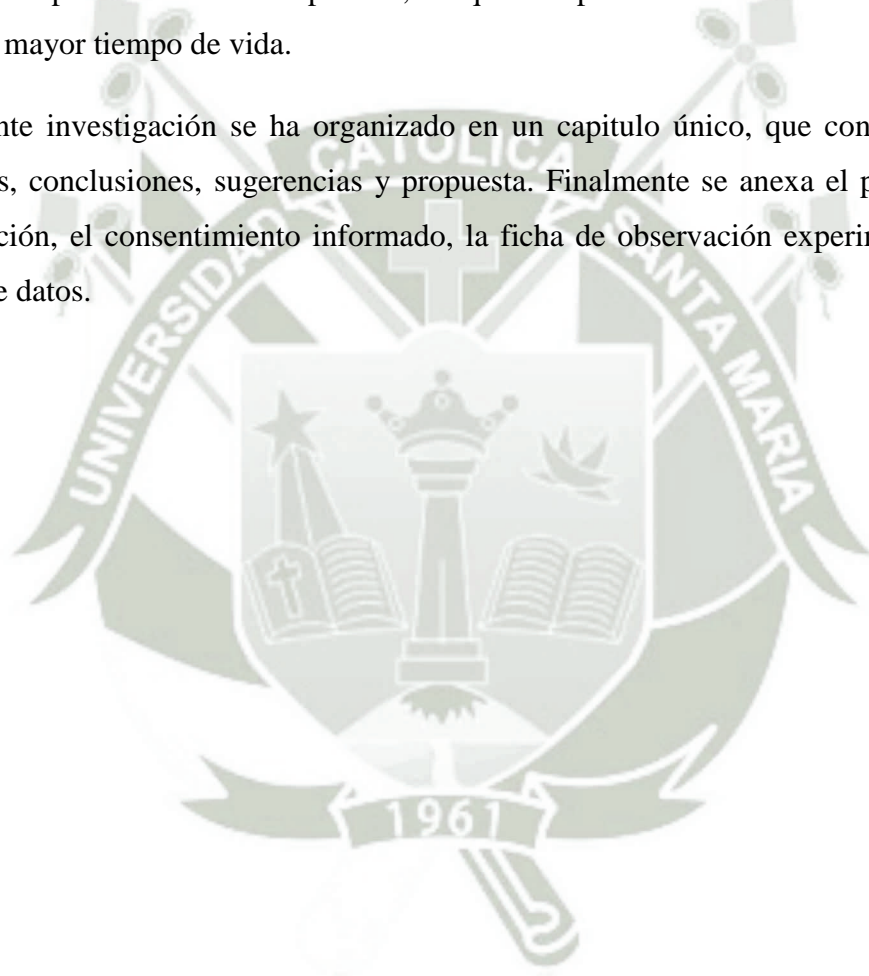
9. No existe riesgo de intoxicación por sobredosis.

Entre las desventajas se considera:

El Medicamento homeopático no debe estar expuesto a fuentes de radiación electromagnética: celulares, computadoras, parlantes, microondas y similares.

En el balance riesgo beneficio podemos observar que son muchas las ventajas que ofrece el tratamiento y de esta manera se puede propiciar que los pacientes tomen conciencia y tengan la responsabilidad de concurrir al establecimiento de salud a controlarse periódicamente su presión, lo que les permitirá disfrutar de una mejor calidad y mayor tiempo de vida.

La presente investigación se ha organizado en un capítulo único, que consta de los resultados, conclusiones, sugerencias y propuesta. Finalmente se anexa el proyecto de investigación, el consentimiento informado, la ficha de observación experimental y la matriz de datos.







1. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN

1. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN

1.1 DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN LA EDAD

TABLA N° 1

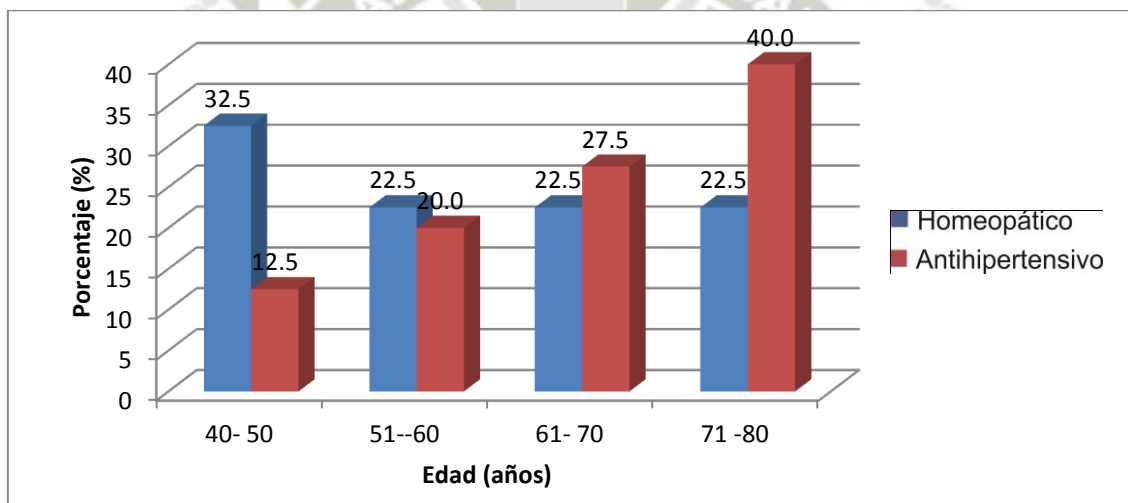
EDAD	HOMEOPÁTICO		ANTIHIPERTENSIVO	
	N°.	%	N°.	%
40- 50	13	32.5	5	12.5
51--60	9	22.5	8	20.0
61- 70	9	22.5	11	27.5
71 -80	9	22.5	16	40.0
TOTAL	40	100	40	100

$\chi^2=5.77$

$P>0.05$

GRÁFICO N°1

DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN LA EDAD (AÑOS)



FUENTE: Elaboración propia (LAFM)

INTERPRETACIÓN:

En la Tabla y gráfico N° 1 se muestra que 32.5% de los pacientes que fueron tratados con homeopatía tienen 40 a 50 años. Mientras que para el tratamiento antihipertensivo los mayores porcentajes corresponden a pacientes con 71 a 80 años con un 40 % y 27.5% para los pacientes comprendidos entre 61 a 70 años.

Según la prueba de chi cuadrado ($\chi^2=5.77$) se muestra que la frecuencia de la edad de los pacientes que fueron tratados homeopáticamente y farmacológicamente no presentó diferencias estadísticas significativas ($P>0.05$).

1.2 DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA POR SEXO

TABLA N° 2

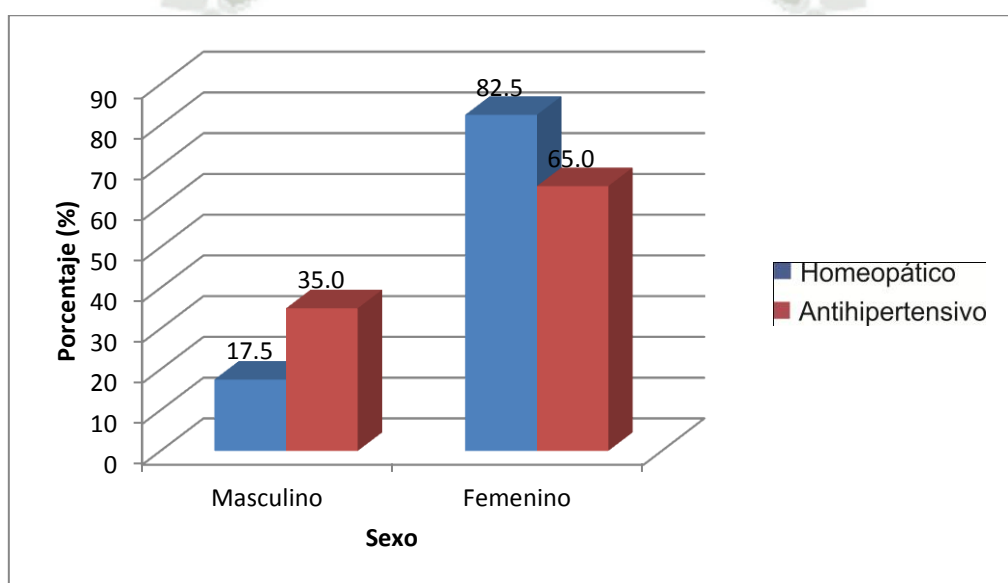
SEXO	HOMEOPÁTICO		ANTIHIPERTENSIVO	
	N°.	%	N°.	%
Masculino	7	17.5	14	35.0
Femenino	33	82.5	26	65.0
TOTAL	40	100	40	100

$$X^2=3.16$$

$$P>0.05$$

GRÁFICO N°2

DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA POR SEXO



FUENTE: Elaboración propia (LAFM)

INTERPRETACIÓN:

En la tabla y gráfico N°2 se muestra que 82.5% de los pacientes que fueron tratados con homeopatía son mujeres frente al 65.0% de los pacientes con antihipertensivo. Respecto a los varones el 35% fueron tratados con antihipertensivo y sólo el 17.5% con homeopático.

Según la prueba de chi cuadrado ($X^2=3.16$) se muestra que la frecuencia del sexo de los pacientes que fueron tratados homeopáticamente y farmacológicamente no presentó diferencias estadísticas significativas ($P>0.05$).

1.3 DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA POR LUGAR DE PROCEDENCIA

TABLA N° 3

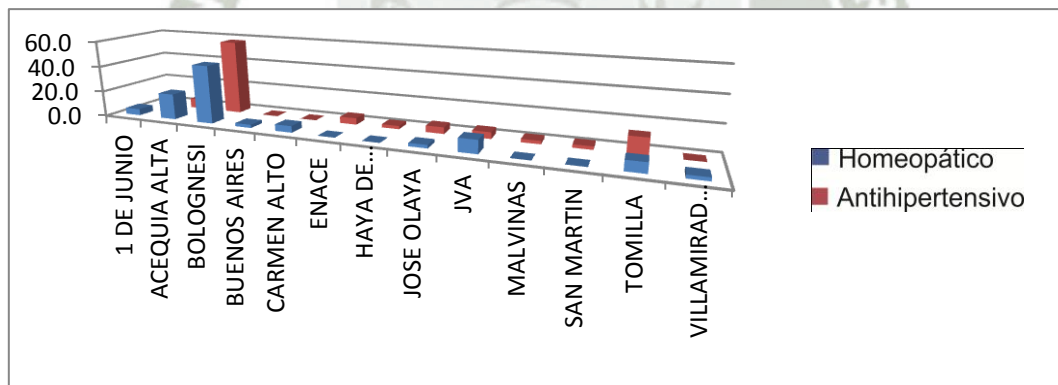
PROCEDENCIA	HOMEOPÁTICO		ANTIHIPERTENSIVO	
	N°.	%	N°.	%
1 DE JUNIO	2	5.0	0	0.0
ACEQUIA ALTA	8	20.0	3	7.5
BOLOGNESI	18	45.0	23	57.5
BUENOS AIRES	1	2.5	0	0.0
CARMEN ALTO	2	5.0	0	0.0
ENACE	0	0.0	2	5.0
HAYA DE TORRE	0	0.0	1	2.5
JOSE OLAYA	1	2.5	2	5.0
JVA	4	10.0	2	5.0
MALVINAS	0	0.0	1	2.5
SAN MARTIN	0	0.0	1	2.5
TOMILLA	3	7.5	5	12.5
VILLAMIRADOR	1	2.5	0	0.0
TOTAL	40	100	40	100

$X^2=15.38$

$P>0.05$

GRÁFICO N° 3

DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA POR LUGAR DE PROCEDENCIA



FUENTE: Elaboración propia (LAFM)

INTERPRETACIÓN:

En la tabla y gráfico N°3 se aprecia que la mayor cantidad de pacientes en ambos grupos provienen de Bolognesi 57.5% en el grupo de pacientes tratados con antihipertensivos y un 45% en el grupo de pacientes tratados con homeopatía.

Según la prueba de chi cuadrado ($X^2=15.38$) se muestra que la frecuencia de La procedencia de los pacientes que fueron tratados homeopáticamente y farmacológicamente no presentó diferencias estadísticas significativas ($P>0.05$).

1.4. DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA POR SU ESTADO MARITAL

TABLA N° 4

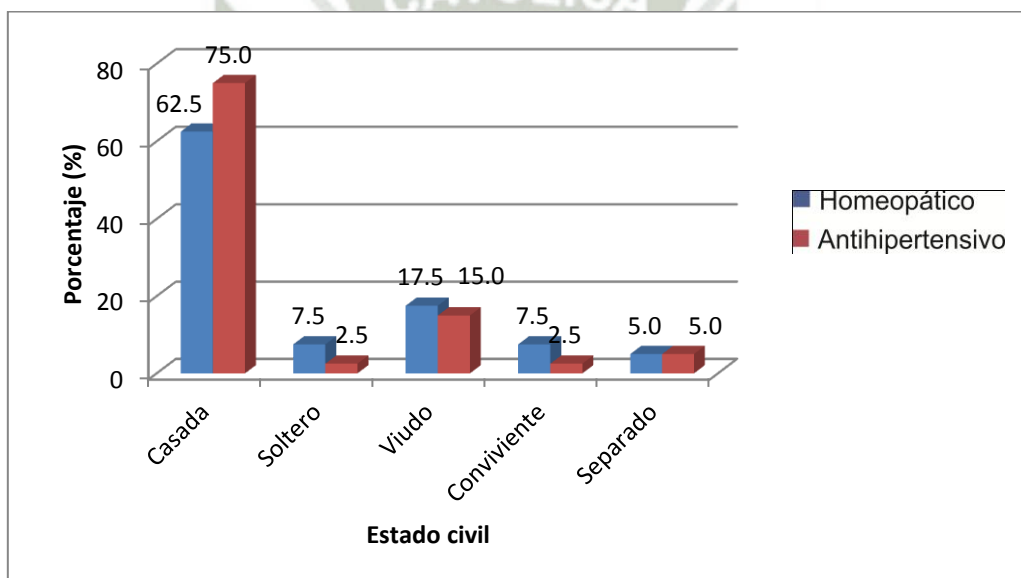
ESTADO CIVIL	HOMEOPÁTICO		ANTIHIPERTENSIVO	
	N°.	%	N°.	%
Casada	25	62.5	30	75.0
Soltero	3	7.5	1	2.5
Viudo	7	17.5	6	15.0
Conviviente	3	7.5	1	2.5
Separado	2	5.0	2	5.0
TOTAL	40	100	40	100

$X^2=2.53$

$P>0.05$

GRÁFICO N° 4

DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA POR SU ESTADO MARITAL



FUENTE: Elaboración propia (LAFM)

INTERPRETACIÓN:

En la tabla y gráfico N°4 se muestra que 62.5% de los pacientes que fueron tratados con homeopatía son casados frente al 75.0% de los pacientes tratados con antihipertensivo.

Según la prueba de chi cuadrado ($X^2=2.53$) se muestra que el estado civil de los pacientes que fueron tratados homeopáticamente y farmacológicamente no presentó diferencias estadísticas significativas ($P>0.05$).

1.5. DISTRIBUCIÓN DE MUESTRA POR GRADO DE INSTRUCCIÓN

TABLA N° 5

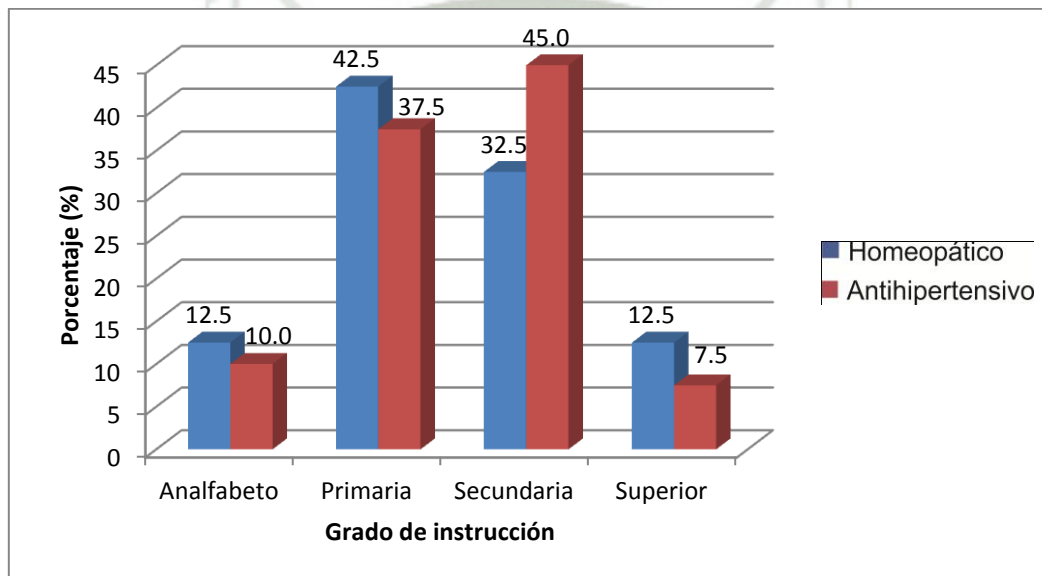
GRADO DE INSTRUCCIÓN	HOMEOPÁTICO		ANTIHIPERTENSIVO	
	N°.	%	N°.	%
Analfabeto	5	12.5	4	10.0
Primaria	17	42.5	15	37.5
Secundaria	13	32.5	18	45.0
Superior	5	12.5	3	7.5
TOTAL	40	100	40	100

$X^2=1.54$

$P>0.05$

GRÁFICO N° 5

DISTRIBUCIÓN DE MUESTRA POR GRADO DE INSTRUCCIÓN



FUENTE: Elaboración propia (LAFM)

INTERPRETACIÓN:

En la tabla y gráfico N°5 se muestra que 42.5% de los pacientes que fueron tratados con homeopatía tienen instrucción primaria frente al 37.5% de los pacientes tratados con antihipertensivo. Así también apreciamos que el 45% de los pacientes tratados con antihipertensivos tienen grado de instrucción secundaria contra un 32.5 % en el grupo de pacientes tratados con homeopatía.

Según la prueba de chi cuadrado ($X^2=1.54$) se muestra que el grado de instrucción de los pacientes que fueron tratados homeopáticamente y farmacológicamente no presentó diferencias estadísticas significativas ($P>0.05$).

1.6.DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN TIPO DE ALIMENTACIÓN

TABLA N° 6

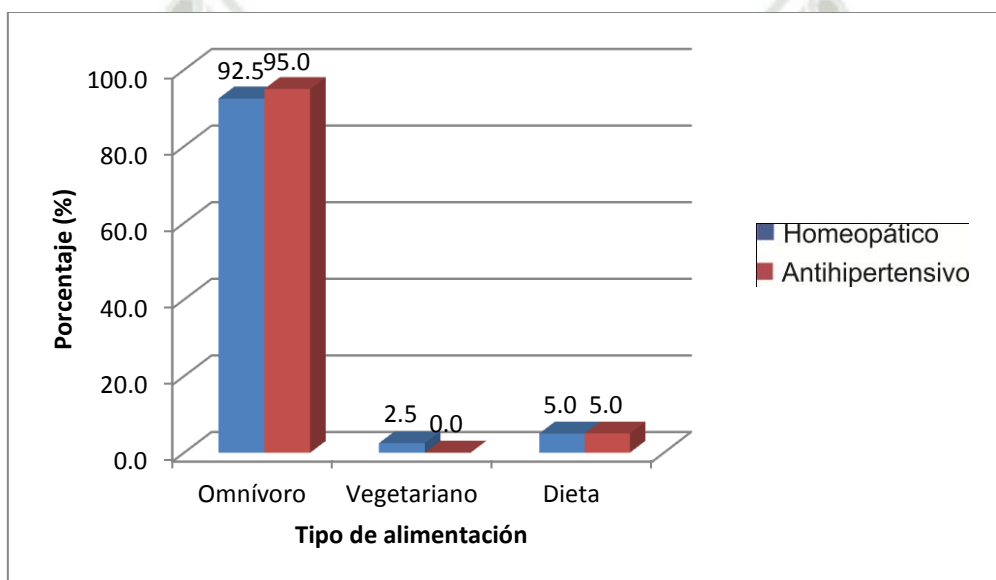
TIPO DE ALIMENTACIÓN	HOMEOPÁTICO		ANTIHIPERTENSIVO	
	N°.	%	N°.	%
Omnívoro	37	92.5	38	95.0
Vegetariano	1	2.5	0	0.0
Dieta	2	5.0	2	5.0
TOTAL	40	100	40	100

$$X^2=1.01$$

$$P>0.05$$

GRÁFICO N° 6

DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA POR EL TIPO DE ALIMENTACIÓN



FUENTE: Elaboración propia (LAFM)

INTERPRETACIÓN:

En la tabla y gráfico N°6 se muestra que 92.5% de los pacientes que fueron tratados con homeopatía son omnívoros frente al 95.0% de los pacientes tratados con antihipertensivo.

Según la prueba de chi cuadrado ($X^2=1.01$) se muestra que el tipo de alimentación de los pacientes que fueron tratados homeopáticamente y farmacológicamente no presentó diferencias estadísticas significativas ($P>0.05$).

1.7. DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA DE ESTUDIO SEGÚN SUS HÁBITOS TÓXICOS

TABLA N° 7

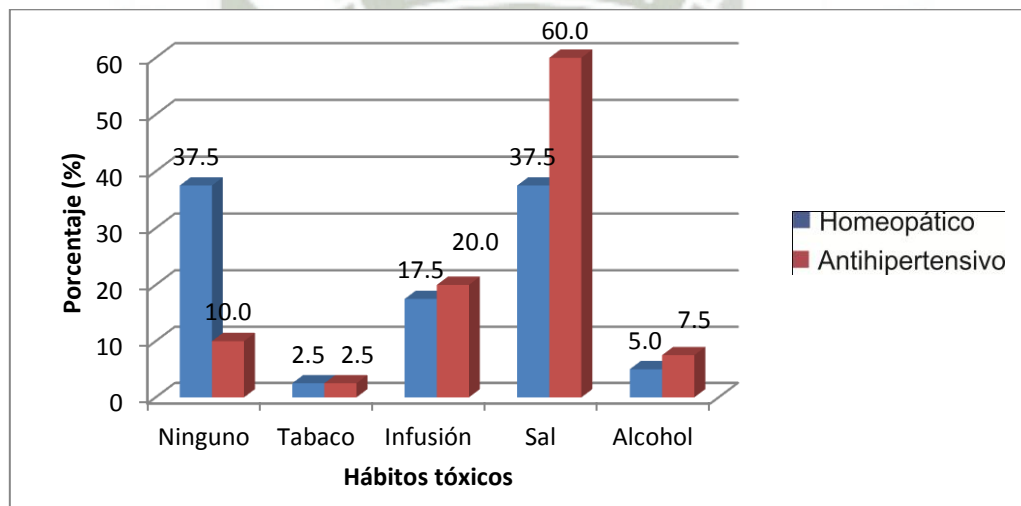
HÁBITOS TÓXICOS	HOMEOPÁTICO		ANTIHIPERTENSIVO	
	N°.	%	N°.	%
Ninguno	15	37.5	4	10.0
Tabaco	1	2.5	1	2.5
Infusión	7	17.5	8	20.0
Sal	15	37.5	24	60.0
Alcohol	2	5.0	3	7.5
TOTAL	40	100	40	100

$\chi^2=8.71$

$P>0.05$

GRÁFICO N° 7

DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA POR SUS HÁBITOS TÓXICOS



FUENTE: Elaboración propia (LAFM)

INTERPRETACIÓN:

En la tabla y gráfico N°7 se muestra que 37.5% de los pacientes que fueron tratados con homeopatía tienen el mal hábito de consumir sal, frente al 60.0% de los pacientes tratados con antihipertensivo.

Según la prueba de chi cuadrado ($\chi^2=8.71$) se muestra que los hábitos tóxicos de los pacientes que fueron tratados homeopáticamente y farmacológicamente no presentó diferencias estadísticas significativas ($P>0.05$).

1.8 DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN ACTIVIDAD FÍSICA

TABLA N° 8

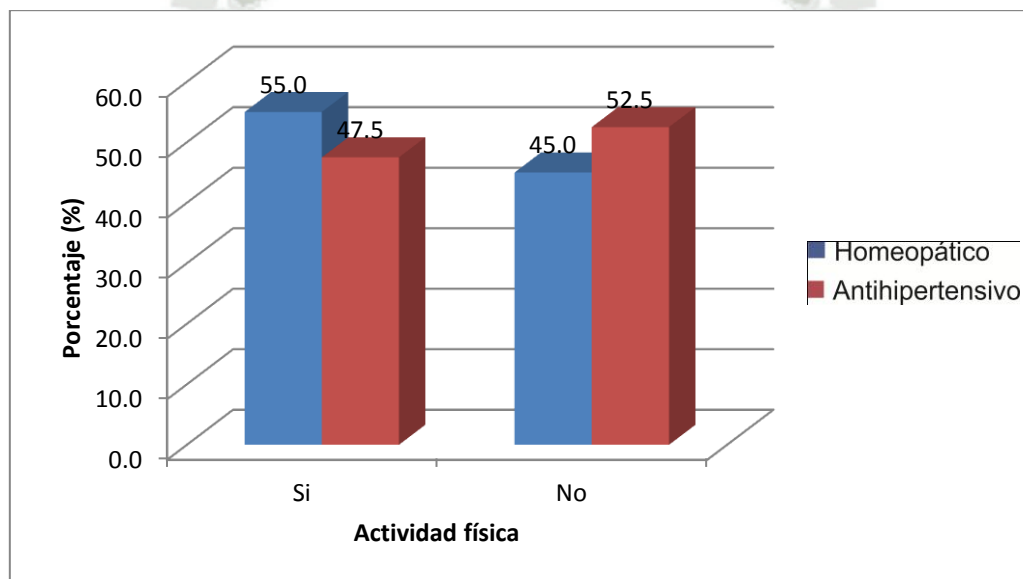
ACTIVIDAD FÍSICA	HOMEOPÁTICO		ANTIHIPERTENSIVO	
	N°.	%	N°.	%
Si	22	55.0	19	47.5
No	18	45.0	21	52.5
TOTAL	40	100	40	100

$$X^2=0.45$$

$$P>0.05$$

GRÁFICO N° 8

DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN ACTIVIDAD FÍSICA



FUENTE: Elaboración propia (LAFM)

INTERPRETACIÓN:

En la tabla y gráfico N° 8 se muestra que el 55.0 % de pacientes con tratamiento homeopático realizan actividad física de caminar en forma diaria, frente a un 47.5% de los pacientes con tratamiento antihipertensivo que realizan la misma actividad.

Según la prueba de chi cuadrado ($X^2=0.45$) se muestra que la actividad física de los pacientes que fueron tratados homeopáticamente y farmacológicamente no presentó diferencias estadísticas significativas ($P>0.05$).

1.9 DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA DE ESTUDIO SEGÚN RELIGIÓN

TABLA N° 9

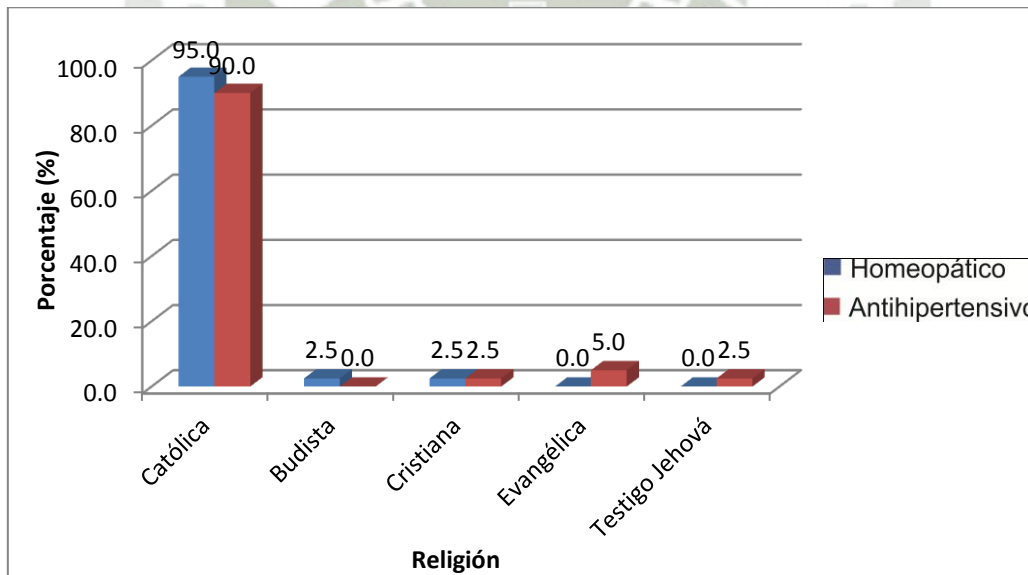
RELIGIÓN	HOMEOPÁTICO		ANTIHIPERTENSIVO	
	N°.	%	N°.	%
Católica	38	95.0	36	90.0
Budista	1	2.5	0	0.0
Cristiana	1	2.5	1	2.5
Evangélica	0	0.0	2	5.0
Testigo	0	0.0	1	2.5
Jehová				
TOTAL	40	100	40	100

$X^2=4.05$

$P>0.05$

GRÁFICO N° 9

DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA DE ESTUDIO SEGÚN RELIGIÓN



FUENTE: Elaboración propia (LAFM)

INTERPRETACIÓN:

En la tabla y gráfico N°9 se muestra que 95.0% de los pacientes que fueron tratados con homeopatía son católicos, frente al 90.0% de los pacientes tratados con antihipertensivo.

Según la prueba de chi cuadrado ($X^2=4.05$) se muestra que la religión de los pacientes que fueron tratados homeopáticamente y farmacológicamente no presentó diferencias estadísticas significativas ($P>0.05$).

1.10 DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

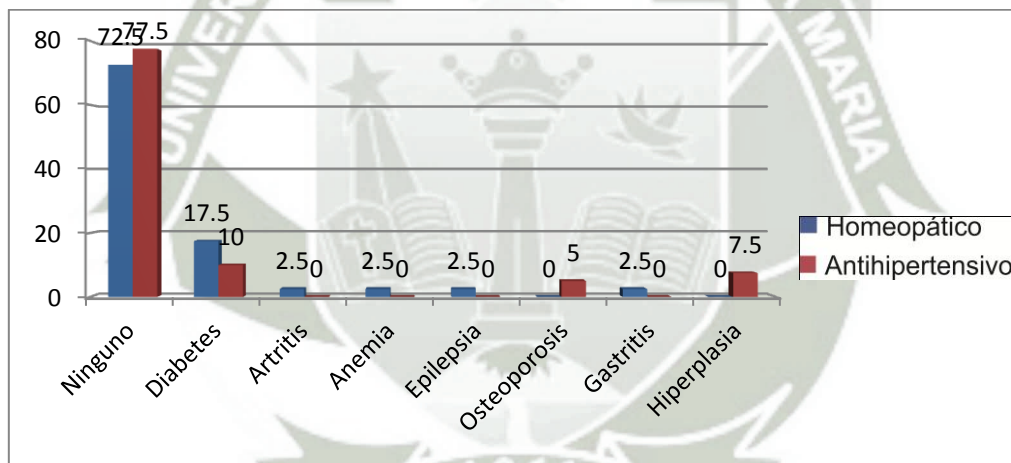
TABLA N° 10

PATOLOGÍAS PREVIAS	HOMEOPÁTICO		ANTIHIPERTENSIVO	
	N°.	%	N°.	%
Ninguno	29	72.5	31	77.5
Diabetes	7	17.5	4	10.0
Artritis	1	2.5	0	0.0
Anemia	1	2.5	0	0.0
Epilepsia	1	2.5	0	0.0
Osteoporosis	0	0.0	2	5.0
Gastritis	1	2.5	0	0.0
Hiperplasia	0	0.0	3	7.5
TOTAL	40	100	40	100

$X^2=10.47$ $P>0.05$

GRÁFICO N°10

DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN ANTECEDENTES PATOLÓGICOS



FUENTE: Elaboración propia (LAFM)

INTERPRETACIÓN:

En la tabla y gráfico N°10 se muestra que 17.5 % de los pacientes que fueron tratados con homeopatía tuvieron a la diabetes como patología previa, frente a 10.0% de los pacientes tratados con antihipertensivo.

Según la prueba de chi cuadrado ($X^2=10.47$) se muestra que la frecuencia de patologías previas en los pacientes que fueron tratados homeopáticamente y farmacológicamente no presentó diferencias estadísticas significativas ($P>0.05$).

1.11 DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA POR SUS ANTECEDENTES FAMILIARES DE H.T.A

TABLA N° 11

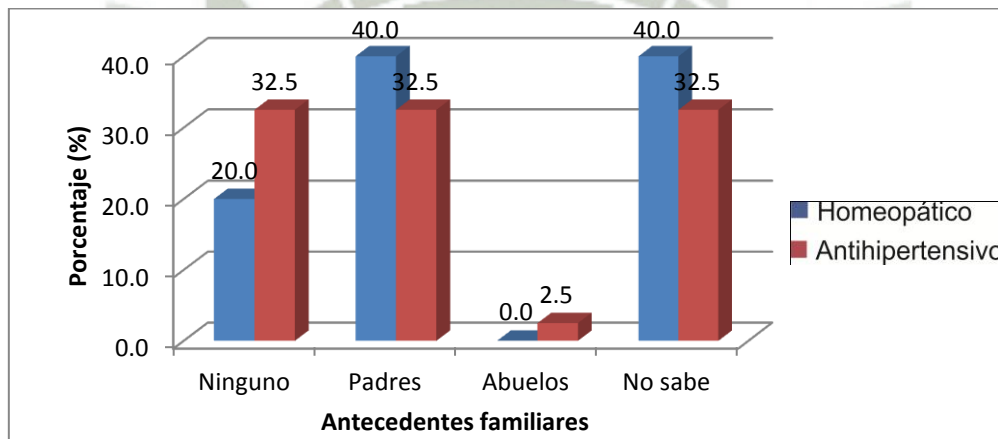
ANTECEDENTES FAMILIARES	HOMEOPÁTICO		ANTIHIPERTENSIVO	
	N°.	%	N°.	%
Ninguno	8	20.0	13	32.5
Padres	16	40.0	13	32.5
Abuelos	0	0.0	1	2.5
No sabe	16	40.0	13	32.5
TOTAL	40	100	40	100

$X^2=2.81$

$P>0.05$

GRÁFICO N° 11

DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA POR SUS ANTECEDENTES FAMILIARES DE H.T.A



FUENTE: Elaboración propia (LAFM)

INTERPRETACIÓN:

En la tabla y gráfico N°11 se muestra que el 40.0% de los pacientes que fueron tratados con homeopatía tuvieron a sus padres como antecedentes familiares para Hipertensión frente al 32.5% de los pacientes tratados con antihipertensivos. Respecto a los pacientes que indicaron no conocer sus antecedentes familiares para hipertensión arterial fue de 40% para el homeopático y 32.5% para el antihipertensivo.

Según la prueba de chi cuadrado ($X^2=2.81$) se muestra que los antecedentes familiares de hipertensión en los pacientes que fueron tratados homeopáticamente y farmacológicamente no presentaron diferencias estadísticas significativas ($P>0.05$).

1.12 DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA POR TIPO DE TRATAMIENTO

TABLA N° 12

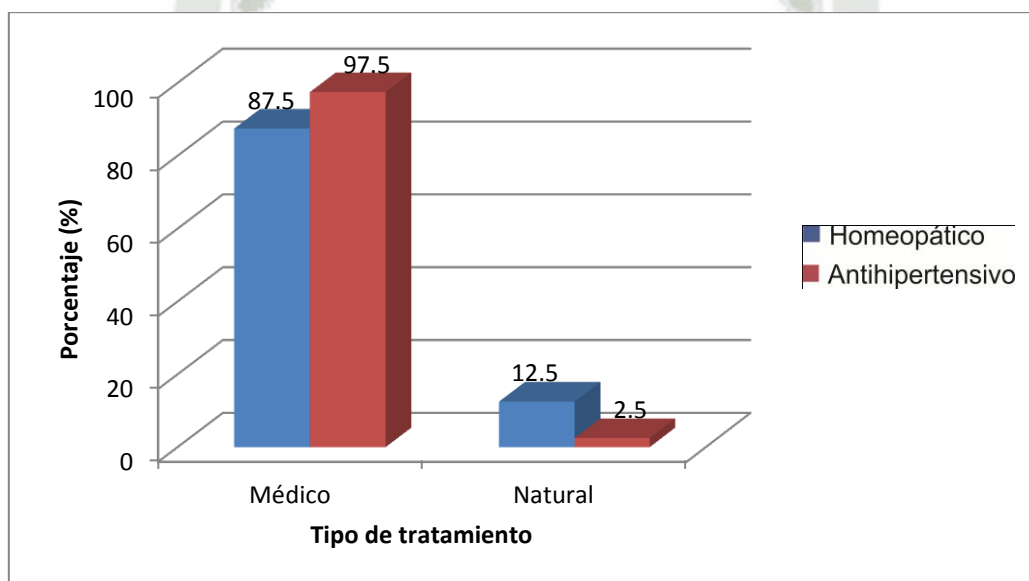
TIPO DE TRATAMIENTO	HOMEOPÁTICO		ANTIHIPERTENSIVO	
	N°.	%	N°.	%
Médico	35	87.5	39	97.5
Natural	5	12.5	1	2.5
TOTAL	40	100	40	100

$$X^2=2.88$$

$$P>0.05$$

GRÁFICO N° 12

DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA POR TIPO DE TRATAMIENTO



FUENTE: Elaboración propia (LAFM)

INTERPRETACIÓN:

En la tabla y gráfico N° 12 se muestra que el 87.5% de los pacientes que fueron tratados con homeopatía tienen tratamiento médico, frente al 97.5% de los pacientes tratados con antihipertensivo.

Según la prueba de chi cuadrado ($X^2=2.88$) se muestra que el tipo de tratamiento previo en los pacientes que fueron tratados homeopáticamente y farmacológicamente no presentó diferencias estadísticas significativas ($P>0.05$).



2. EVALUACIÓN DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL ANTES DEL TRATAMIENTO

2.1 DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN SIGNOS Y SÍNTOMAS DE INICIO

TABLA N° 13

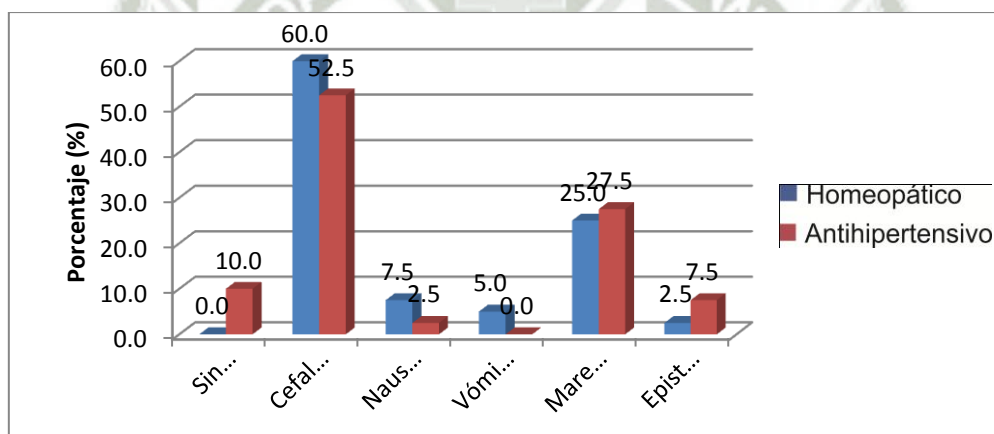
SÍNTOMAS Y SIGNOS	HOMEOPÁTICO		ANTIHIPERTENSIVO	
	N°.	%	N°.	%
Sin síntomas	0	0.0	4	10.0
Cefalea	24	60.0	21	52.5
Nauseas	3	7.5	1	2.5
Vómitos	2	5.0	0	0.0
Mareos	10	25.0	11	27.5
Epistaxis	1	2.5	3	7.5
TOTAL	40	100	40	100

$X^2=8.25$

$P>0.05$

GRÁFICO N° 13

DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN SIGNOS Y SÍNTOMAS DE INICIO



FUENTE: Elaboración propia (LAFM)

INTERPRETACIÓN:

En la tabla y gráfico N°13 se muestra que el 60.0% de los pacientes que fueron tratados con homeopatía presentaron cefalea como síntoma principal, frente al 52.5% de los pacientes tratados con antihipertensivo, seguido de mareos con un 25% en los pacientes tratados homeopáticamente frente a un 27% en los pacientes tratados con antihipertensivo.

Según la prueba de chi cuadrado ($X^2=8.25$) se muestra que los signos y síntomas en los pacientes al inicio del estudio que fueron tratados homeopáticamente y farmacológicamente no presentaron diferencias estadísticas significativas ($P>0.05$).

2.2 DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA DE ACUERDO A LOS VALORES DE H.T.A DE INICIO.

TABLA N° 14

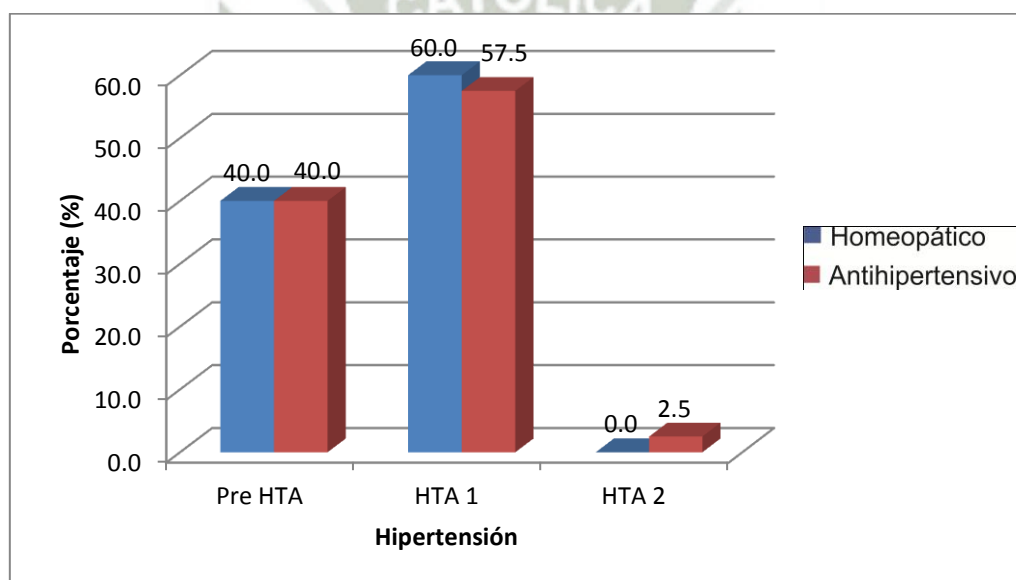
HIPERTENSIÓN	HOMEOPÁTICO		ANTIHIPERTENSIVO	
	N°.	%	N°.	%
Pre HTA (120-139 o 80-89)	16	40.0	16	40.0
HTA 1(140-159 o 90-99)	24	60.0	23	57.5
HTA 2 (>= 160 o >= 100)	0	0.0	1	2.5
TOTAL	40	100	40	100

$X^2=1.02$

$P>0.05$

GRÁFICO N° 14

DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN LOS VALORES DE H.T.A DE INICIO



FUENTE: Elaboración propia (LAFM)

INTERPRETACIÓN:

En la tabla y gráfico N°14 se muestra que respecto a los valores de inicio de hipertensión arterial, el 60.0% de los pacientes que fueron tratados con homeopatía presentaron hipertensión 1 frente al 57.5% de los pacientes tratados con antihipertensivo. Así mismo los valores para pre hipertensión arterial fueron 40% respectivamente.

Según la prueba de chi cuadrado ($X^2=1.02$) se muestra que los valores de H.T.A en los pacientes al inicio del estudio que fueron tratados homeopáticamente y farmacológicamente no presentaron diferencias estadísticas significativas ($P>0.05$).

2.3 DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN LOS VALORES DE I.M.C (P/T²) AL INICIO

TABLA N° 15

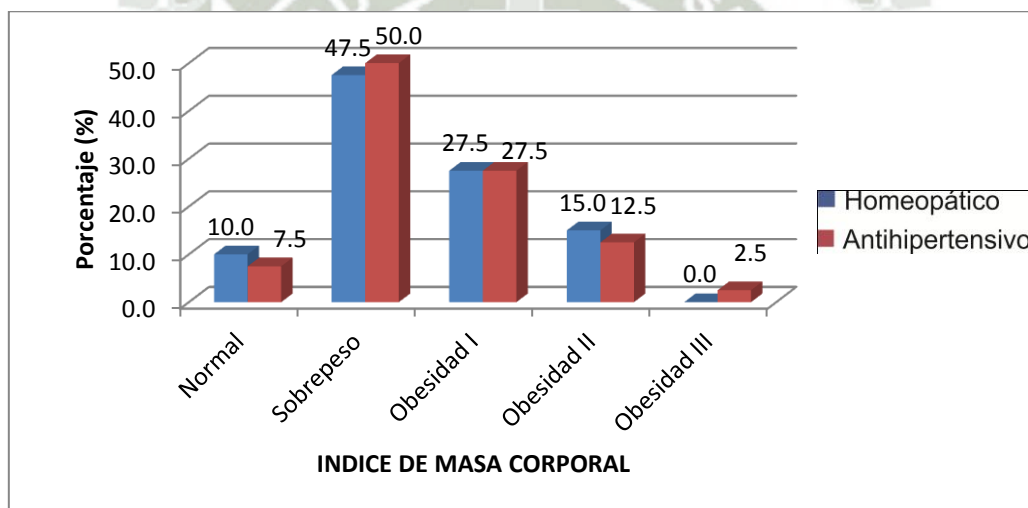
ESTADO NUTRICIONAL	HOMEOPÁTICO		ANTIHIPERTENSIVO	
	N°.	%	N°.	%
Normal (18-25)	4	10.0	3	7.5
Sobrepeso(25-30)	19	47.5	20	50.0
Obesidad I (30-35)	11	27.5	11	27.5
Obesidad II (35-40)	6	15.0	5	12.5
Obesidad III (>40)	0	0.0	1	2.5
TOTAL	40	100	40	100

$X^2=1.26$

$P>0.05$

GRÁFICO N° 15

DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN LOS VALORES DE I.M.C (P/T²) AL INICIO



FUENTE: Elaboración propia (LAFM)

INTERPRETACIÓN:

En la tabla y gráfico N°15 se muestra con referencia al I.M.C. El 47.5% de los pacientes que fueron tratados con homeopatía presentaron sobrepeso frente al 50.0% de los pacientes que toman antihipertensivo.

Según la prueba de chi cuadrado ($X^2=1.26$) se muestra que el I.M.C en los pacientes al inicio del estudio que fueron tratados homeopáticamente y farmacológicamente no presentó diferencias estadísticas significativas ($P>0.05$).

2.4 DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN EL PERFIL LIPÍDICO (mg/dl) AL INICIO

TABLA N° 16

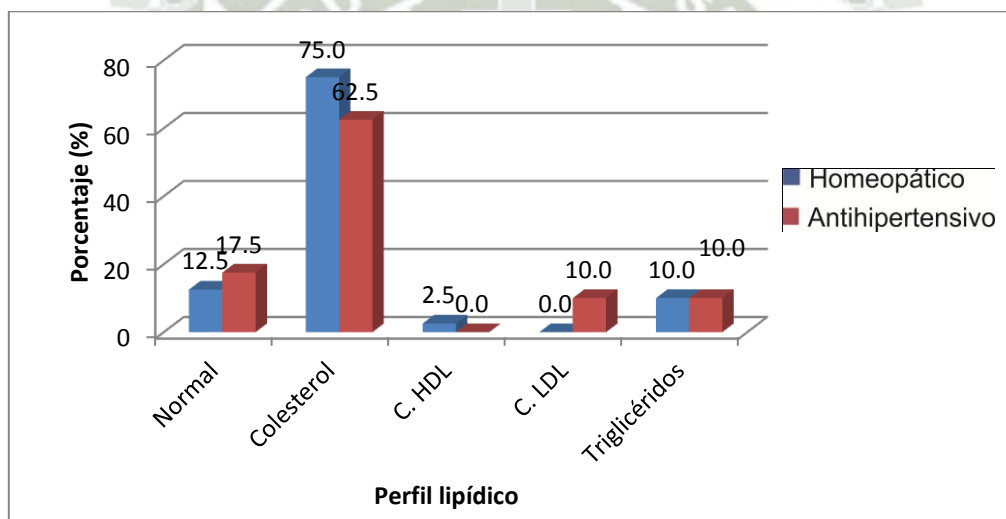
PERFIL LIPÍDICO	HOMEOPÁTICO		ANTIHIPERTENSIVO	
	N°.	%	N°.	%
Normal	5	12.5	7	17.5
Colesterol (>200)	30	75.0	25	62.5
C. HDL(35-74)	1	2.5	0	0.0
C. LDL (<150)	0	0.0	4	10.0
Triglicéridos(>150)	4	10.0	4	10.0
TOTAL	40	100	40	100

$$X^2=5.79$$

$$P>0.05$$

GRÁFICO N° 16

DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN EL PERFIL LIPÍDICO (mg/dl) AL INICIO



FUENTE: Elaboración propia (LAFM)

INTERPRETACIÓN:

En la tabla y gráfico N°16 se muestra que los pacientes que fueron tratados con homeopatía presentaron valores de colesterol mayor de 200 en un 75.0%, frente a un 62.5% en los pacientes con antihipertensivos.

Según la prueba de chi cuadrado ($X^2=5.79$) se muestra que el perfil lipídico en los pacientes al inicio del estudio que fueron tratados homeopáticamente y farmacológicamente no presentó diferencias estadísticas significativas ($P>0.05$).



**3. EVALUACIÓN DE LA DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL
DURANTE EL TRATAMIENTO**



3.1 EN PACIENTES TRATADOS CON HOMEOPATÍA

3.1.1 COMPARATIVO SIGNOS Y SÍNTOMAS 1ER CONTROL EN PACIENTES CON HOMEOPATÍA

TABLA N° 17

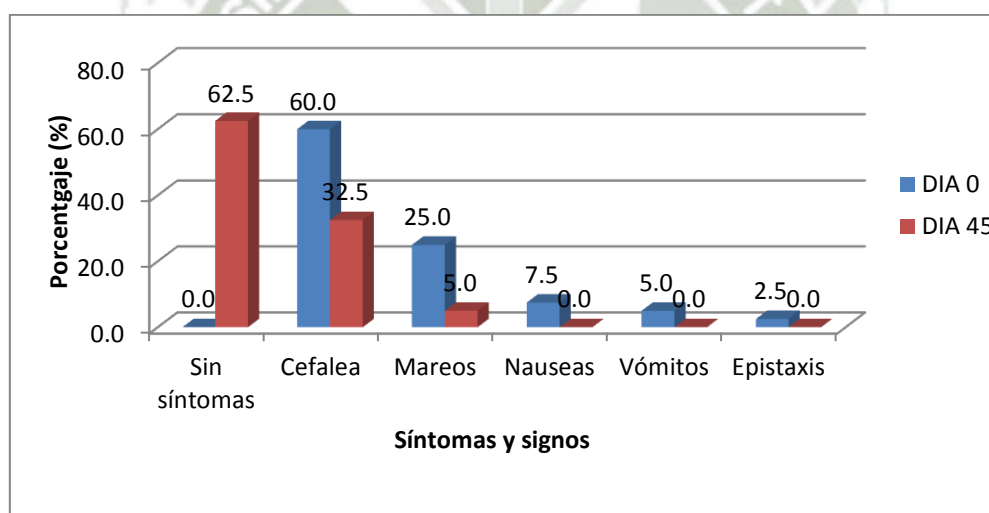
SIGNOS Y SÍNTOMAS	EVALUACIONES			
	DÍA 0		DÍA 45	
	N°.	%	N°.	%
Sin síntomas	0	0.0	25	62.5
Cefalea	24	60.0	13	32.5
Mareos	10	25.0	2	5.0
Nauseas	3	7.5	0	0.0
Vómitos	2	5.0	0	0.0
Epistaxis	1	2.5	0	0.0
Total	40	100	40	100

$$X^2=36.60$$

$$P<0.05$$

GRÁFICO N° 17

COMPARATIVO SIGNOS Y SÍNTOMAS 1ER CONTROL EN PACIENTES CON HOMEOPATÍA



FUENTE: Elaboración propia (LAFM)

INTERPRETACIÓN:

En la tabla y gráfico N°17 se muestra que al hacer el comparativo de los síntomas el 60.0% de los pacientes presentaron cefalea al inicio, el cual disminuye a 32.5% durante el tratamiento.

Según la prueba de chi cuadrado ($X^2=36.30$) se muestra que los signos y síntomas en los pacientes antes y durante el tratamiento homeopático presentaron diferencias estadísticas significativas ($P<0.05$).

3.1.2 SIGNOS Y SÍNTOMAS 2DO CONTROL EN PACIENTES CON HOMEOPATÍA

TABLA N° 18

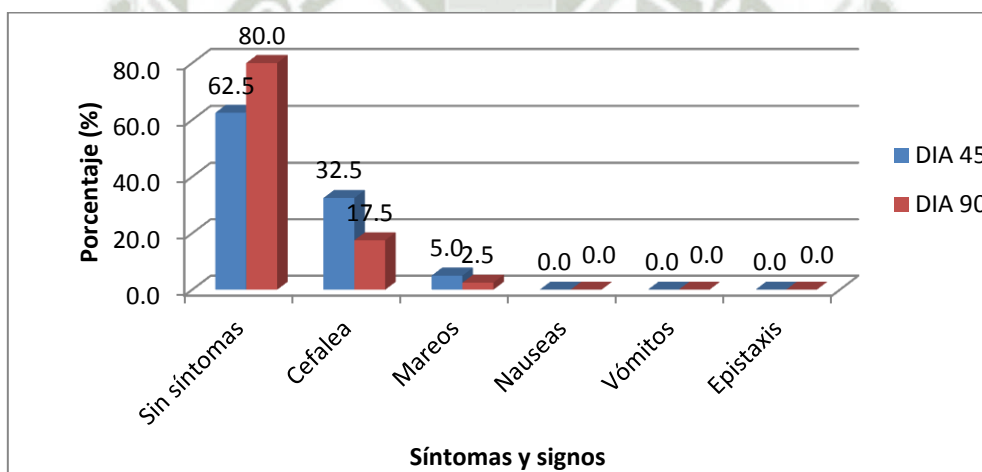
SÍNTOMAS Y SIGNOS	EVALUACIONES			
	DÍA 45		DÍA 90	
	N°.	%	N°.	%
Sin síntomas	25	62.5	32	80.0
Cefalea	13	32.5	7	17.5
Mareos	2	5.0	1	2.5
Nauseas	0	0.0	0	0.0
Vómitos	0	0.0	0	0.0
Epistaxis	0	0.0	0	0.0
Total	40	100	40	100

$X^2=2.99$

$P>0.05$

GRÁFICO N° 18

SIGNOS Y SÍNTOMAS 2DO CONTROL EN PACIENTES CON HOMEOPATÍA



FUENTE: Elaboración propia (LAFM)

INTERPRETACIÓN:

En la tabla y gráfico N°18 se muestra que durante el tratamiento el 62.5% de los pacientes no tuvieron síntomas y la cefalea sólo se manifestó en el 32.5%. Al final del estudio se encontró que el 80% de los pacientes no presentaron síntomas y solo el 17.5% de ellos tuvieron cefalea.

Según la prueba de chi cuadrado ($X^2=2.99$) se muestra que los signos y síntomas en los pacientes durante y después del tratamiento homeopático no presentaron diferencias estadísticas significativas ($P>0.05$).

3.1.3 VALORES DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL H.T.A (mmHg) 1er. CONTROL EN PACIENTES CON HOMEOPATÍA

TABLA N° 19

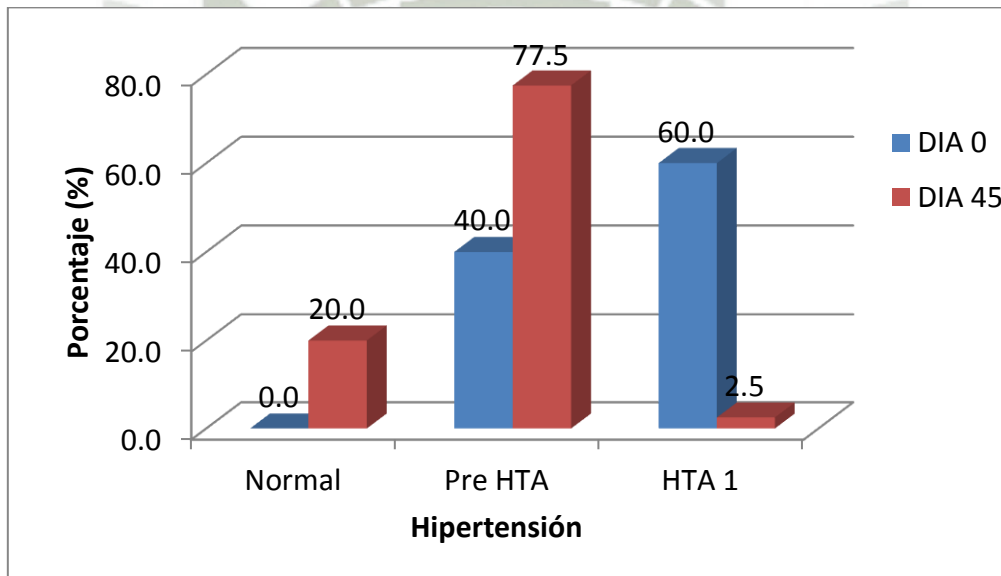
HIPERTENSIÓN	EVALUACIONES			
	DÍA 0		DÍA 45	
	N°.	%	N°.	%
Normal (< 120 y < 80)	0	0.0	8	20.0
Pre HTA (120-139 o 80-89)	16	40.0	31	77.5
HTA 1 (140-159 o 90-99)	24	60.0	1	2.5
Total	40	100	40	100

$$X^2=33.95$$

$$P<0.05$$

GRÁFICO N° 19

VALORES DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL H.T.A (mmHg) 1er.CONTROL EN PACIENTES CON HOMEOPATÍA



FUENTE: Elaboración propia (LAFM)

INTERPRETACIÓN:

En la tabla y gráfico N°19 podemos observar que los valores de inicio correspondientes a pre HTA e Hipertensión 1 son de 40 % y 60% respectivamente, frente al 77.5% y 2.5% obtenidos durante el tratamiento; lográndose además normalizar la presión en un 20% de los pacientes.

Según la prueba de chi cuadrado ($X^2=33.95$) se muestra que la hipertensión en los pacientes antes y durante el tratamiento homeopático presentó diferencias estadísticas significativas ($P<0.05$).

3.1.4 VALORES DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL H.T.A. (mmHg) 2DO. CONTROL EN PACIENTES CON HOMEOPATÍA

TABLA N° 20

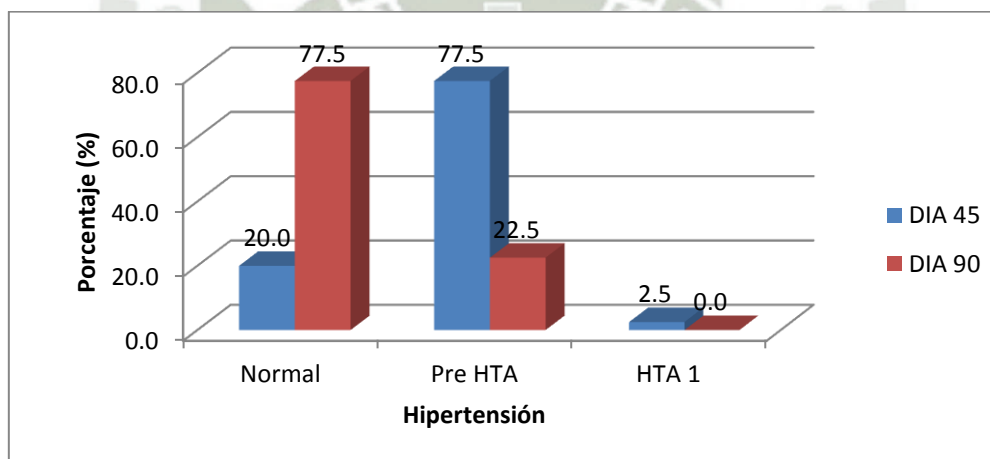
HIPERTENSIÓN	EVALUACIONES			
	DÍA 45		DÍA 90	
	N°.	%	N°.	%
Normal (< 120 y < 80)	8	20.0	31	77.5
Pre HTA (120-139 o 80-89)	31	77.5	9	22.5
HTA 1 (140-159 o 90-99)	1	2.5	0	0.0
Total	40	100	40	100

$X^2=26.67$

$P<0.05$

GRÁFICO N° 20

VALORES DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL H.T.A. (mmHg) 2DO. CONTROL EN PACIENTES CON HOMEOPATÍA



FUENTE: Elaboración propia (LAFM)

INTERPRETACIÓN:

En la tabla y gráfico N°20 podemos observar que los valores durante el tratamiento correspondientes a pre HTA e Hipertensión 1 son de 77.5 % y 2.5% respectivamente, frente al 22.5% de pre HTA no evidenciándose hipertensión 1 al final del tratamiento. Finalmente se logra normalizar la presión en un 77.5 % de los pacientes.

Según la prueba de chi cuadrado ($X^2=26.67$) se muestra que la hipertensión en los pacientes durante y después del tratamiento homeopático presentó diferencias estadísticas significativas ($P<0.05$).

3.1.5 VALORES DE PERFIL LIPÍDICO (mg/dl) 1ER CONTROL EN PACIENTES CON HOMEOPATÍA

TABLA N°21

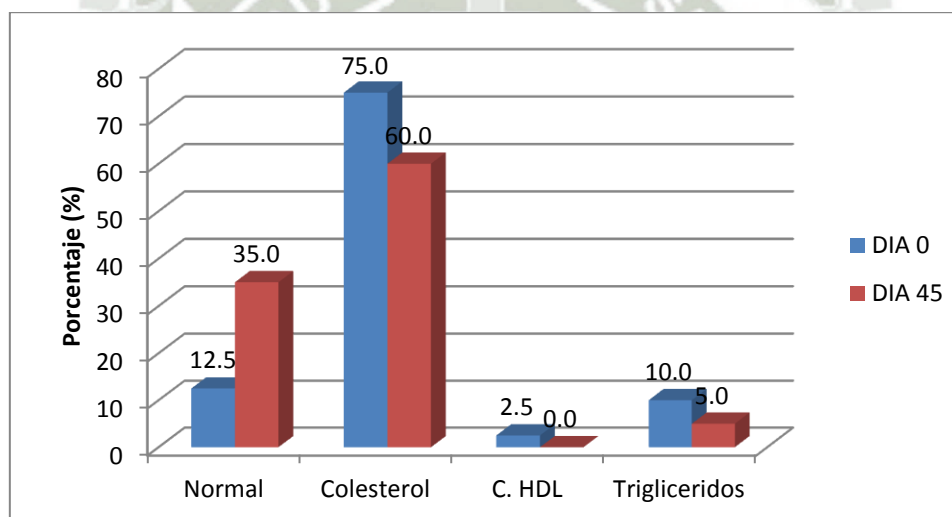
PERFIL LIPÍDICO	EVALUACIONES			
	DÍA 0		DÍA 45	
	N°.	%	N°.	%
Normal	5	12.5	14	35.0
Colesterol (>200)	30	75.0	24	60.0
C. HDL (35-74)	1	2.5	0	0.0
Triglicéridos (>150)	4	10.0	2	5.0
Total	40	100	40	100

$X^2=6.60$

$P>0.05$

GRÁFICO N° 21

VALORES DE PERFIL LIPÍDICO (mg/dl) 1 ER CONTROL EN PACIENTES CON HOMEOPATÍA



FUENTE: Elaboración propia (LAFM)

INTERPRETACIÓN:

En la tabla y gráfico N° 21 se muestra que al inicio el 75.0% de los pacientes presentaron valores de colesterol alto y durante el tratamiento éste disminuye a 60 %, en tanto que la normalidad del colesterol asciende de 12.5% a 35% en los pacientes controlados.

Según la prueba de chi cuadrado ($X^2=6.60$) se muestra que el perfil lipídico en los pacientes antes y durante el tratamiento homeopático no presentó diferencias estadísticas significativas ($P>0.05$).

3.1.6 VALORES DE PERFIL LIPÍDICO (mg/dl) 2DO CONTROL EN PACIENTES CON HOMEOPATÍA

TABLA N° 22

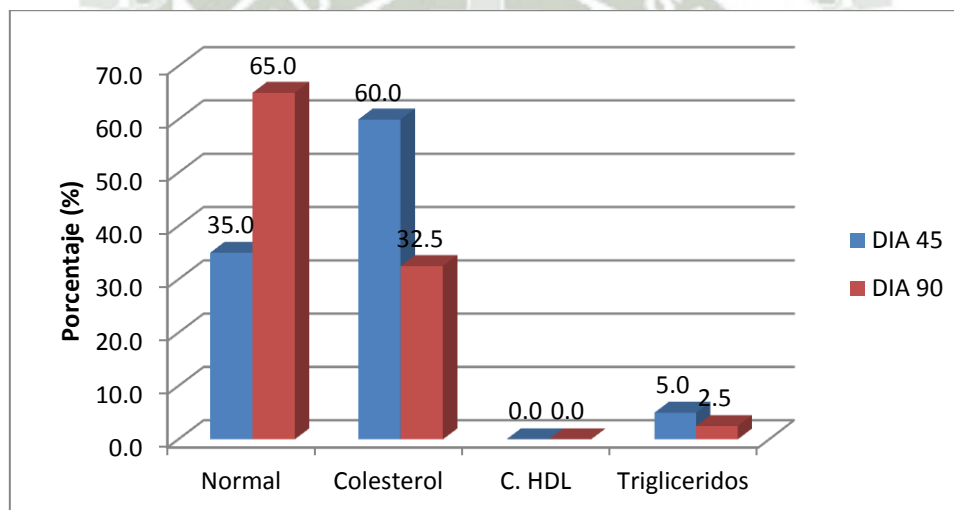
PERFIL LIPÍDICO	EVALUACIONES			
	DIA 45		DIA 90	
	N°.	%	N°.	%
Normal	14	35.0	26	65.0
Colesterol >200	24	60.0	13	32.5
C. HDL	0	0.0	0	0.0
Triglicéridos >150	2	5.0	1	2.5
Total	40	100	40	100

$X^2=7.20$

$P<0.05$

GRÁFICO N° 22

VALORES DE PERFIL LIPÍDICO (mg/dl) 2DO CONTROL EN PACIENTES CON HOMEOPATÍA



FUENTE: Elaboración propia (LAFM)

INTERPRETACIÓN:

En la tabla y gráfico N°22 se muestra que durante el tratamiento el 60.0% de los pacientes presentaron valores de colesterol alto y al final disminuye a 32.5 % en tanto que la normalidad del colesterol asciende de 35% a 65 % en los pacientes controlados.

Según la prueba de chi cuadrado ($X^2=7.20$) se muestra que el perfil lipídico en los pacientes durante y después del tratamiento homeopático presentó diferencias estadísticas significativas ($P<0.05$).



**3.2 EN PACIENTES TRATADOS CON ALOPATÍA
(ANTIHIPERTENSIVO)**

3.2.1 COMPARATIVO SIGNOS Y SÍNTOMAS 1ER CONTROL EN PACIENTES CON ANTIHIPERTENSIVO

TABLA N° 23

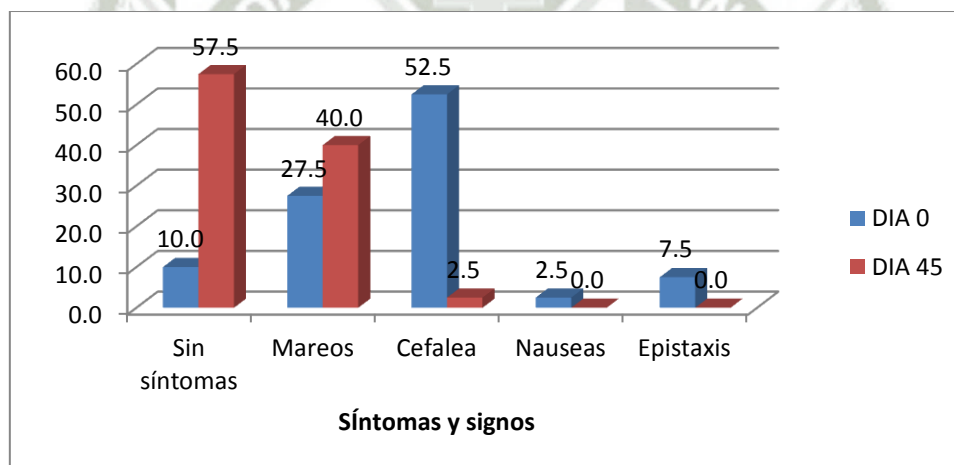
SÍNTOMAS Y SIGNOS	EVALUACIONES			
	DÍA 0		DÍA 45	
	N°.	%	N°.	%
Sin síntomas	4	10.0	23	57.5
Mareos	11	27.5	16	40.0
Cefalea	21	52.5	1	2.5
Nauseas	1	2.5	0	0.0
Epistaxis	3	7.5	0	0.0
Total	40	100	40	100

$X^2=36.48$

$P<0.05$

GRÁFICO N° 23

COMPARATIVO SIGNOS Y SÍNTOMAS 1ER CONTROL EN PACIENTES CON ANTIHIPERTENSIVO



FUENTE: Elaboración propia (LAFM)

INTERPRETACIÓN:

En la tabla y gráfico N° 23 se muestra que al hacer el comparativo de los síntomas el 52.5% de los pacientes presentaron cefalea al inicio, la cual disminuye a 2.5% durante el tratamiento, mientras que el porcentaje de pacientes sin síntomas asciende de 10% a 57.5%.

Según la prueba de chi cuadrado ($X^2=36.48$) se muestra que los signos y síntomas en los pacientes antes y durante el tratamiento con antihipertensivo presentaron diferencias estadísticas significativas ($P<0.05$).

3.2.2 SIGNOS Y SÍNTOMAS 2DO CONTROL EN PACIENTES CON ANTIHIPERTENSIVO

TABLA N° 24

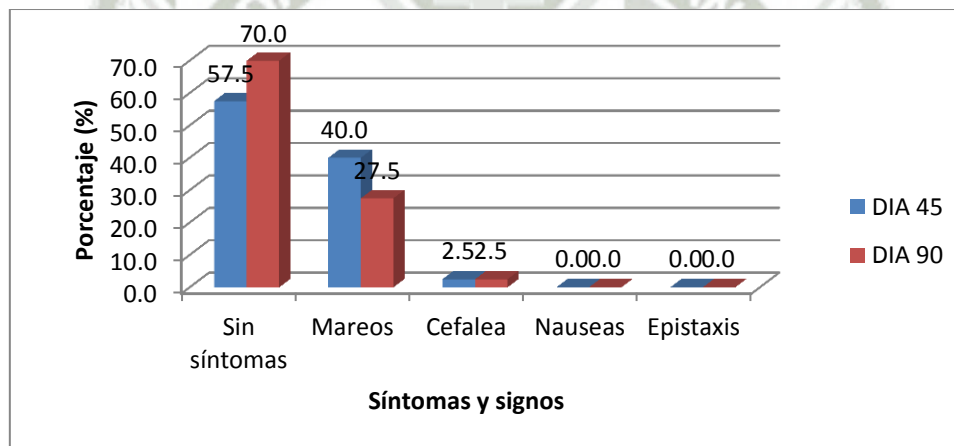
SÍNTOMAS Y SIGNOS	EVALUACIONES			
	DÍA 45		DÍA 90	
	N°.	%	N°.	%
Sin síntomas	23	57.5	28	70.0
Mareos	16	40.0	11	27.5
Cefalea	1	2.5	1	2.5
Nauseas	0	0.0	0	0.0
Epistaxis	0	0.0	0	0.0
Total	40	100	40	100

$X^2=1.42$

$P>0.05$

GRÁFICO N° 24

SIGNOS Y SÍNTOMAS 2DO CONTROL EN PACIENTES CON ANTIHIPERTENSIVO



FUENTE: Elaboración propia (LAFM)

INTERPRETACIÓN:

En la tabla y gráfico N° 24 se muestra que durante el tratamiento el 2.50% de los pacientes presentaron cefalea, el cual permanece igual al final del tratamiento. Además se muestra que la normalidad asciende de 57.5% a 70.0%. También apreciamos que el porcentaje de pacientes con mareos desciende de 40 % a 27.5%.

Según la prueba de chi cuadrado ($X^2=1.42$) se muestra que los signos y síntomas en los pacientes durante y después del tratamiento con antihipertensivo no presentó diferencias estadísticas significativas ($P>0.05$).

3.2.3 VALORES DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL H.T.A (mmHg) 1er.CONTROL EN PACIENTES CON ANTIHIPERTENSIVO

TABLA N° 25

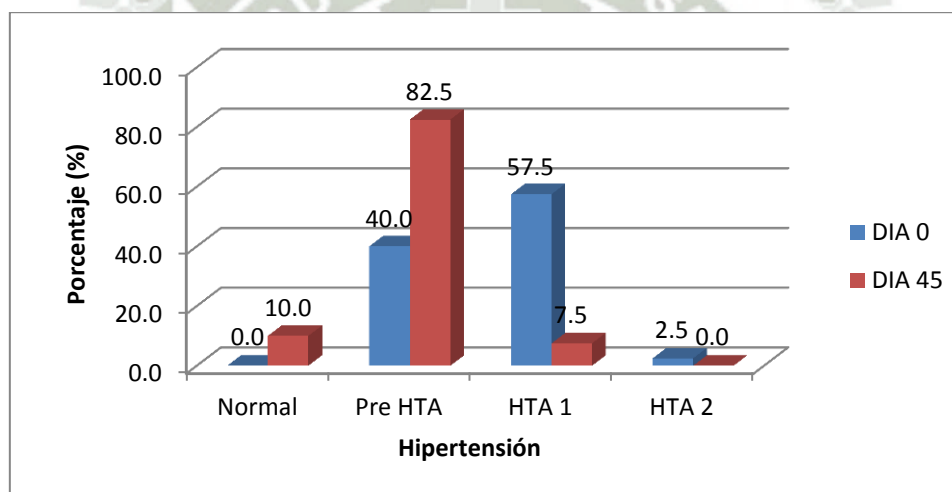
HIPERTENSIÓN	EVALUACIONES			
	DÍA 0		DÍA 45	
	N°.	%	N°.	%
Normal (< 120 y < 80)	0	0.0	4	10.0
Pre HTA (120-139 o 80-89)	16	40.0	33	82.5
HTA 1 (140-159 o 90-99)	23	57.5	3	7.5
HTA 2 (>= 160 o >= 100)	1	2.5	0	0.0
Total	40	100	40	100

$$X^2=26.28$$

$$P<0.05$$

GRÁFICO N° 25

VALORES DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL H.T.A (mmHg) 1er.CONTROL EN PACIENTES CON ANTIHIPERTENSIVO



FUENTE: Elaboración propia (LAFM)

INTERPRETACIÓN:

En la tabla y gráfico N°25 podemos observar que los valores de inicio correspondientes a pre HTA e Hipertensión 1 son de 40 % y 57.5% respectivamente, frente al 82.5% y 7.5% obtenidos durante el tratamiento; lográndose además normalizar la presión en un 10% de los pacientes.

Según la prueba de chi cuadrado ($X^2=26.28$) se muestra que la hipertensión en los pacientes antes y durante el tratamiento con antihipertensivo presentó diferencias estadísticas significativas ($P<0.05$).

3.2.4 VALORES DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL H.T.A. (mmHg) 2DO. CONTROL EN PACIENTES CON ANTIHIPERTENSIVO

TABLA N° 26

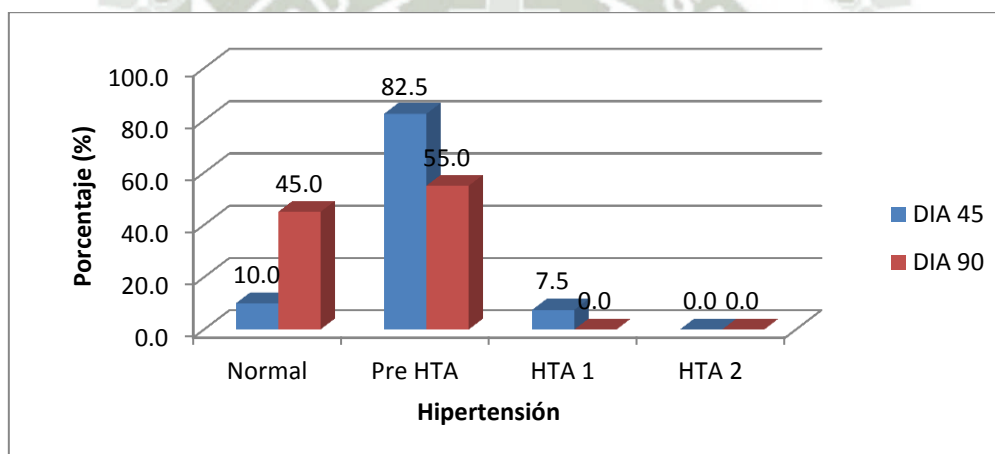
HIPERTENSIÓN	EVALUACIONES			
	DÍA 45		DÍA 90	
	N°.	%	N°.	%
Normal (< 120 y < 80)	4	10.0	18	45.0
Pre HTA (120-139 o 80-89)	33	82.5	22	55.0
HTA 1(140-159 o 90-99)	3	7.5	0	0.0
HTA 2(>= 160 o >= 100)	0	0.0	0	0.0
Total	40	100	40	100

$$X^2=14.11$$

$$P<0.05$$

GRÁFICO N° 26

VALORES DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL H.T.A. (mmHg) 2DO. CONTROL EN PACIENTES CON ANTIHIPERTENSIVO



FUENTE: Elaboración propia (LAFM)

INTERPRETACIÓN:

En la tabla y gráfico N° 26 podemos observar que durante el tratamiento los valores de pre HTA e Hipertensión 1 son de 82.5 % y 7.5% respectivamente. Mientras que al final del tratamiento el valor de pre HTA es del 55%, lográndose además normalizar la presión en un 45.0 %.

Según la prueba de chi cuadrado ($X^2=14.11$) se muestra que la hipertensión en los pacientes durante y después del tratamiento con antihipertensivo presentó diferencias estadísticas significativas ($P<0.05$).

3.2.5 VALORES DE PERFIL LIPÍDICO (mg/dl) 1ER CONTROL EN PACIENTES CON ANTIHIPERTENSIVO

TABLA N° 27

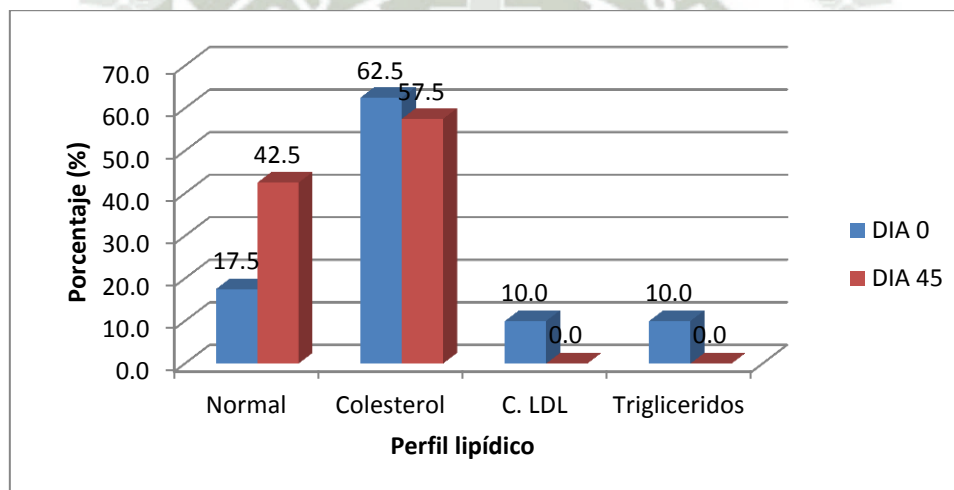
PERFIL LIPÍDICO	EVALUACIONES			
	DÍA 0		DÍA 45	
	N°.	%	N°.	%
Normal	7	17.5	17	42.5
Colesterol (>200)	25	62.5	23	57.5
C. LDL (<150)	4	10.0	0	0.0
Triglicéridos (>150)	4	10.0	0	0.0
Total	40	100	40	100

$X^2=12.25$

$P<0.05$

GRÁFICO N° 27

VALORES DE PERFIL LIPÍDICO (mg/dl) 1 ER CONTROL EN PACIENTES CON ANTIHIPERTENSIVO



FUENTE: Elaboración propia (LAFM)

INTERPRETACIÓN:

En la tabla y gráfico N° 27 se muestra que al inicio el 62.5% de los pacientes presentaron valores de colesterol alto y durante el tratamiento éste disminuye a 57.5 % en tanto que la normalidad asciende de 17.5% a 42.5% en los pacientes controlados.

Según la prueba de chi cuadrado ($X^2=12.25$) se muestra que el perfil lipídico en los pacientes antes y durante el tratamiento con antihipertensivo presentó diferencias estadísticas significativas ($P<0.05$).

3.2.6 VALORES DE PERFIL LIPÍDICO (mg/dl) 2DO CONTROL EN PACIENTES CON ANTIHIPERTENSIVO

TABLA N° 28

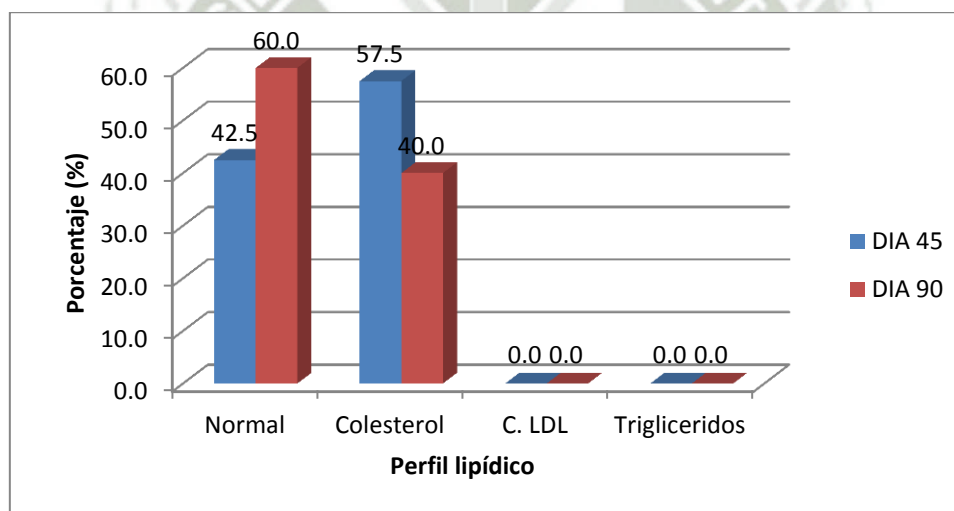
PERFIL LIPÍDICO	EVALUACIONES			
	DÍA 45		DÍA 90	
	N°.	%	N°.	%
Normal	17	42.5	24	60.0
Colesterol(>200)	23	57.5	16	40.0
C. LDL(<150)	0	0.0	0	0.0
Triglicéridos (>150)	0	0.0	0	0.0
Total	40	100	40	100

$X^2=2.45$

$P>0.05$

GRÁFICO N° 28

VALORES DE PERFIL LIPÍDICO (mg/dl) 2DO CONTROL EN PACIENTES CON ANTIHIPERTENSIVO



FUENTE: Elaboración propia (LAFM)

INTERPRETACIÓN:

En la tabla y gráfico N° 28 se muestra que durante el tratamiento los valores de colesterol fueron de 57.5% y al final descendieron al 40%, en tanto que los valores de normalidad ascendieron de 42.5% a 60.0%.

Según la prueba de chi cuadrado ($X^2=2.45$) se muestra que el perfil lipídico en los pacientes durante y después del tratamiento con antihipertensivo no presentó diferencias estadísticas significativas ($P>0.05$).



**4. EVALUACIÓN DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL AL FINAL DEL
TRATAMIENTO**

4.1 COMPARATIVO SIGNOS Y SÍNTOMAS FINAL CON HOMEOPATÍA Y ANTIHIPERTENSIVO

TABLA N° 29

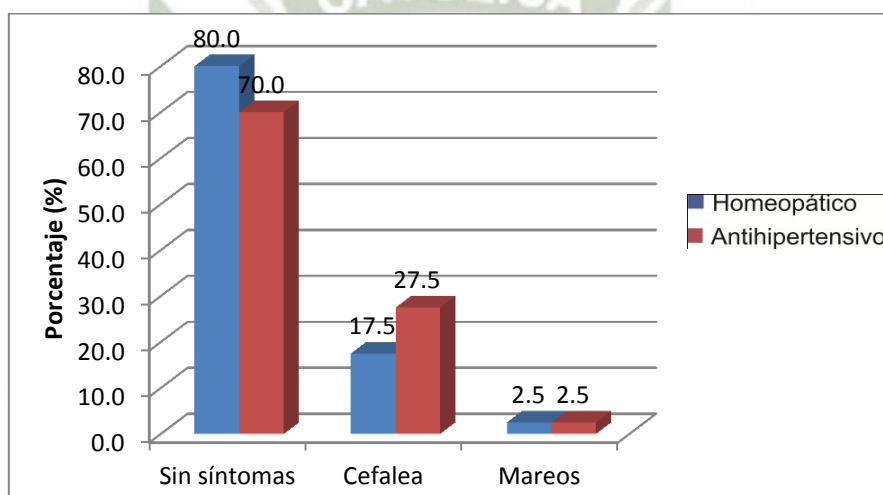
SIGNOS Y SÍNTOMAS	HOMEOPÁTICO		ANTIHIPERTENSIVO	
	N°.	%	N°.	%
Sin síntomas	32	80.0	28	70.0
Cefalea	7	17.5	11	27.5
Mareos	1	2.5	1	2.5
TOTAL	40	100	40	100

$X^2=1.16$

$P>0.05$

GRÁFICO N° 29

COMPARATIVO SIGNOS Y SÍNTOMAS FINAL CON HOMEOPATÍA Y ANTIHIPERTENSIVO



FUENTE: Elaboración propia (LAFM)

INTERPRETACIÓN:

En la tabla y gráfico N° 29 se muestra que el 80.0% de los pacientes que fueron tratados con homeopatía no presentaron signos y síntomas, frente al 70.0% de los pacientes tratados con antihipertensivo. Además señalamos que la cefalea se presentó en el 17.5% de los pacientes tratados con homeopatía, frente al 27.5% de los pacientes tratados con antihipertensivo.

Según la prueba de chi cuadrado ($X^2=1.16$) se muestra que los signos y síntomas en los pacientes después del estudio que fueron tratados homeopáticamente y farmacológicamente no presentaron diferencias estadísticas significativas ($P>0.05$).

4.2 COMPARATIVO HIPERTENSIÓN CON HOMEOPATÍA Y ANTIHIPERTENSIVO

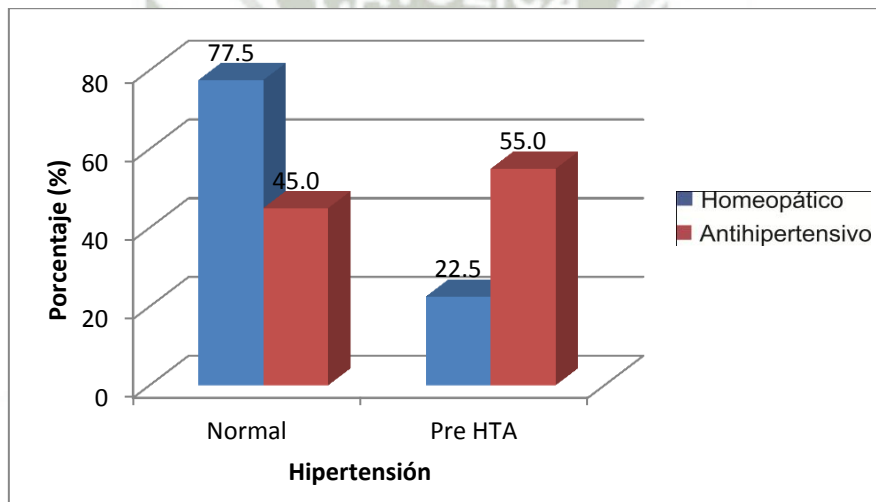
TABLA N° 30

HIPERTENSIÓN	HOMEOPÁTICO		ANTIHIPERTENSIVO	
	N°.	%	N°.	%
Normal (< 120 y < 80)	31	77.5	18	45.0
Pre HTA(120-139 o 80-89)	9	22.5	22	55.0
TOTAL	40	100	40	100

$X^2=8.90$

$P<0.05$

GRÁFICO N° 30
COMPARATIVO HIPERTENSIÓN CON HOMEOPATÍA Y ANTIHIPERTENSIVO



FUENTE: Elaboración propia (LAFM)

INTERPRETACIÓN:

En la tabla y gráfico N° 30 se muestra que un mayor porcentaje del 77.5% de los pacientes tratados con homeopatía lograron normalizar su presión arterial, en comparación con el 45.0% de los pacientes tratados con antihipertensivo.

Según la prueba de chi cuadrado ($X^2=8.90$) se muestra que la hipertensión en los pacientes después del estudio que fueron tratados homeopáticamente y farmacológicamente presentó diferencias estadísticas significativas ($P<0.05$).

4.3 COMPARATIVO ESTADO NUTRICIONAL CON HOMEOPATÍA Y ANTIHIPERTENSIVO

TABLA N° 31

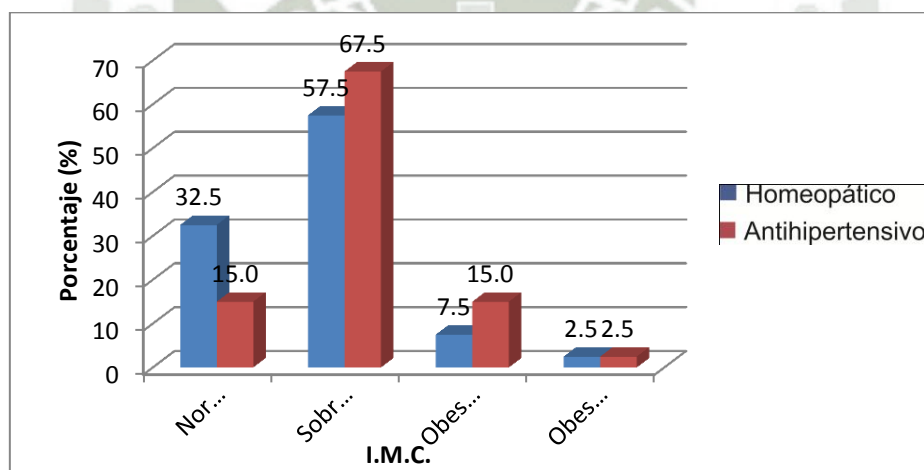
ESTADO NUTRICIONAL	HOMEOPÁTICO		ANTIHIPERTENSIVO	
	N°.	%	N°.	%
Normal (18-25)	13	32.5	6	15.0
Sobrepeso (25-30)	23	57.5	27	67.5
Obesidad I (30-35)	3	7.5	6	15.0
Obesidad II (35-40)	1	2.5	1	2.5
TOTAL	40	100	40	100

$X^2=3.89$

$P>0.05$

GRÁFICO N° 31

COMPARATIVO ESTADO NUTRICIONAL CON HOMEOPATÍA Y ANTIHIPERTENSIVO



FUENTE: Elaboración propia (LAFM)

INTERPRETACIÓN:

En la tabla y gráfico N° 31 se muestra que el 57.5% de los pacientes que fueron tratados con homeopatía presentaron sobrepeso con una tendencia a normalizar del 32.5%, frente al 67.5% de los tratados con antihipertensivo, con una tendencia a la normalidad del estado nutricional del 15%.

Según la prueba de chi cuadrado ($X^2=3.89$) se muestra que el estado nutricional I.M.C. en los pacientes después del estudio que fueron tratados homeopáticamente y farmacológicamente no presentó diferencias estadísticas significativas ($P>0.05$).

4.4 COMPARATIVO PERFIL LIPÍDICO CON HOMEOPATÍA Y ANTIHIPERTENSIVO

TABLA N° 32

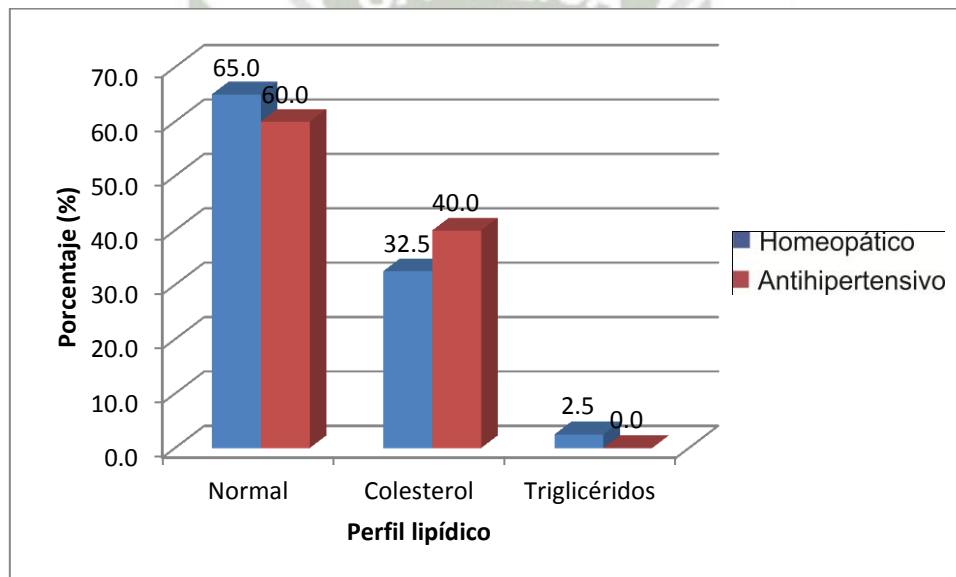
PERFIL LIPÍDICO	HOMEOPÁTICO		ANTIHIPERTENSIVO	
	N°.	%	N°.	%
Normal	26	65.0	24	60.0
Colesterol (>200)	13	32.5	16	40.0
Triglicéridos (>150)	1	2.5	0	0.0
TOTAL	40	100	40	100

$X^2=1.39$

$P>0.05$

GRÁFICO N° 32

COMPARATIVO PERFIL LIPÍDICO CON HOMEOPATÍA Y ANTIHIPERTENSIVO



FUENTE: Elaboración propia (LAFM)

INTERPRETACIÓN:

En la tabla y gráfico N° 32 se muestra que el 32.5% de los pacientes que fueron tratados con homeopatía presentaron hipercolesterolemia y una tendencia a normalizar este valor de 65%, frente al 40.0% de los pacientes tratados con antihipertensivo los cuales presentaron una tendencia a la normalidad de 60%.

Según la prueba de chi cuadrado ($X^2=1.39$) se muestra que el perfil lipídico en los pacientes después del estudio que fueron tratados homeopáticamente y farmacológicamente no presentó diferencias estadísticas significativas ($P>0.05$).



5. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizó tablas de contingencia para expresar las frecuencias absolutas y relativas porcentuales de las variables de estudio en ambos grupos. Asimismo para el contraste de la hipótesis se utilizó la prueba de chi cuadrado de homogeneidad con el 5% de significancia. Para expresar gráficamente las frecuencias relativas porcentuales se diseñó diagramas de barras.

Para el proceso de la información se utilizó el software estadístico SPSS versión 21 y las gráficas se realizaron con el Excel de Microsoft Windows.

$$\chi^2_{(F-1)(C-1)} = \sum_{i=1}^F \sum_{j=1}^C \frac{(O_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}}$$

χ^2 = Chi cuadrado calculado

O= Frecuencia observada

E= Frecuencia esperada

F= Número de filas

C= Número de columna

i = Contador de filas

j = Contador de columnas



**6. ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA EVOLUCIÓN DE LA
HIPERTENSIÓN ARTERIAL POR TRATAMIENTO**

6.1 EVOLUCIÓN DE LOS VALORES DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL (mmHg) POR PACIENTE ANTES DURANTE Y AL FINAL CON TRATAMIENTO HOMEOPÁTICO

TABLA N° 33

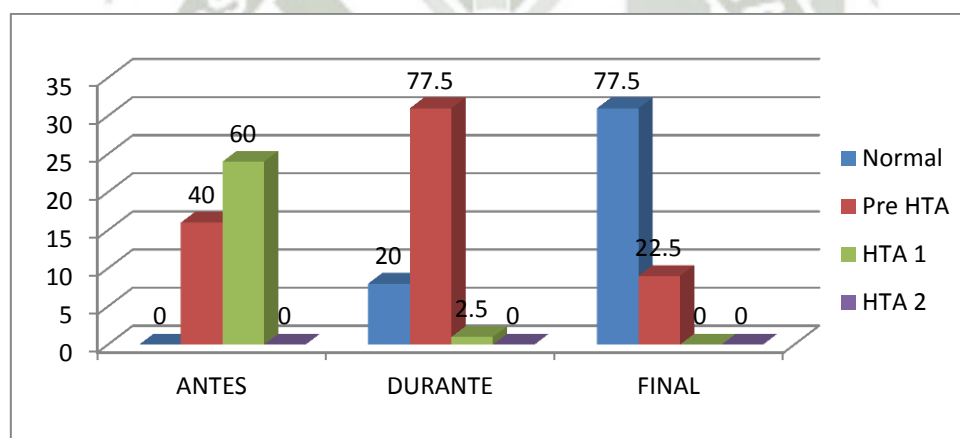
HIPERTENSIÓN	EVALUACIONES					
	ANTES		DURANTE		FINAL	
	N°.	%	N°.	%	N°.	%
Normal (< 120 y < 80)	0	0.0	8	20.0	31	77.5
Pre HTA (120-139 o 80-89)	16	40.0	31	77.5	9	22.5
HTA 1 (140-159 o 90-99)	24	60.0	1	2.5	0	0.0
HTA 2 (>=160 o >=100)	0	0	0	0.0	0	0.0
Total	40	100	40	100	40	100

$X^2=97.62$

$P<0.05$

GRÁFICO N° 33

EVOLUCIÓN DE LOS VALORES DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL (mmHg) POR PACIENTE ANTES DURANTE Y AL FINAL CON TRATAMIENTO HOMEOPÁTICO



FUENTE: Elaboración propia (LAFM)

INTERPRETACIÓN:

En la tabla y gráfico N° 33 se muestra que al inicio del estudio el 40% y 60% de los pacientes presentaron pre hipertensión y HTA 1 respectivamente. Durante el tratamiento se obtuvo valores de 77.5% y 2.5% respectivamente, frente al 22.5% con pre hipertensión logrados al final del tratamiento con una normalización de los valores de presión del 77.5% en los pacientes estudiados.

Según la prueba de chi cuadrado ($X^2=97.62$) se muestra que la hipertensión en los pacientes antes, durante y después del estudio que fueron tratados homeopáticamente presentó diferencias estadísticas significativas ($P<0.05$).

6.2 EVOLUCIÓN DE LOS VALORES DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL mmHg. POR PACIENTE ANTES, DURANTE Y AL FINAL DEL TRATAMIENTO CON TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO

TABLA N° 34

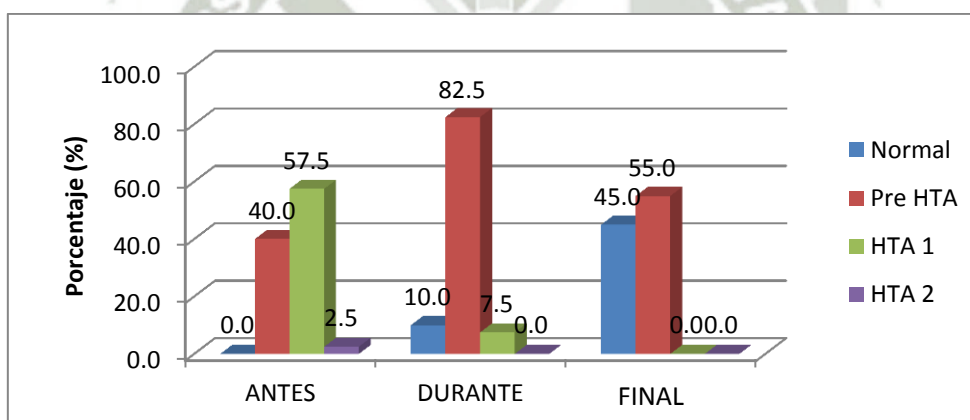
HIPERTENSIÓN	EVALUACIONES					
	ANTES		DURANTE		FINAL	
	N°.	%	N°.	%	N°.	%
Normal (< 120 y < 80)	0	0.0	4	10.0	18	45.0
Pre HTA (120-139 o 80-89)	16	40.0	33	82.5	22	55.0
HTA 1 (140-159 o 90-99)	23	57.5	3	7.5	0	0.0
HTA 2 (>= 160 o >= 100)	1	2.5	0	0.0	0	0.0
Total	40	100	40	100	40	100

$X^2=68.72$

$P<0.05$

GRÁFICO N° 34

EVOLUCIÓN DE LOS VALORES DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL mmHg. POR PACIENTE ANTES, DURANTE Y AL FINAL DEL TRATAMIENTO CON TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO



FUENTE: Elaboración propia (LAFM)

INTERPRETACIÓN:

En la tabla y gráfico N° 34 se muestra que al inicio del estudio el 40% y 57.5% de los pacientes presentaron pre hipertensión y HTA 1 respectivamente. Durante el tratamiento se obtuvo valores del 82.5% y 7.5% respectivamente, frente al 55% con pre HTA logrados al final del tratamiento con una normalización de los valores de presión del 45% en los pacientes estudiados.

Según la prueba de chi cuadrado ($X^2=68.72$) se muestra que la hipertensión en los pacientes antes, durante y después del estudio que fueron tratados con antihipertensivo presentó diferencias estadísticas significativas ($P<0.05$).

6.3 CUADRO COMPARATIVO DE LA EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO HOMEOPÁTICO Y ANTIHIPERTENSIVO AL FINAL DE TRATAMIENTO

TABLA N° 35

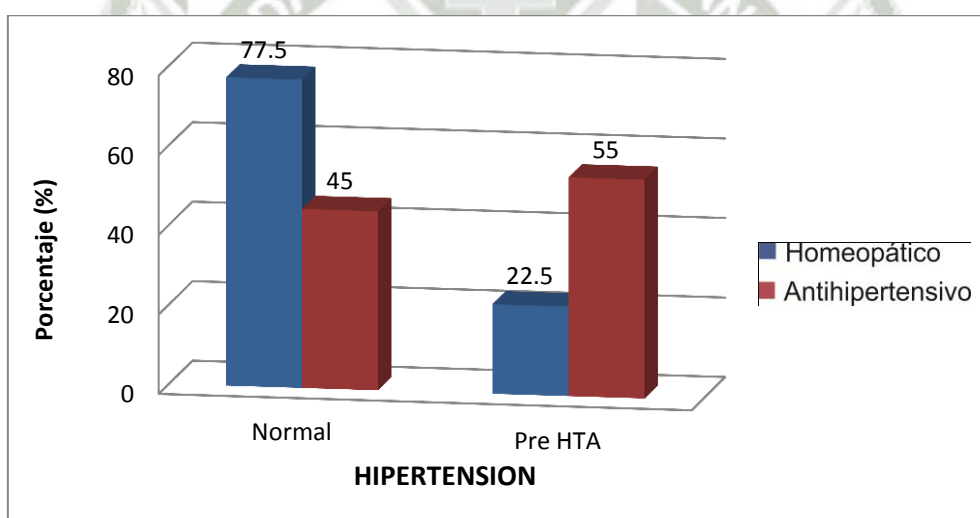
HIPERTENSIÓN	HOMEOPÁTICO		ANTIHIPERTENSIVO	
	N°.	%	N°.	%
Normal < 120 y < 80	31	77.5	18	45.0
Pre HTA 120-139 o 80-89	9	22.5	22	55.0
TOTAL	40	100	40	100

$X^2=8.90$

$P<0.05$

GRÁFICO N° 35

COMPARATIVO DE LA EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO HOMEOPÁTICO Y ANTIHIPERTENSIVO AL FINAL DE TRATAMIENTO



FUENTE: Elaboración propia (LAFM)

INTERPRETACIÓN:

En la tabla y gráfico N° 35 se muestra que ambos tratamientos normalizan la presión arterial, siendo mayor en el tratamiento homeopático con el 77.5%, respecto al tratamiento antihipertensivo con un 45 %.

Según la prueba de chi cuadrado ($X^2=8.90$) se muestra que la hipertensión en los pacientes después del estudio que fueron tratados homeopáticamente y farmacológicamente presentó diferencias estadísticas significativas ($P<0.05$).



DISCUSIÓN

Este estudio se realizó en pacientes de ambos sexos de 40 a 80 años de edad con diagnóstico de hipertensión arterial que acudieron a la consulta ambulatoria de la Micro red Francisco Bolognesi de Cayma. Algunos habiendo recibido tratamiento farmacológico alopático previo sin lograr los resultados esperados.

Desde el punto de vista de la Bioenergética se debe enfocar el tratamiento de la Hipertensión arterial de manera más amplia que sólo los signos y síntomas, ya que toda patología posee además un trasfondo emocional, sentimental y hasta espiritual.

El resultado de esta investigación se puede observar desde cuatro puntos de vista:

1) La sintomatología

Aquí se evalúan los síntomas comunes de la hipertensión arterial y se logra que después del tratamiento haya una remisión de la sintomatología de la cefalea de 32.5 al 17.5% y mareo del 5% a 2.5%.

2) Los valores promedios de presión arterial fueron 118.5/74.8 mm Hg, para los pacientes con tratamiento homeopático.

3) Los valores de presión arterial para el tratamiento alopático es en promedio mayor que el homeopático siendo 121.9/75.20 mm Hg.

4) Al realizar el análisis comparativo de la efectividad del tratamiento homeopático y alopático para la hipertensión arterial, al final del tratamiento según la prueba de Chi cuadrado ($X^2=8.90$), se observa que la hipertensión en los pacientes tratados homeopáticamente y alopáticamente, presentaron diferencias estadísticas significativas ($P<0.05$).

Asimismo se muestra que ambos tratamiento normalizan la presión arterial, siendo mayor en el tratamiento homeopático con el 77.5%, respecto al tratamiento antihipertensivo con un 45 %.

Al recibir los primeros resultados los pacientes muestran un cambio radical en su actitud y estado de ánimo, haciéndose más disciplinados y responsables con el tratamiento, la

interacción familiar mejora ostensiblemente, lo que repercute directamente en su calidad de vida.

Por otro lado no se toma en cuenta un grupo control. En caso de incluir individuos sano, desde el punto de vista homeopático, se consideraría una patogenesia, lo que no es objeto de este estudio.

En esta parte corresponde realizar una comparación entre nuestro estudio y otros similares pero no es posible porque:

- No existen estudios que hayan empleado el tratamiento homeopático en pacientes con hipertensión arterial.
- Los productos convencionales utilizan grandes concentraciones de principio activo. En nuestro método empleamos los principios activos de origen natural a micro dosis a una dilución decimal de D-6 (0.000001).
- Por otra parte diremos que el medicamento alopático actúa por mecanismo de concentración, mientras que el homeopático por información.

Pero si es posible comparar los efectos colaterales de los métodos más empleados en la actualidad para el tratamiento de la hipertensión arterial y nuestro método.

EFFECTOS COLATERALES

E. COLATERALES	IECA (CAPTOPRIL)	HOMEOPÁTICO (D-6)
Tos	SI	NO
Hipotensión	SI	NO
Cefalea	SI	NO
Edema angioneurótico	SI	NO
Erupción cutánea	SI	NO
Uremia	SI	NO
Tratamiento preventivo	NO	SI
Interacciones Medicamentosas	SI	NO
Intoxicación por sobredosis	SI	NO

El método homeopático, no presenta riesgos ya que es una terapia biogenética¹ y no sólo moduladora, como lo considera la Homotoxicología.

Este estudio también nos permite comparar el estado Nutricional (I.M.C.) el cual se normalizó para los pacientes con medicación homeopática del 10% al 32.5% y para el alopático de 7.5% a 15%. Mientras que el perfil lipídico de 12.5% a 65% para el homeopático y de 17.5% a 60% para pacientes con medicación alopática. Debemos considerar que estos factores incrementan la probabilidad de Enfermedades Hipertensivas, los cuales pueden ser modificados por cambios en el estilo de vida.

VARIABLE	HOMEOPÁTICO				ALOPÁTICO			
	INICIO		FINAL		INICIO		FINAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
ESTADO NUTRICIONAL								
Normal (18-25)	4	10.0	13	32.5	3	7.5	6	15.0
PERFIL LIPÍDICO								
Normal (< o = 200mg/dl)	5	12.5	26	65.0	7	17.5	24	60.0

Los objetivos de todo tratamiento son: la eliminación de síntomas, mejorar la calidad de vida del paciente y prolongarle la vida.

Como profesional Químico Farmacéutico, dedicado a la investigación homeopática me satisface decir que he logrado cumplir los objetivos propuestos en la presente tesis.

¹ **Biogenética:** Término acuñado por BHA Perú SRL. Para referirse a la reprogramación que ocurre a nivel genético-celular que modifica las condiciones del desarrollo de una patología y hace posible el restablecimiento hasta su forma original.



CONCLUSIONES

Luego de haber realizado toda la metodología propuesta y haber hecho un análisis de los resultados obtenidos se concluye:

Primera

En cuanto a la sintomatología clínica de la Hipertensión Arterial encontrada en los pacientes son: la cefalea, mareo, náuseas, vómito y epistaxis. Lográndose después del tratamiento una remisión para los síntomas con mayor frecuencia: cefalea 60 a 17.5% y mareo 25 a 2.5%.

Segunda

Después de aplicar la medicación homeopática al grupo de estudio, presentó significancia estadística, con una efectividad para el del tratamiento homeopático de 77.5%.

Tercera

Después de aplicar la medicación alopática al grupo de estudio, presentó significancia estadística, con una efectividad para el tratamiento antihipertensivo de 45%.

Cuarta

Las diferencias encontradas en la efectividad de los tratamiento homeopático y alopático son de 77.5% y 45% respectivamente.

Quinta

Los resultados muestran que la mayoría de la población fluctúa entre 40 y 50 años para el tratamiento homeopático y de 71 a 80 para los pacientes con tratamiento alopático, predomina el género femenino, la mayoría procede del P.J. Bolognesi, con estado civil casado, respecto al grado de instrucción prevalece la primaria, el tipo de alimentación más frecuente es el omnívoro, el consumo de sal es el hábito tóxico con mayor frecuencia. Un alto porcentaje no realiza actividad física, predomina la religión católica, siendo la Diabetes el antecedente patológico más frecuente y finalmente el antecedente familiar para hipertensión son los padres y la mayoría de los pacientes son tratados por el médico.



SUGERENCIAS

Finalizada la etapa de investigación del “Estudio Comparativo de efectividad del tratamiento Homeopático y Alopático para la Hipertensión Arterial en pacientes de 40 a 80 años, en la Micro red Francisco Bolognesi de Cayma, Arequipa 2012” y en virtud a los resultados obtenidos se sugiere:

Primera

A la Escuela de Posgrado de la U.C.S.M. , difunda este estudio y sus resultados a la población en general, haciendo énfasis en la población en riesgo considerando la edad, ocupación, antecedentes familiares.

Segunda

Realizar nuevos estudios en la Escuela de Pos grado de la U.C.S.M., donde se pueda utilizar conjuntamente la medicina convencional alopática y la medicina integrativa, dado que no existe información adecuada en nuestro medio.

Tercera

Al Gerente de la Región de Salud Arequipa, implemente este tratamiento como parte del protocolo de atención médica de la Hipertensión Arterial en los establecimientos del Ministerio de Salud.

Cuarta

Al Director de la Red de Salud Arequipa Caylloma, implemente el Módulo de Medicina Alternativa y Complementaria en la Micro red Francisco Bolognesi de Cayma del Ministerio de Salud.



I. DENOMINACIÓN

“Implementación del Módulo de Medicina Alternativa y Complementaria en la Micro red Francisco Bolognesi de Cayma, Arequipa 2012.”

II. JUSTIFICACIÓN

La Medicina integrativa trata de revalorizar a la persona, de individualizarla, ya que no trata ENFERMEDADES SINO ENFERMOS, tomando en cuenta características particulares a nivel físico, mental, emocional, sentimental y espiritual, que se constituyen en información muy valiosa para la resolución de los procesos que llamamos enfermedad, ya que el ser humano no es la suma de sus partes, es un todo único e irrepetible que al funcionar de manera perfecta produce de manera natural lo que llamamos SALUD.

La medicina integrativa hace uso de procedimientos y técnicas variadas tan antiguas como la acupuntura y modernas como la Psico-Neuro-Immuno-Endocrinología o la Sintergetica. Que permiten que los tratamientos sean más precisos, eficaces, completos y paradójicamente más sencillos, que pueden unirse a los tratamientos de la medicina convencional (de allí su nombre de Medicina Integrativa) para conseguir la salud completa del ser, que es su fin supremo y es por esto necesario que los profesionales de salud, volteen la mirada hacia esta medicina para conocerla, aprenderla y aplicarla de manera correcta y responsable.

III. OBJETIVOS

- Brindar una Atención Holística-Integral a los pacientes que concurren a la Micro red Francisco Bolognesi de Cayma.
- Determinar la efectividad de los tratamientos aplicados en el Módulo de Medicina Alternativa y Complementaria de la Micro red Francisco Bolognesi
- Elevar la recaudación económica, producto de la consulta en el Módulo de Medicina Alternativa y Complementaria de la Micro red Francisco Bolognesi Cayma.

IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN

Ministerio de Salud, Red de Salud Arequipa Caylloma, Micro red Francisco Bolognesi de Cayma.

V. METODOLOGÍA DE TRABAJO

- Buscar el compromiso de los componentes del equipo Multidisciplinario en la implementación del Módulo de Medicina alternativa y complementaria.
- Elaborar la Programación de actividades y el Manual de Organización y Funciones, del Equipo de Profesionales que trabajara en el Módulo.
- Ambientación de consultorios de Medicina Alternativa y Complementaria: Terapia Neural, Terapia Neurofocal, Reflexología, Maso terapia, Homeopatía, Terapia Floral y Taichí.
- Selección de beneficiarios para las diferentes terapias complementarias.
- Elaboración de la Historia Clínica para Medicina Alternativa y Complementaria.
- Difusión, educación al paciente, familia y comunidad sobre el Módulo a través de: Gigantografías, Cartera de Servicios, Folletos, Tríptico.
- Consejería y seguimiento a los pacientes tratados.

VI. PRESUPUESTO

Provenientes de los Ingresos del Sistema Integral de Salud (SIS) y Recursos Directamente Recaudados (RDR) de la Micro red Francisco Bolognesi de Cayma, perteneciente a la Red de Salud Arequipa Caylloma del Ministerio de Salud (MINSA).

VII. RECURSOS Y LOGÍSTICA

Recursos Humanos: Gerente, Médicos, Odontólogo, Químico Farmacéutico, Enfermera, Psicólogo y personal Administrativo.

Recursos físicos:

Infraestructura: Instalaciones de los consultorios de Medicina, Odontología, Psicología y Farmacia de la micro red Francisco Bolognesi de Cayma.

VIII. MATERIALES:

CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	TOTAL (s/)
1	Neural terapéutico (Cloruro 9% Litro y 8 Lidocaínas 2% S/P x 20 ml.	10.00
1	Aguja Dental larga x 100	30.00
1	Aguja Dental corta x 100	30.00
1	Aceite Esencial x 30 ml	60.00
1 Litro	Aceite de oliva	40.00
1	Equipo de música	100.00
6	Toallas grandes	100.00
6	Toallas chicas	60.00
20	Bases Homeopáticas	200.00
100	Envases de plástico para el paciente	30.00
24	Frascos camelo para bases	60.00
1 Litro	Alcohol de 70 °	5.00
1 Litro	Agua mineral	5.00
1	Kit de Flores de Bach	700.00
1	Lavador pequeño plástico	20.00
10	Estuches de incienso Aromático	10.00
TOTAL		1460.00

IX. ACCIONES ESTRATÉGICAS

- Población en general
- Pacientes con Problemas cardiovasculares, Hipertensión arterial.
- Pacientes con Stress.
- Pacientes con problemas respiratorios :Asma
- Pacientes con dolor, enfermedades osteoarticulares: Artritis, artrosis.
- Pacientes con ansiedad.
- Pacientes con Enfermedades gastrointestinales: Gastritis, vesícula, hígado.
- Pacientes con Depresión.
- Pacientes con problemas de campos interferentes: Amígdalas, Odontones y cicatrices.
- Realizar Campañas de diagnóstico y aplicación de tratamientos bioenergéticas en nuestra comunidad.

X. IMPACTO EN LA COMUNIDAD

- Brindar una Atención Holística-Integral a los pacientes que concurren a la Micro red Francisco Bolognesi de Cayma.
- Disminuir el índice de enfermedades sistémicas.
- Prevenir la aparición de enfermedades crónicas o estacionales.

- Determinar la efectividad de los tratamientos aplicados en el Módulo de Medicina Alternativa y Complementaria de la Micro red Francisco Bolognesi
- Elevar la recaudación económica, producto de la consulta en el Módulo de Medicina Alternativa Complementaria de la Micro red Francisco Bolognesi Cayma.

XI. EVALUACIÓN Y CONTROL

Este proyecto demanda el monitoreo no sólo de los profesionales involucrados, que van asumir la atención y tratamiento, sino de la opinión de los pacientes atendidos y del monitoreo de la autoridades del Ministerio de salud. Este monitoreo sirve para:

- Medir el desempeño del Equipo Multidisciplinario en el Modulo de Medicina Alternativa y Complementaria.
- Medir los procedimientos, protocolos e instrumentos para su validación, hasta lograr su perfeccionamiento.
- Medir el impacto, del Módulo de Medicina Alternativa y Complementaria de la Micro red Francisco Bolognesi de Cayma.

BIBLIOGRAFÍA

1. ALLHAT Collaborative Research Group. Major outcomes in high- risk hypertensive patients randomized to Angiotensin- Converting Enzyme Inhibitor or Calcium Channel Blocker vs. Diuretic. The Antihypertensive and Lipid-Lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial (ALLHAT).JAMA 2002; 288:2981-2997.
2. Brees MH, Berkow R, eds. El Manual Merck de diagnóstico y tratamiento. Madrid: Hartcourt; 1999.
3. *CADIME*. Actualización del tratamiento de la hipertensión en adultos. Granada: Bol Ter Andal Monogr; 1994.
4. Carey CF, Lee, HH, WoeltjeKF, eds. Manual Washington de terapéutica médica (10ª edición).Barcelona: Masson; 2000.
5. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Catálogo de Especialidades Farmacéuticas 2002. Madrid: CGCOF; 2002.
6. De Facqz A. Homeopatía: Enfoque Integral del Ser Humano. Carta Médica 1998; 7(1):37.
7. Dukes MNG. Meyler's side effects of drugs.Anecyclopedia of adverse reactions and interactions, 11th edition.New York: Elsevier; 1988.
8. García Treviño, E. Compendio de Materia Médica Homeopática. 4 Ed. México: Propulsora de Homeopatía, S. A.; 1984. p. 103 - 105.
9. Gerber R. La Curación Energética. 2ª ed. España: Editorial Robin Book; 1993. p. 45 – 57.
10. Goldberg B. Medicina Alternativa: La Guía Definitiva. California: Editorial Future Medicine; 1999. p. 272 – 274.
11. Grady D, Herrington D, Bittner V, Blumenthal R, Davidson M, Hlatky M et al. Cardiovascular disease outcomes during 6,8 years of hormone therapy (HERS II). JAMA 2002; 288:49-57.
12. Grupo de trabajo de Atención Farmacéutica en Hipertensión Arterial. Atención Farmacéutica en Hipertensión Arterial. Manual de Formación. Washington: OPS; 2002.
13. Grupo de trabajo en hipertensión. Fármacos antihipertensivos y protección orgánica. Índice <<Trough- to- peak>>.Madrid: Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial; 1994.
14. Hahnemann. Organón de la Medicina. New Delhi: B. Jain Publishers; 1997. p. 85 – 87.

15. Hulley S, Furberg C, Barrett- Connor E, Cauley J, Grady D, Haskell W et al. Noncardiovascular disease outcomes during 6,8 years of hormone therapy (HERS II). JAMA 2002; 288:58-66.
16. Iñesta García A. Presión de pulso, hipertensión y factores de riesgo (Boletín de Atención Farmacéutica Comunitaria). Farmacia Profesional 2002; 16(7):31-32.
17. Joint National Commitee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure (JNC VII).ArchInternMed 2003; 157:2413-2446.
18. Kivimäki M, Leino- Arjas P, Luukkonen R, Riihimäki H, Vahtera J, Kirjonen J. Work stress and risk of cardiovascular mortality: prospective cohort study of industrial employees. BMJ 2002; 325:857-892.
19. Liga Española para la lucha contra la Hipertensión Arterial. Control de la Hipertensión Arterial en España, 1996. Madrid: MSC; 1996.
20. Little P, Barnett J, Barnsley L, Marjoram J, Fitzgerald- Barron A, Mant D. Comparison of agreement between different measures of blood pressure in primary care and daytime ambulatory blood pressure. BMJ 2002; 325:254-259.
21. Lloyd- Jones DM, Larson MG, Leip EP, Beiser A, D'AgostinoRB, Kannel WB et al. Lifetime risk for developing Congestive Heart Failure. The Framingham Heart Study. Circulation 2002; 106:1-5.
22. Machuca M, Martínez- Romero F, FausMJ. Informe farmacéutico- médico según la metodología Dáder para el seguimiento del tratamiento farmacológico. PharmCareEsp 2000; 2:358-363.
23. Marmot MG. Psychosocial factors and blood pressure [citado de Whelton PK. Epidemiología de la hipertensión. TheLancet 1994; 344:101-106].
24. Martínez J. Doctrina y Técnicas Farmacéuticas. Buenos Aires: Editorial Albatros; 1999. p. 32 37.
25. Mataix J, García- Torres L. Hipertensión arterial. En: Mataix J. Nutrición y alimentación humana. Madrid: Ergon; 2002.
26. O` Brien EO, StaessenJA. ¿Qué entendemos por hipertensión? TheLancet 1999; 353:1541-1543. 4 WHO Expert Commitee.HypertensionControl.WHO Technical Report Series, number 862, Geneva, 1996 [citado de 16-2-98].
27. Peretta MD. Atención Farmacéutica a pacientes hipertensos. Manual para controlar la presión arterial en la farmacia. Buenos Aires: Eudeba; 1999.
28. TOM TJ, Epstin FH, Feldman JJ, Leaverton PE, Woltz M. Total mortality and mortality from heart disease, cancer and stroke from 1950 to 1987 in 27 countries: highlights of trends and their interrelationships among causes of

- death. US DHSPHS, National Institutes of Health; NIH publ num92-3.088.Washington, DC, 1992.
29. Tyler Kent J. Curso de Materia Médica Homeopática. 2 Ed. México: Editorial Porrúa; 1999. p. 195 – 197.
 30. Vannier L. Compendio de Materia Médica Homeopática 15 Ed. México: Editorial Porrúa; 2000. p. XIII – XXXII. www.
 31. Vannier L. Materia Médica Homeopática. 15 Ed. México: Editorial Porrúa; 2000. p. 232 234.
 32. Vannier L. Materia Médica Homeopática. 15 Ed. México: Editorial Porrúa; 2000. p. 409 415.
 33. Vijnovsky B. Tratamiento Homeopático de las Afecciones y Enfermedades Agudas. 3 Ed. Buenos Aires: Albatros; 1995. p. 120 – 121.
 34. Villar J, Stiefel P, Miranda ML. Otros parámetros de utilidad en el tratamiento de la presión arterial. MedClin (Barc) 2002; 119(11):423-428.
 35. Ward HH. Ácido úrico como factor independiente en el tratamiento de la hipertensión. TheLancet 1998; 352:670-671.

PAGINAS WEB

- <http://www.holistica2000.com.ar/home.html>
- <http://www.medynet.com/hta/manual/manual.ht>
- <http://www.ine.es/prensa/np269.doc>.
- <http://www.ine.es/prensa/np268.doc>.
- <http://www.doyma.es/hta>.
- <http://www.who.ch/pll/dsa/trs/trs862/en/trs862e.html>.
- <http://www.holistica2000.com.ar/home.html>



ANEXO 1

Proyecto de Investigación

“Efectividad del tratamiento Homeopático y Alopático para la Hipertensión Arterial en Pacientes de 40 a 80Años, en la Micro Red Francisco Bolognesi de Cayma Arequipa 2012”

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

ESCUELA DE POSTGRADO

MAESTRÍA EN MEDICINA BIOENERGÉTICA



“Efectividad del tratamiento Homeopático y Alopático para la Hipertensión Arterial en Pacientes de 40 a 80Años, en la Micro Red Francisco Bolognesi de Cayma Arequipa 2012”

Proyecto de Investigación presentado por el

Bachiller:

LUIS AUGUSTO FLORES MELGAR

Para optar el Grado Académico de

MAGISTER EN MEDICINA BIOENERGÉTICA

AREQUIPA - PERÚ

2012

PREÁMBULO

Es conocido que la morbilidad y mortalidad relacionada con los medicamentos constituyen un gran problema sanitario. La mayoría de los fallos de la farmacoterapia se pueden atribuir a un uso irracional y falta de adherencia a los medicamentos por parte de los pacientes, que trae como consecuencia las Reacciones Adversas a Medicamentos (RAM), Interacciones Medicamentosas (IM) y Problemas Relacionados con los Medicamentos (PRM). En este contexto es responsabilidad del químico farmacéutico como profesional de las Ciencias de la Salud, velar por las necesidades del paciente relacionadas con los medicamentos.

Este servicio implica un compromiso, y debe proveerse de forma continuada, sistematizada y documentada, en colaboración con el propio paciente y con los demás profesionales del sistema de salud, con el fin de alcanzar resultados concretos que mejoren la CALIDAD DE VIDA del paciente. Es el momento de proponer actuaciones del farmacéutico para colaborar en el mejor control posible de los pacientes hipertensos y en la detección de hipertensos ocultos.

Como máxima, debe aspirarse, como profesionales de la salud, a asegurarse de que el paciente recibe el mejor tratamiento posible para el control de su enfermedad y la minimización de sus síntomas, además de ofrecer la información necesaria que le proporcione el máximo autocontrol sobre su salud y su capacidad de decisión sobre la misma. Así como abordar el tratamiento de la hipertensión arterial mediante: curva de presión arterial, determinación del riesgo cardiovascular, tratamiento no farmacológico, tratamiento farmacológico y tratamiento homeopático.

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 . ENUNCIADO DEL PROBLEMA

“Efectividad del tratamiento Homeopático y Alopático para la Hipertensión Arterial en pacientes de 40 a 80 años, en la Micro red Francisco Bolognesi de Cayma Arequipa 2012”.

1.2 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1 Área y Línea de Investigación

a. Área General o Campo:

Ciencias de la Salud

b. Área Específica:

Medicina Integrativa (Complementaria)

c. Especialidad:

Medicina Bioenergética

d. Línea de Conocimiento :

Tratamiento Homeopático, Hipertensión arterial.

e. Tipo y Nivel de Investigación:

Comparativo-Experimental, Longitudinal

1.2.2 ANÁLISIS DE VARIABLES:

Variable Independiente: Tratamiento Homeopático - Tratamiento Antihipertensivo

Variable dependiente: Hipertensión arterial

a) Indicadores:

VARIABLES	INDICADORES	SUBINDICADORES
	Datos de la unidad de estudio	
	Sexo:	Femenino masculino
	Edad:	40 a 80 años
	Tabaquismo	Si () No ()
	Consumo de sal	Si () No ()
	Consumo de alcohol	Si () No ()
	Sobrepeso Obesidad	IMC=P/T ²
	Deslipidemia	Colesterol total Colesterol HDL Colesterol LDL Triglicéridos
	Hiperglicemia	Glucosa
	Sedentarismo	Actividad física
	Historia de Enfermedad	Tiempo
Tratamiento Homeopático Es un método terapéutico que aplica clínicamente el fenómeno de similitud y que utiliza las sustancias medicamentosas a dosis débiles o infinitesimales.	Tipo de Medicamento: Vía de administración: Dosis Frecuencia Duración de tratamiento:	Gotas de 30 mL.(GlonoinumD-6,Aurum metallicum D-6,Barita Carbónica D-6,CholesterinumD-6 y Plumbun D-6) Oral 6 gotas cada 8 horas Diaria Crónico.
Tratamiento Alopático(Antihipertensivo) Es la disminución de la hipertensión arterial por acción farmacológica de medicamentos	Tipo de medicamento: Vía de administración: Dosis Frecuencia Duración del tratamiento:	Tableta de 25 mg.(Captopril) Oral Cada 12 Horas Diaria Crónico.

1.2.3 INTERROGANTES BÁSICAS:

1. ¿Cuáles son las características clínicas de la Hipertensión Arterial en los pacientes de 40 a 80 años de la Micro Red Francisco Bolognesi de Cayma Arequipa 2012?
2. ¿Cuál es la efectividad de la medicación homeopática en el tratamiento de la Hipertensión Arterial en pacientes de 40 a 80 años, de la Micro red Francisco Bolognesi de Cayma Arequipa 2012?
3. ¿Cuál es la efectividad de la medicación Alopática en el tratamiento de la Hipertensión Arterial en pacientes de 40 a 80 años, de la Micro red Francisco Bolognesi de Cayma Arequipa 2012”?
4. ¿Cuáles son las diferencias y efectividad del tratamiento homeopático y alopático en pacientes de 40 a 80 años, de la Micro red Francisco Bolognesi de Cayma Arequipa 2012”?

1.3 JUSTIFICACIÓN

En el Perú, así como en Arequipa no existen trabajos sobre el uso de la homeopatía en el tratamiento de la Hipertensión Arterial; por esta razón se resalta su originalidad.

El presente proyecto de investigación, tiene relevancia científica porque surge ante la necesidad del conocimiento de los factores que condicionan y contribuyen a la existencia, desarrollo o permanencia de la hipertensión en personas en general y específicamente en personas tratadas farmacológicamente y por la especialidad de cardiología, sin haber encontrado mejoría de sus cuadros clínicos.

Actualmente ha sido bien aclarada la importancia del control adecuado de la hipertensión arterial (HTA) en la prevención de enfermedades cardiovasculares. Sin embargo estudios realizados en diferentes países muestran el bajo porcentaje de pacientes diagnosticados, acentuado por la falta de sintomatología que generalmente produce la hipertensión arterial, lo que la califica como “Enemigo silencioso”, siendo también bajo el porcentaje de casos tratados y de pacientes adecuadamente controlados. De la misma forma está bien definida la importancia de la estratificación del riesgo del hipertenso y del control más estricto en pacientes de alto riesgo como es el caso de diabéticos, enfermos renales y cardiovasculares que cursan con daño en órgano blanco. La individualización del tratamiento es la base para la elección de los fármacos antihipertensivos, así como la presencia de determinadas enfermedades asociadas, que pueden beneficiarse con algunas clases de hipotensores.¹

La Medicina Natural y Tradicional va introduciéndose con fuerza en el tratamiento de los pacientes y se observa una tendencia a su desarrollo y aplicación. En nuestra investigación abordamos cómo la Homeopatía propicia 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.

¹ Plan general estrategia sanitaria Nacional de prevención y control de los daños no transmisibles .MINSA 2004-2012

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.

Por las consideraciones antes mencionadas hemos elegido la hipertensión arterial porque es una enfermedad que afecta aproximadamente a 50 millones de individuos en los Estados Unidos y un billón de individuos en el mundo. En el Perú la prevalencia de Hipertensión Arterial (HTA) es de 22% de los cuales el 40 % conocen que son hipertensos y sólo el 20% de los mismos son tratados y controlados sólo un 10 %. Mientras que en Arequipa, específicamente en el Distrito de Cayma en el Centro de Salud Francisco Bolognesi este representa el 1%. Alrededor de la mitad de los hipertensos ignoran que lo son, y sólo una pequeña fracción de los tratados son controlados. (Seguimiento Farmacoterapéutico en el Módulo de Atención Farmacéutica de la Micro red Francisco Bolognesi de Cayma Arequipa 2011).

Es pues necesario proporcionar datos sobre este aspecto de gran relevancia social que sirvan como fuente de inspiración y de información para futuros trabajos de investigación. Así mismo es necesario aportar nuevos conocimientos sobre el efecto terapéutico de la homeopatía en personas con hipertensión arterial.

Si bien ambas terapias buscan el mismo efecto, la reducción de la presión arterial, la relevancia de terapias bioenergéticas es que resultan menos invasivas y más naturales, pues no provocan efectos adversos como los que provoca la medicación antihipertensiva, por lo que se desea demostrar una vez más, que existen resultados satisfactorios en el tratamiento de la hipertensión con Homeopatía.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 LA PRESIÓN ARTERIAL (PA).- es la fuerza o tensión que ejerce la sangre contra las paredes de sus vasos. Esta fuerza es generada por el corazón en su función de bombeo y puede ser modificada por diversos factores, produciendo una subida de la tensión.

La hipertensión arterial (HTA), clínicamente se define como la elevación persistente de la presión arterial por encima de unos límites considerados como normales.

Es la manifestación de un proceso multifactorial, en cuya fisiopatología están implicados numerosos factores genéticos y ambientales que determinan cambios estructurales del sistema cardiovascular, produciendo el estímulo hipertensivo e iniciando el daño cardiovascular².

El punto de partida de todas las decisiones clínicas referentes a un paciente hipertenso, en cuanto a la gravedad del proceso, pronóstico y tratamiento, es el valor obtenido al medir la presión arterial, que en realidad es una variable hemodinámica³.

La HTA puede clasificarse atendiendo a tres criterios : la etiología, las cifras de presión sistólica y diastólica y la importancia de lesiones orgánicas, si bien cualquiera de estas clasificaciones se basa obviamente en una elección arbitraria.

En el 95% de los pacientes hipertensos, la etiología de la HTA no puede ser identificada, (HTA primaria), definiéndose como HTA secundaria en aquellos en los que ésta es conocida⁴.

El riesgo cardiovascular asociado a la HTA aumenta progresivamente con las cifras, por lo que cualquier división entre “normo tensión” e “hipertensión” será en principio arbitraria. Los términos de HTA “ligera”, “moderada” y “grave”, utilizados tradicionalmente para clasificar la HTA, se refieren únicamente a valores de PA y no a la gravedad de la situación clínica, toda vez que ésta dependerá también de la presencia o no de otros factores de riesgo cardiovascular.

²CADIME. Actualización del tratamiento de la hipertensión en adultos. Granada: Bol Ter Andal Monogr;1994.

³O` Brien EO, Staessen JA. ¿Qué entendemos por hipertensión?.TheLancet 1999;353:1541-1543.

⁴WHO Expert Committee.HypertensionControl.WHO Technical Report Series, number 862, Geneva, 1996 [citado de 16-2-98].

Una de las clasificaciones más utilizadas y reconocidas de la presión arterial es la que aporta el Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure, que en su sexto informe, clasifica la presión arterial para adultos mayores de 18 años y ancianos que no tomen antihipertensivos ni sufran enfermedad aguda, en las siguientes categorías:

Tabla 1. Clasificación y Manejo de la Tensión Arterial en Adultos. Joint National Committee 7, 2003.

Clasificación de TA	TAS* mmHg	TAD* mmHg	Modificación del estilo de vida	Iniciar el tratamiento farmacológico	
				Sin contraindicaciones absolutas	Con indicaciones específicas
Normal	<120	y <80	Estimular		
Prehipertensión	120-139	o 80-89	Sí	No está indicado utilizar fármacos antihipertensivos.	Fármaco (s) de las indicaciones específicas. [†]
Hipertensión grado 1	140-159	o 90-99	Sí	Diuréticos tiazídicos en la mayoría de casos. Se puede considerar ACEI, ARB, BB, CCB, o la combinación.	Fármacos para indicaciones específicas. [†]
Hipertensión grado 2	≥160	o ≥100	Sí	Combinación de dos fármacos en la mayoría de casos [‡] (generalmente diuréticos tiazídicos y ACEI or ARB or BB or CCB).	Se necesitan otros fármacos antihipertensivos (diuréticos, ACEI, ARB, BB, CCB)

*La categoría está determinada por las cifras más altas de tensión arterial.
[†] El inicio de la terapia combinada debe ser cauteloso en aquellas situaciones de riesgo de hipotensión ortostática.
[‡] Tratar a los pacientes con enfermedad renal crónica o diabetes para conseguir unas cifras de PA < 130/80 mmHg

2.2 FACTORES QUE INFLUYEN SOBRE EL NIVEL MEDIO DE LA PRESIÓN ARTERIAL

EDAD

En la mayoría de los estudios, la Presión Arterial Sistólica tiende a aumentar progresivamente durante la infancia, adolescencia y vida adulta, hasta alcanzar un valor medio de aproximadamente 140 mmHg entre la séptima y octava décadas de vida.

La Presión Arterial Diastólica también tiende a aumentar con la edad, si bien la rapidez del incremento es menos abrupta que de la PAS, y su nivel medio tiende a mantenerse estable o disminuir tras la quinta década. Por consiguiente, la Presión Promedio, que es la diferencia entre la PAS y la PAD, se ensancha y al aumentar con la edad, son cada vez más frecuentes sólo incrementos aislados de la PAS⁵.

Otra observación análogamente importante es la evidencia de que las sociedades no culturizadas sólo adquieren predisposición a aumentos de la presión arterial en relación con la edad tras adoptar estilos de vida occidentales. Así pues, la explicación debe basarse más en alteraciones ambientales que en influencias genéticas.

SEXO

En la infancia no existe evidencia de diferencias en los niveles de presión arterial entre ambos sexos, pero al comenzar la adolescencia los varones tienden a presentar mayores niveles medios. Posteriormente, las diferencias se reducen y el patrón frecuentemente se invierte. No obstante, los efectos cardioprotectores de los estrógenos han sido bien demostrados, y la pérdida de estrógenos endógenos con la edad contribuye al rápido aumento en la incidencia de la enfermedad de la arteria coronaria después de la menopausia⁶.

⁵Whelton PK. Epidemiología de la hipertensión. TheLancet 1994;344:101-106.

⁶Iñesta García A. Atención Farmacéutica en pacientes hipertensos. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad; mayo 2002. Documento docente.

Estudios como el HERS II^{7,8} sugieren que la terapia hormonal sustitutiva no reduce el riesgo de eventos cardiovasculares en mujeres con riesgo definido y se incrementan las tasas de trombo embolismo venoso.

En el estudio Framingham, que efectúa un seguimiento a largo plazo de los factores de riesgo cardiovascular, se observa una mayor prevalencia de hipertensión en mujeres que en hombres a edades superiores a los 65 años. La PA es muy inferior en el sexo femenino en edades tempranas, si bien su elevación con la edad es mucho más brusca que en el caso del sexo masculino⁹.

RAZA

En los Estados Unidos las revisiones nacionales han demostrado que la tendencia progresiva a aumentar la presión arterial en relación con la edad es mayor entre los afro americanos que en los blancos¹⁰. Esta diferencia se pone de manifiesto en la segunda década de vida, es en torno a 5 mmHg, y se eleva hasta casi 20 mmHg durante la sexta década.

NIVEL SOCIO- ECONÓMICO

El nivel socio- económico ha quedado íntimamente asociado con los niveles medios de presión arterial en ciertos trabajos. Por ejemplo, en el *WhitehallStudy* realizado en funcionarios británicos, el nivel medio de presión arterial fue de 133,7 mmHg en los funcionarios de mayor graduación, y de 139,9 mmHg en los de menor¹¹.

SOBREPESO Y OBESIDAD

Una excesiva ingesta de calorías y su consecuencia directa, la obesidad (índice de masa corporal-IMC- igual o superior a 27 en mujeres y a 30 en hombres), puede ser el factor nutricional más importante en la patogénesis de la HTA. La

⁷Hulley S, Furberg C, Barrett- Connor E, Cauley J, Grady D, Haskell W et al. Noncardiovascular disease outcomes during 6,8 years of hormone therapy (HERS II). JAMA 2002;288:58-66.

⁸Grady D, Herrington D, Bittner V, Blumenthal R, Davidson M, Hlatky M et al. Cardiovascular disease outcomes during 6,8 years of hormone therapy (HERS II). JAMA 2002;288:49-57.

⁹Lloyd- Jones DM, Larson MG, Leip EP, Beiser A, D'AgostinoRB, Kannel WB et al. Lifetime risk for developing Congestive Heart Failure. The Framingham Heart Study. Circulation 2002;106:1-5.

¹⁰WheltonPK. Epidemiología de la hipertensión. TheLancet 1994;344:101-106

¹¹Marmot MG. Psychosocial factors and blood pressure[citado de Whelton PK. Epidemiología de la hipertensión. TheLancet 1994;344:101-106].

prevalencia de la hipertensión en individuos obesos es el doble en relación a la encontrada en los individuos normopesos¹².

Datos de diferentes estudios transversales indican una relación directa y lineal entre el IMC. Y la presión arterial, siendo más importante para la grasa de localización central o abdominal que para la obesidad periférica. En hombres y mujeres, la grasa predominantemente distribuida en la parte superior del cuerpo (abdomen y hombros) está asociada de forma más estrecha con enfermedad cardiovascular y cerebrovascular, hipertensión y diabetes mellitus que la grasa de la parte inferior del cuerpo (cadera y piernas)^{13,14}. Por ello, se usa también el índice cintura/ cadera que debe ser mayor o igual a 0,95 en hombres y a 0,8 en la mujer:

	IMC	Radio Cintura/ cadera
Hombres	< 30	> 0,95
Mujeres	< 27	> 0,8

Por otro lado, una reducción en el peso se acompaña generalmente, de una disminución de la presión arterial, incluso en personas con peso y presión normales y en hipertensos.

Por cada 5 Kg. de peso perdido se ha observado una disminución de 10 mmHg en la PAS y de 5 mmHg en la PAD¹⁵.

Sin embargo, revisiones sistemáticas y ensayos clínicos han encontrado que una pérdida modesta del 3-9% del peso corporal es posible en personas de mediana edad y mayores que estén motivadas, lo que podría producir una reducción modesta en la presión arterial en personas obesas con hipertensión en torno a 3

¹²Mataix J, García- Torres L. Hipertensión arterial. En: Mataix J. Nutrición y alimentación humana. Madrid: Ergon;2002.

¹³Mataix J, García- Torres L. Hipertensión arterial. En: Mataix J. Nutrición y alimentación humana. Madrid: Ergon;2002

¹⁴Brees MH, Berkow R, eds. El Manual Merck de diagnóstico y tratamiento. Madrid: Hartcourt; 1999.

¹⁵Liga Española para la lucha contra la Hipertensión Arterial. Control de la Hipertensión Arterial en España, 1996. Madrid: MSC; 1996.

mmHg, si bien muchos adultos encuentran dificultades para mantener la pérdida de peso¹⁶.

No obstante, se ha encontrado que la combinación de una dieta baja en grasa y rica en fruta y verdura disminuye aproximadamente 5,5 mmHg en la PAS y 3 mmHg en la PAD en personas con la PA inferior a 160/80-95 mmHg.

INGESTA DE SAL

La evidencia epidemiológica y experimental ha puesto de manifiesto la existencia de una relación positiva entre ingesta de sodio y PA. Sin embargo, y puesto que el efecto de la sal no se observa en todos los individuos, se piensa que la PA está fuertemente influenciada por factores genéticos y que sólo una minoría (9- 20%) es genéticamente susceptible a una HTA inducida por sodio. Por ello, cualquier relación entre ingesta de sodio y PA en la población susceptible, queda diluida por una mayoría en la que tal susceptibilidad no existe. Hay que añadir la dificultad de identificar los individuos genéticamente susceptibles¹⁷.

Un ensayo clínico ha encontrado que la restricción de consumo de sal conduce a una reducción modesta en la presión arterial, aportando más beneficios a las personas mayores de 45 años. Una reducción media en el consumo de sodio de 6,7 gramos al día durante 28 días, consiguió reducir 3,9mmHg la PAS y 1,9 mmHg la PAD¹⁸.

CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL

En la actualidad se reconoce que el consumo de alcohol es un factor de riesgo independiente y con una relación causal, ya que los abstemios tienen PA inferiores.

¹⁶ Centro Cochrane Iberoamericano. Evidencia clínica. Bogotá: BMJ; 2002.

¹⁷ Liga Española para la lucha contra la Hipertensión Arterial. Control de la Hipertensión Arterial en España, 1996. Madrid: MSC; 1996.

¹⁸ Centro Cochrane Iberoamericano. Evidencia clínica. Bogotá: BMJ; 2002.

Aunque administrado de forma aguda el alcohol induce un discreto descenso de la presión arterial, su consumo habitual en cantidades superiores a la contenida en dos bebidas habituales (una bebida contiene 10- 12 gramos de etanol) al día, produce un aumento de la presión arterial dependiente de la dosis. El efecto hipotensor agudo se debe a una vasodilatación periférica, pese al ligero aumento del gasto cardíaco; el efecto hipertensivo crónico podría reflejar un aumento de la entrada de calcio en las células musculares lisas de la pared vascular, asociado a un incremento de la salida de magnesio¹⁹.

La ingesta excesiva de alcohol aumenta la presión arterial, fundamentalmente la diastólica, y es un factor que disminuye la eficacia y observancia de otras medidas terapéuticas en el paciente hipertenso. Además tiene efectos hepáticos, neurológicos y psicológicos perjudiciales, contribuyendo a una elevación de los triglicéridos. Igualmente eleva el colesterol HDL, lo que podría contribuir a la disminución de la incidencia de cardiopatía isquémica observada en bebedores ligeros y moderados. Dicha disminución podría depender también de un efecto favorable del alcohol sobre la hemostasia y la trombosis.

No debe recomendarse la ingesta de bebidas alcohólicas a la población. Sin embargo, a nivel individual no existen suficientes bases científicas que aconsejen suprimir, en aquellos hipertensos que no tengan otra contraindicación para su uso, consumos alcohólicos moderados (menos de 30 gramos de alcohol al día para el varón y menos de 20 gramos para la mujer)²⁰.

SEDENTARISMO

La insuficiente actividad física tiene un papel importante en el aumento de la presión arterial y en la hipertensión²¹.

La actividad física supone una reducción del riesgo cardiovascular. Hay una influencia directa sobre el corazón y las arterias coronarias, que tienen una luz mayor en las personas que realizan actividad física que en las sedentarias²².

¹⁹ Kaplan NM. Al cohol e hipertensión. *TheLancet* 1995;345:1588-1589.

²⁰ Liga Española para la lucha contra la Hipertensión Arterial. Control de la Hipertensión Arterial

²¹Whelton PK. Epidemiología de la hipertensión. *TheLancet* 1994;344:101-106.

²²Batí GD. Physical activity and coronary heart disease in older adults. *Eur J Public Health* 2002;12:171-176.

La disminución media de PA que provoca el ejercicio físico es de 5 mmHg para la PAS y de 3 mmHg para la PAD, si se practica ejercicio aeróbico 50 minutos tres veces por semana.

Las mayores reducciones se han observado en personas con las presiones arteriales más altas.²³

Muchos adultos encuentran difícil mantener los programas de ejercicio aeróbico. La significación clínica de las reducciones observadas no está clara, aunque algunos estudios muestran beneficios con simples incrementos en la actividad física diaria.

No obstante, la actividad física moderada o intensa reducen el riesgo de cardiopatía isquémica fatal y no fatal, así como de accidente vasculocerebral.

2.3 REPERCUSIÓN ORGÁNICA DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

2.3.1 VASOS

La HTA esencial se va a caracterizar hemodinámicamente por una elevación de la resistencia vascular periférica (RVP), con gasto cardíaco (GC) normalizado o, incluso por debajo de lo normal. Una vez establecida la HTA, los cambios estructurales cardíacos y vasculares parecen contribuir en mayor medida al mantenimiento de la HTA que la causa etiológica primaria o secundaria, así como a la aparición de complicaciones cardiovasculares y a la progresión a formas más o menos severas de HTA.

La HTA afecta predominantemente al territorio vascular arterial, siendo irrelevantes los cambios a nivel venoso. Una vez expulsada la sangre por el ventrículo izquierdo, el sistema arterial se encarga de amortiguar la corriente sanguínea, disminuyendo la PA por una serie de mecanismos autorreguladores que permiten un flujo tisular adecuado. Esta acción amortiguadora se lleva a cabo en un 30% por las grandes arterias, otro tanto por la microcirculación, y el 40% restante a nivel de las arterias de mediano y pequeño calibre.

²³ Centro Cochrane Iberoamericano. Evidencia clínica. Bogotá: BMJ; 2002.

2.3.1.1 GRANDES VASOS ARTERIALES

La HTA origina una disminución de la distensibilidad o *compliance* de la pared arterial, cuyas consecuencias fisiopatológicas conducen al aumento del trabajo cardíaco por incremento del estrés final sistólico, al desarrollo de hipertrofia ventricular izquierda (aumento de la PAS), y compromiso de la circulación coronaria (aumento de la PAD y posiblemente de la resistencia al flujo), y son consecuencia del daño endotelial y de la desregulación del equilibrio de factores relajantes y vasoconstrictores, a lo que se añade la alteración de la capa media a expensas predominantemente de hipertrofia muscular lisa junto con las lesiones arterioscleróticas asociadas.

2.3.1.2 ARTERIAS DE PEQUEÑO Y MEDIANO CALIBRE

Es en el territorio arterial donde más cambios se producen en el hipertenso. Se les denomina también vasos de resistencia.

Como consecuencia del predominio de estímulos vasoconstrictores, se produce una reducción del diámetro externo del vaso por pérdida del material elástico de la pared vascular, con disminución (*encroachment*) de la luz del vaso por el remodelado vascular, lo que amplifica la respuesta vasoconstrictora y disminuye la vasodilatadora (figura1).

Es posible que estos cambios arteriales no sean solamente efecto de la HTA, sino también causa de la misma.

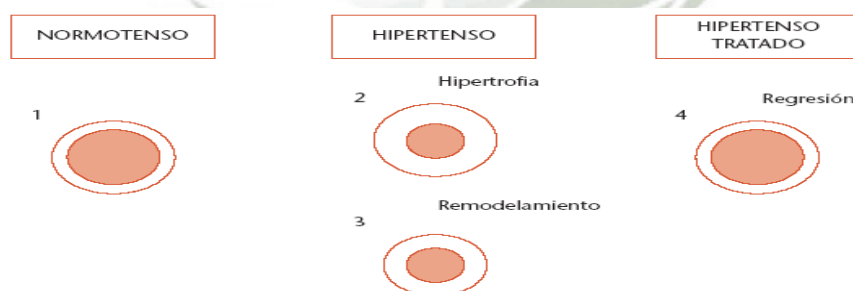


Figura 1. Representación esquemática de las arteriolas de pequeño calibre de individuos normotensos y pacientes hipertensos (extraído de: Grupo de trabajo en hipertensión. Fármacos antihipertensivos y protección orgánica. Índice <<Trough- to- peak>>. ²⁴

²⁴ Grupo de trabajo en hipertensión. Fármacos antihipertensivos y protección orgánica. Índice <<Trough- to- peak>>. Madrid: Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial; 1994.

2.3.1.3 MICROCIRCULACIÓN

La microcirculación se afecta con frecuencia en la HTA y es responsable en gran medida del daño orgánico visceral, debido a que la función de las arteriolas pre capilares es facilitar el flujo al territorio capilar y la perfusión tisular.

Las anomalías del lecho arteriolarprecapilar son fundamentalmente funcionales, aunque hay también cambios estructurales.

Estructuralmente no se observa el fenómeno hiperplasia/ hipertrofia de los vasos de mediano calibre, pero hay un irregular engrosamiento de la pared, debido a depósitos de colágeno secundarios a cambios isquémicos.

Los cambios funcionales se deben a la disfunción endotelial y a modificaciones en la respuesta arteriolar a estímulos vasoconstrictores, como son el estrés parietal, la angiotensina II, la vasopresina y el calcio intracelular.

Existe otro proceso denominado *rarefacción arteriolar*, secundario al cierre temporal de un determinado número de arteriolas terminales, hasta el grado de no permitir el paso de un hematíe, y que parece estar mediado por la noradrenalina y la angiotensina II.

El engrosamiento vascular depende de varios factores:

- a. Engrosamiento intimal endotelial.
- b. Aumento de la capa media y espacio subintimal, a expensas de hiperplasia e hipertrofia de los miocitos vasculares y su migración intimal.
- c. Aumento de la matriz extracelular a expensas de depósitos de colágeno, elastina y glucosaminoglicanos.

Los factores responsables del crecimiento de los miocitos son neurohumorales, y parece ser que actuarían con independencia de los factores hemodinámicos, incluso antes de que la HTA se manifestara clínicamente. Este proceso sería consecuencia de un desequilibrio entre

agentes promotores del crecimiento y sustancias vasodilatadoras, con propiedades inhibitoras del crecimiento de las células del músculo liso vascular. Entre los factores que activarían el crecimiento destacan la angiotensina II, vasopresina, el factor de crecimiento *insuline like-1*, el tromboxano, los leucotrienos, el calcio intracelular vía activación de los fosfoinositoles, y el factor de crecimiento derivado de las plaquetas.

La disfunción endotelial puede considerarse como una consecuencia de la HTA, si bien parecen existir datos que sugieren su importancia en la patogenia de la HTA esencial en individuos normotensos con antecedentes familiares. En el endotelio se producen sustancias vasodilatadoras (leucotrienos, tromboxano A₂, endotelina y enzima convertidora de la angiotensina II), cuya inhibición de la síntesis condiciona la elevación de la PA.

Las complicaciones arterioscleróticas son las principales determinantes de la morbimortalidad cardiovascular en la HTA. En la cascada de eventos que facilitan el desarrollo de la placa arteriosclerótica intervienen factores fisiopatológicos comunes a la HTA y la arteriosclerosis.

La contribución más significativa de esta última es el papel acelerador de la formación de la placa de ateroma que tiene el colesterol ligado a proteínas de baja densidad (LDL) tras su oxidación.

2.3.2 CORAZÓN

El corazón es uno de los principales órganos diana de la hipertensión arterial. Desde el punto de vista fisiopatológico y clínico, las entidades resultantes de esa repercusión son la cardiopatía isquémica, la hipertrofia ventricular izquierda (HVI) y la disfunción ventricular.

2.3.2.1 CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

La HTA es junto a la hipercolesterolemia y el tabaquismo, uno de los principales factores de riesgo, debido a que facilita y acelera la arteriosclerosis coronaria.

2.3.2.2 HIPERTROFIA VENTRICULAR IZQUIERDA

La HVI constituye un factor de riesgo cardíaco independiente de la hipertensión, ya que facilita el compromiso de la perfusión miocárdica, la aparición de arritmias ventriculares, el desarrollo de alteraciones de la función ventricular y el advenimiento de la muerte súbita en pacientes con HTA. Si a esto se le añade que la HVI en la población hipertensa es elevada, entre el 30% y el 60%, queda clara la trascendencia del problema.

2.3.2.3 DISFUNCIÓN VENTRICULAR

En 1979, se definió la *cardiopatía hipertensiva* como la alteración anatomofuncional del corazón caracterizada por HVI e insuficiencia cardíaca que aparece en pacientes con HTA mantenida. En los últimos años la definición se ha ampliado, al incorporar las alteraciones de la función diastólica, las cuales se pueden presentar en pacientes hipertensos sin hipertrofia y sin insuficiencia cardíaca.

Por ello, en estos momentos se reconocen dos grupos distintos de disfunción del ventrículo izquierdo en la HTA:

- a) Alteraciones del llenado diastólico ventricular.
- b) Con fracción de eyección disminuida en reposo.

En la actualidad se sabe que la presencia de cardiopatía isquémica facilita el deterioro de la función ventricular, con la consiguiente evolución de la disfunción ventricular hacia formas más severas de afectación.

2.3.3 CEREBRO

El cerebro está irrigado por dos sistemas bien diferenciados, el carotideo y el vertebrobasilar, que se anastomosan creando una red que garantiza el correcto riego encefálico.

El flujo cerebral debe mantenerse constante ya que, al estar el cerebro contenido en una estructura rígida, un excesivo incremento de flujo conduciría a una situación de hipertensión intracraneal.

Para mantener el flujo constante, el cerebro dispone de un mecanismo de autorregulación, que es capaz de minimizar las variaciones de flujo a medida que cambia la presión de perfusión, que está básicamente modulada por la presión arterial media.

Esto permite el mantenimiento de un flujo constante cuando la PA media fluctúa entre 150 y 170 mmHg. Si ésta disminuye, aumenta el calibre de la luz de los vasos hasta un punto crítico, límite inferior de la meseta de autorregulación, sobrepasado el cual cae el flujo cerebral. Por el contrario, al elevarse la PA media por encima del límite superior, se producen zonas de vasodilatación irregular del tejido cerebral, con fenómenos de necrosis fibrinoide de las paredes arteriolas, trasudación y edema cerebral.

Las manifestaciones clínicas que pueden presentarse en el sistema nervioso central de un paciente hipertenso son debidas al daño morfológico y a los cambios funcionales producidos en los vasos cerebrales como consecuencia de la elevación, aguda o crónica, de la PA.

La HTA mantenida produce cambios en la circulación cerebral, que en un principio están destinados a proteger al tejido cerebral del daño que los aumentos de volumen producirían en un órgano como éste, localizado en una cavidad ósea no distensible. Esta adaptación a largo plazo produce una hipertrofia de la capa media de las paredes vasculares y cambios degenerativos en las paredes arteriolas, tales como necrosis fibrinoide, arteriosclerosis hialina y aneurismas de Charcot- Bouchart, aunque estas dos últimas lesiones no son específicas de la HTA. Al mismo tiempo, el aumento

crónico de la PA acelera la arteriosclerosis en los vasos de mediano y gran calibre.

Los cambios vasculares cerebrales de la HTA son fundamentalmente hipertrofia de la capa media arterial, reducción de la luz vascular y de su adaptabilidad, así como aumento de resistencias. En los grandes vasos, la HTA acelera el desarrollo de lesiones arterioscleróticas, tanto en su componente escleroso como en el desarrollo de placas de ateroma.

Con el fin de proteger al parénquima cerebral del aumento de la PA, en la HTA se produce un desplazamiento hacia presiones más altas en la curva de regulación. Esto hace que el hipertenso tolere mejor que el normotenso elevaciones más severas de la PA, de ahí que subidas de la PA en hipertensos con frecuencia no les den síntomas. Sin embargo, las reducciones y los bruscos descensos de la PA son peor tolerados por los hipertensos, pudiendo llegar a producirse cuadros de isquemia cerebral.

2.3.4 RIÑÓN

El riñón participa de forma activa en la etiopatogenia de la hipertensión arterial y por otra parte, sufre las consecuencias del proceso hipertensivo. Se sabe que un 42% de los hipertensos arteriales no tratados desarrollan proteinuria, que llega a ser terminal en el 12% de los casos.

La insuficiencia renal se relacionó en un principio a un descubrimiento tardío, un tratamiento incorrecto o una mala adherencia del paciente a un tratamiento antihipertensivo. No obstante, parecen existir hipertensos que, a pesar de un diagnóstico precoz y un correcto tratamiento, desarrollan insuficiencia renal.

En el daño renal se han implicado el efecto del sistema renina- angiotensina tisular renal, la hiperlipidemia (asociada a enfermedades renales y a la propia hipertensión), los factores de coagulación, el balance calcio- fósforo y la susceptibilidad del glomérulo para la lesión.

En general, la lesión renal es asintomática hasta estadios muy avanzados. Sin embargo, existen indicadores precoces de la lesión renal.

2.3.4.1 INDICADORES PRECOCES DE LESIÓN RENAL

2.3.4.1.1 HIPERURICEMIA

Está presente en alrededor del 25% de los hipertensos ligeros sin tratamiento. Los niveles de ácido úrico sérico se acompañan de valores más reducidos de flujo plasmático renal, aumento de las resistencias vasculares renales y periféricas y mayores niveles de presión arterial.

2.3.4.1.2 N- ACETIL- BETA- GLUCOSAMINIDASA (NAG)

En hipertensos esenciales no tratados se ha descrito un incremento en la excreción urinaria de esta enzima tubular, en ausencia de otras evidencias de daño renal. Los niveles de NAG se correlacionan con la PAS, pero no con la PAD, y se ha observado un descenso significativo en los niveles de excreción de la enzima después de un año de tratamiento antihipertensivo.

2.3.4.1.3 MICROALBUMINURIA

Se ha observado un aumento de micro albuminuria en pacientes con HTA esencial insuficientemente tratados, existiendo relación entre la tasa de excreción y los niveles de presión arterial. Es un factor predictor del desarrollo de proteinuria clínica, insuficiencia renal crónica y mortalidad cardiovascular.

2.3.4.1.4 BETA-2-MICROGLOBULINA

Hay excreción elevada por orina, especialmente en las formas severas de la enfermedad.

2.3.4.1.5 CREATININA EN PLASMA

Existe una relación entre el nivel de creatinina plasmática y las cifras de presión arterial en la población en general. Este hallazgo es consistente con la hipótesis de que modestas elevaciones de la presión arterial, incluso por debajo del rango hipertensivo, pueden inducir daño renal precoz. Esto llevaría a la conclusión de que la presión arterial, incluso dentro del rango convencionalmente normal, puede ser un importante factor de riesgo para la aparición de insuficiencia renal incipiente y, por lo tanto, un objetivo potencial para la prevención primaria²⁵.

2.3.5 OJOS

Los ojos también pueden perjudicarse por el incremento de la presión arterial, pudiéndose producir retinopatías. En la fase aguda, puede provocar edema de papila y hemorragias, mientras que en la fase crónica también pueden producirse hemorragias, así como exudado y acodamiento arterial²⁶.

2.4 LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL COMO FACTOR DE RIESGO

La hipertensión es un factor de riesgo que hay que controlar en diferentes enfermedades.

En estos casos, la no consecución de objetivos terapéuticos podrá desembocar en la aparición o agravamiento de otros problemas de salud.

2.4.1 CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

Como se ha mencionado anteriormente, la hipertensión incrementa el riesgo de cardiopatía isquémica e ictus. La enfermedad coronaria no siempre causa síntomas clínicos, pero a menudo se asocia con infarto de miocardio, angina de pecho e insuficiencia cardíaca.

Otros factores de riesgo asociados que aumentan la probabilidad de cardiopatía isquémica son: hiperlipemia (colesterol total y LDL- colesterol),

²⁵ Grupo de trabajo en hipertensión. Fármacos antihipertensivos y protección orgánica. Índice <<Trough- to- peak>>. Madrid: Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial; 1994.

²⁶ Carey CF, Lee, HH, WoeltjeKF, eds. Manual Washington de terapéutica médica (10ª edición). Barcelona: Masson; 2000.

diabetes mellitus, tabaco, obesidad, sedentarismo y consumo excesivo de alcohol.

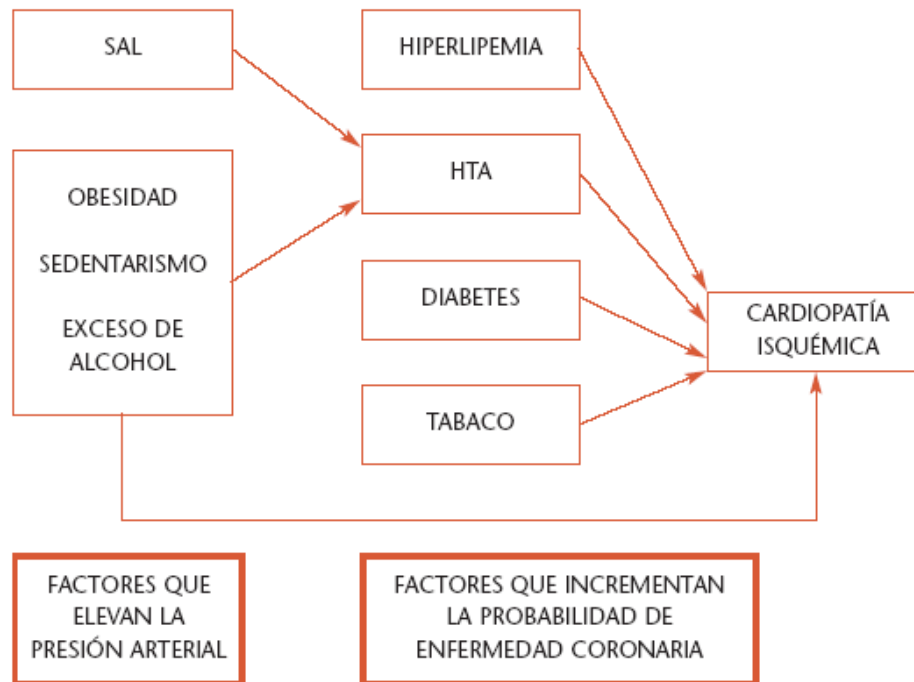


Figura 2. La HTA como factor de riesgo de enfermedad coronaria

La angina de pecho se describe de forma característica como un dolor, molestia, pesadez u opresión retrosternal que se irradia al cuello, mandíbula, hombros o brazos, y dura menos de 10 minutos. Por regla general, el ejercicio precipita el dolor y el reposo lo alivia.

Los síntomas asociados son disnea, sudoración, náuseas, vómitos y a veces, palpitaciones o aturdimiento²⁷.

2.4.2 INSUFICIENCIA CARDIACA

La insuficiencia cardiaca (IC) es una incapacidad del corazón para mantener un gasto adecuado a la demanda metabólica del organismo. Puede ser secundaria a anomalías de la contracción miocárdica (disfunción sistólica), a relajación y llenado ventricular con una función contráctil conservada (disfunción diastólica), o a ambas.

²⁷ Carey CF, Lee, HH, Woeltje KF, eds. Manual Washington de terapéutica médica (10ª edición). Barcelona: Masson; 2000.

La hipertensión en la enfermedad coronaria representa la etiología más común de la insuficiencia cardíaca.

Los signos y síntomas más comunes de la disminución del gasto cardíaco comprenden fatiga, intolerancia al esfuerzo y reducción de la perfusión periférica. La congestión venosa pulmonar y sistémica crónica explica la ortopnea, la disnea del esfuerzo, la disnea paroxística nocturna, el edema periférico, el aumento de la presión venosa yugular, el derrame pleural y pericárdico, la congestión hepática y la ascitis. Las elevaciones de presión arterial en el ventrículo izquierdo y la presión venosa pulmonar justifican el edema de pulmón. Entre las anomalías de laboratorio cabe destacar el aumento de los niveles de BUN (urea) y creatinina, la hiponatremia y la elevación de enzimas hepáticas en suero.

La hiponatremia es dilucional por hipovolemia, estando contraindicado recomendar sodio en estos casos, lo cual empeora aún más la hiponatremia.

Entre los medicamentos que producen insuficiencia cardíaca congestiva (ICC) están: amantadina, ácido aminocaproico, anfetaminas, antiarrítmicos, compuestos de amonio, beta- bloqueantes, antagonistas del calcio, carbamazepina, carbenoxolona, cocaína, dapsona, diazóxido, anestésicos locales, metisergida, mianserina, naloxona, nitrofurantoína, óxido nítrico, AINE, propafenona y tiopental²⁸.

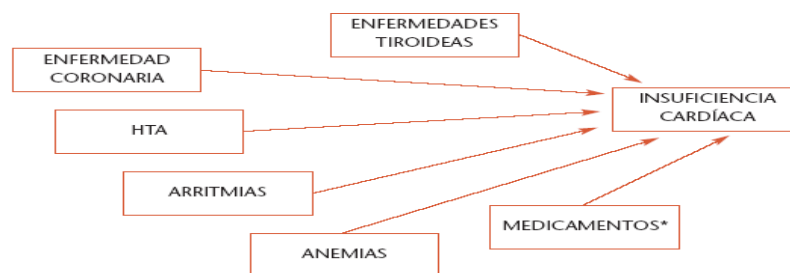


Figura 3. La HTA como factor de riesgo de insuficiencia cardíaca.

Bloqueantes de los β - adrenoceptores, antiinflamatorios no esteroideos y antagonistas del calcio (verapamilo y diltiazem) y antiarrítmicos como flecainida.²⁹

²⁸ DukesMNG, Meyler's side effects of drugs. Anyclopedia of adverse reactions and interactions, 11th edition. New York: Elsevier; 1988.

²⁹ Carey CF, Lee, HH, WoeltjeKF, eds. Manual Washington de terapéutica médica (10ª edición). Barcelona: Masson; 2000.

2.4.3 ARRITMIAS CARDIACAS

2.4.3.1 BRADIARRITMIA

Una bradiarritmia es un ritmo que se asocia a una frecuencia ventricular menor de 60 latidos por minuto. En este caso, la HTA no es causa directa de este tipo de arritmias pero sí lo puede ser de modo indirecto, ya que entre las posibles determinantes están la isquemia, que puede estar provocada etiológicamente por la HTA, y el propio tratamiento de la HTA, debido a que determinados medicamentos antihipertensivos, como beta- bloqueantes y algunos calcio- antagonistas, pueden producir enlentecimiento en la frecuencia de latidos. Otros medicamentos que provocan este fenómeno son los anti arrítmicos.

2.4.3.2 EXTRASÍSTOLES

Las extrasístoles en general no indican cardiopatía orgánica, por lo que no requieren tratamiento alguno, si bien pueden aparecer secundariamente a otros cuadros, como la isquemia, y pueden desencadenarse como consecuencia, entre otros aspectos, por consumo excesivo de tabaco, alcohol o cafeína, considerados en algún caso como factores a controlar en la HTA y en la prevención del riesgo cardiovascular.

2.4.3.3 TAQUICARDIAS

Se definen como una frecuencia cardiaca superior a 100 latidos por minuto. En determinados tipos como la fibrilación auricular, la HTA se considera como causa pasajera o reversible de la aparición de esta arritmia. Otras causas, en las que la HTA también es factor de riesgo, son la isquemia o la insuficiencia cardiaca grave. También la hipotensión, como consecuencia en este caso de un tratamiento antihipertensivo excesivo, puede ser causante de taquicardia, denominada taquicardia refleja.

En resumen, la frecuencia cardiaca debe ser regular en ritmo, y estar entre 60 y 100 pulsaciones por minuto en reposo.

2.4.4 DIABETES

La HTA en el paciente diabético puede conducir al agravamiento de las nefropatías y lesiones renales que provocan. Diabetes y HTA conjugan la mayoría de los pacientes con fallo renal. El JNC5 sugiere valores de presión arterial inferiores a 130/85 mmHg en el diabético, o incluso menores si se demuestran valores superiores a 1 g/ día de proteinuria.

2.5 LA HOMEOPATÍA

2.5.1 **DEFINICIÓN:** Es ante todo un método terapéutico que aplica clínicamente el fenómeno de similitud y que utiliza las sustancias medicamentosas a dosis débiles o infinitesimales.

La homeopatía clásica según Hahnemann (1811) se centra en la búsqueda de la terapia adecuada en los denominados cuadros patogenéticos. Esta, establece que los síntomas patológicos se corresponden con los síntomas que desarrollan sujetos sanos después de ingerir una tintura madre o una potencia homeopática como si se tratara de una imagen reflejada. El principio activo que se deduce de este fenómeno es el principio de similitud (similia similibus curentur= lo similar debe tratarse con lo similar): el cuadro patológico que se manifiesta en un enfermo puede desaparecer por acción de una enfermedad similar provocada artificialmente. También se puede aplicar el principio de identidad (isopatia=lo idéntico debe tratarse con lo idéntico) tal y como se hace en la medicina antihomotóxica con sustancias alopáticas potenciadas y, en menor medida, con nosodes; y en la medicina convencional con las vacunas o sustancias inyectables.

La homeopatía clásica utiliza medicamentos unitarios, de los cuales, en realidad, tan solo unos pocos son auténticos preparados simples (por ejemplo, azufre, mercurio, arsénico, etc.), mientras los demás, por su naturaleza de extractos de plantas, constituyen una compleja mezcla de múltiples sustancias. Los repertorios (listas de cuadros patogenéticos) facilitan al homeópata la elección del tratamiento apropiado para el cuadro patológico concreto. En la medicina antihomotóxica se trabaja por lo general con la indicación como punto de referencia (orientación por los síntomas

objetivos). Por consiguiente, la medicina antihomotóxica constituye un nexo entre la homeopatía y la alopatía.

En la aplicación práctica del principio homeopático de curación se observó que la administración de tinturas madres concentradas o tóxicas puede perjudicar al enfermo y que, por consiguiente, sólo se deben utilizar en soluciones homeopáticas, es decir, potencias.

Rudolf Arndt (psiquiatra, 1835 – 1900) y Hugo Schulz (farmacólogo, 1853-1932) fundamentaron científicamente esta práctica mediante una diferenciación cuantitativa de la eficacia de los medicamentos sobre los biosistemas, y que hoy en día se conserva su validez como principio de Arndt –Schulz (ley biológica fundamental). Su enunciado es el siguiente:

- Los estímulos leves activan las funciones vitales (efecto de inversión de los medicamentos homeopáticos)
- Los estímulos de intensidad media potencian las funciones vitales.
- Los estímulos intensos inhiben las funciones vitales.
- Los estímulos muy intensos anulan las funciones vitales.

Como en la evolución de una enfermedad suelen estar implicadas varias sustancias incompatibles con los tejidos la aplicación simultánea de varios antídotos potenciados tal y como se presentan en los preparados antimohotóxicos está justificada.

La Homotoxicología fue fundada por Hans – Heinrich Reckeweg:

“Según la Homotoxicología, todos los procesos, estados y fenómenos que denominamos enfermedades, son la expresión de que el organismo está luchando frente a sustancias nocivas, intentando desactivarlas y eliminarlas. El organismo puede ganar o perder en esta lucha. Pero aquellos procesos que denominamos enfermedades constituyen siempre procesos biológicos convenientes, es decir, procesos en armonía con la naturaleza que sirven para la defensa contra las sustancias nocivas y la destoxicación” (Reckeweg 1976)

El sistema inmunológico celular propio de nuestro organismo contiene un elemento inespecífico (que constituye el sistema reticulohistiocitario (SRH)

macrófagos, granulocitos neutrófilos y células endoteliales capilares con propiedades macrofágicas como, por ejemplo en el hígado la medula o el bazo) y uno específico (linfocito T y B). Los epitelios y los endotelios vasculares ejercen una función general de la barrera frente a la multiplicidad de sustancias antigénicas. Lo mismo puede decirse de la función de filtro molecular que ejerce la matriz extracelular.

2.5.2 TERAPÉUTICA HOMEOPÁTICA

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 físico. 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. 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.³⁰

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 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. La Homeopatía se practica en todo el mundo y 500 millones de personas la utilizan.^{31,32,33}

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 los establecimientos de salud periféricos para responder a este tipo de demanda³⁴

2.5.3 MATERIA MÉDICA HOMEOPÁTICA

Refiere Hahnemann en el Organón: “El ideal más elevado de una curación es restablecer la salud de manera rápida, suave y permanente (...). Es igualmente conservador de la salud si conoce las cosas que lo trastornan y las que originan la enfermedad (...). Es útil al médico, pues le ayuda en la curación todo lo que se relaciona con la causa excitante u ocasional, más probable de la enfermedad aguda, así como los puntos en la enfermedad crónica que le ponen en aptitud de descubrir la causa fundamental (...)”.³⁵

Algunos remedios tienen acción profunda y durable y otros, acción superficial y rápida siendo los primeros necesarios para obtener una transformación completa del organismo y, los segundos son útiles en el

³⁰Mataix J, García- Torres L. Hipertensión arterial. En: Mataix J. Nutrición y alimentación humana. Madrid: Ergon;2002.

³¹Brees MH, Berkow R, eds. El Manual Merck de diagnóstico y tratamiento. Madrid: Hartcourt; 1999.

³²Liga Española para la lucha contra la Hipertensión Arterial. Control de la Hipertensión Arterial en España, 1996. Madrid: MSC; 1996.

³³Centro Cochrane Iberoamericano. Evidencia clínica. Bogotá: BMJ; 2002.

³⁴Grady D, Herrington D, Bittner V, Blumenthal R, Davidson M, Hlatky M et al. Cardiovascular disease outcomes during 6,8 years of hormone therapy (HERS II). JAMA 2002;288:49-57.

³⁵Kaplan NM. Al cohol e hipertensión. The Lancet 1995;345:1588-1589.

tratamiento de los estados paroxísticos que pueden desarrollarse en el curso de una afección crónica.³⁶

Partiendo de esta concepción escogimos el Glonoinum como el medicamento más importante según Vijnovsky³⁷ para el tratamiento de afecciones y enfermedades agudas y el Phosphorus tratando de obtener una transformación del organismo de forma rápida valorizando los síntomas de forma personalizada.

Para la inclusión en los grupos G y P se realizó la repertorización según la patogenesia del remedio, de la forma siguiente:

El Glonoinum estuvo indicado en pacientes con bruscas congestiones u oleadas de sangre que suben, especialmente hacia el tórax (corazón) y la cara, o alternativamente a uno u otro sitio (como si toda la sangre del cuerpo fuera allí) y que el paciente percibe como sensaciones de estallido o expansión, tufaradas de calor ascendentes y pulsaciones en todo el cuerpo, hasta la punta de los dedos. Objetivamente, se apreciaron venas y arterias dilatadas y con violentos latidos en la cabeza, cuello y corazón, y el pulso era taquicárdico, lleno y duro. Parecía que los vasos sanguíneos fueran a estallar, estaban duros, tortuosos, tensos, no depresibles y la cara estaba muy roja. La droga actúa, tanto patogenética como terapéuticamente, de modo muy rápido y violento, como una verdadera sangría. Según se explica en las Materias Médicas^{38,39}.

El Phosphorus tiene acción profunda sobre la sangre y el Sistema nervioso, puede estar el paciente agitado con congestión de la cabeza, sensación de pesantez y ardor, puede haber hemorragia nasal o las encías sangrar fácilmente pudiendo existir sed inextinguible por agua fría, náuseas, vómitos, el paciente estaba intranquilo con opresión intensa, sensación de

³⁶ Little P, Barnett J, Barnsley L, Marjoram J, Fitzgerald- Barron A, Mant D. Comparison of agreement between different measures of blood pressure in primary care and daytime ambulatory blood pressure. *BMJ* 2002;325:254-259.

³⁷ División JA, Puras C, Sanchís C, Artigao LM, López- Abril J, López de Coca E et al. Exactitud y precisión en la medida de la presión arterial. Estudio comparativo de las automedidas domiciliarias con la medida en la consulta ambulatoria. *AtenPrimaria* 2001;27:299-307.

³⁸ Wagner EH, Groves T. Care for chronic diseases [editorial]. *BMJ* 2002;325:913-914.

³⁹ Luque Otero M. Detección precoz de la hipertensión arterial: ¿hay un lugar para las oficinas de farmacia?. *Hipertensión* 2002;19(7):297-298.

constricción y dolores quemantes en el pecho, excitación, sensación de ardor en las manos. Todo es violencia, brusquedad, todo se presentaba rápidamente. Según se explica en las Materias Médicas^{40, 41}

2.6 MEDICAMENTOS ANTIHIPERTENSIVOS

INHIBIDORES DE LA ENZIMA CONVERTIDORA (IECA)

Este grupo de fármacos fue descubierto en la década de los sesenta, y desde entonces se han incorporado de forma progresiva al tratamiento de la HTA como fármacos de primera línea. En la actualidad constituyen uno de los soportes básicos en el tratamiento de cualquier tipo de HTA, tanto en mono terapia como en terapia combinada.

MECANISMO DE ACCIÓN

Desde un punto de vista conceptual, los IECA actúan en la HTA del modo fisiopatológicamente más razonable, ya que al inhibir la cascada hormonal en el paso más crítico, esto es, desde la angiotensina I, vascularmente inactiva, a la angiotensina II, uno de los vasoconstrictores más poderosos, bloquean uno de los mecanismos más activos en el desarrollo y mantenimiento de la HTA.

Además, los IECA actúan inhibiendo el sistema de degradación de las bradiquininas, estimulando al mismo tiempo la biodisponibilidad de las prostaciclinas y del factor relajante derivado del endotelio (óxido nítrico), lo que además les confiere propiedades vasodilatadoras periféricas de gran interés.

EFFECTOS ANTIHIPERTENSIVOS

Están mediados por la inhibición del paso de angiotensina I a angiotensina II a dos niveles distintos:

1. SRAA sistémico, responsable del efecto antihipertensivo agudo.
2. SRAA tisular, responsable del efecto antihipertensivo a largo plazo, y de la acción antiproliferativa tanto a nivel del intersticio fibroso como de la masa miocitaria.

⁴⁰Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Catálogo de Especialidades Farmacéuticas 2002. Madrid: CGCOF;2002.

⁴¹Anderson KM, Wilson PWF, Odell PM, Kannel WB. An updated coronary risk profile: a statement for health professionals. Circulation 1991;83:356-362.

Como consecuencia de ello, producen relajación de las resistencias periféricas sin afectar el gasto cardiaco.

El efecto antihipertensivo es dosis dependiente, con un aplanamiento de la curva a partir del cual, aumenta la frecuencia de los efectos secundarios sin mejorar el efecto antihipertensivo.

Simultáneamente ejercen un efecto beneficioso sobre la HVI y el remodelado ventricular al inhibir el efecto proliferativo de la angiotensina II, agente reconocido como un potente factor trófico del miocardio.

Se ha comprobado igualmente que mejoran el filtrado renal y por tanto la función renal, actuando localmente sobre la angiotensina II. Por ello, reducen las tasas de excreción de albúmina (microalbuminuria) que es un útil predictor del deterioro renal precoz.

Igualmente han demostrado gran utilidad en la IC tanto de origen isquémico como miocárdico, en donde disminuyen significativamente las tasas de morbimortalidad por todas las causas. Por su acción proliferativa, se especula sobre posibles efectos antiisquémicos y antiarrítmicos, aunque este extremo no está suficientemente contrastado.

CLASIFICACIÓN

Todos los IECA tienen el mismo mecanismo de acción y sólo se van a diferenciar por la estructura molecular. Ésta, así como la dosis y la duración del efecto quedan reflejadas en la tabla 10.

Tabla 10. Clasificación de los IECA45, dosis y farmacocinética (CGCOF)38

Tipo	Dosis (mg/día)	T _{máx} (h)	Semivida de eliminación (h)	Duración de la acción (h)
Grupo sulhidrido				
Captopril	12,5-150	1,2	9-12	6-12
Zofenopril				6
Grupo carboxilo				
Enalapril	5-40	3-4	10-12	12-24
Benazepril	10-20	1,5	10-11	10-20
Cilazapril	2,5-5	2	10	12-24
Espirapril	3-6	0,75-1,5		24
Lisinopril	5-40	6		12-24
Perindopril	2-16	1	3-5	10-24
Quinapril	5-80	2		12-24
Ramipril	2,5-5	2-3	4	12-24
Trandolapril	2,5-5		16-24	12-24
Grupo fosfonilo				
Fosinopril	5-40	3	11,5	12-24

EFFECTOS SECUNDARIOS

En general estos fármacos son muy bien tolerados. A las dosis actuales, los efectos colaterales se reducen al mínimo y rara vez obligan a suspender el tratamiento.

Los efectos secundarios más importantes, comunes en la mayoría de los casos a todos, son:

1. Tos. Es el efecto secundario más común y parece estar ligado al grupo sulhidrido y a la inhibición de la degradación de las kininas.
2. Hipotensión, sobre todo en la primera dosis.
3. Cefalea.
4. Edema angioneurótico. Es una contraindicación absoluta.
5. Erupción cutánea.
6. Uremia. En casos de insuficiencia renal deben ser utilizados con precaución.

INDICACIONES CLÍNICAS

Las principales indicaciones clínicas en la HTA se deducen fácilmente de sus acciones farmacológicas:

- HTA esencial en cualquiera de sus formas.
- HTA con complicaciones metabólicas (diabetes, hipercolesterolemia).
- HTA con complicaciones cardiovasculares del tipo de la ICC, y posiblemente miocárdica.
- HTA con HVI.
- HTA con disfunción renal.
- HTA disfunción ventricular.
- El captopril es de elección en crisis hipertensivas.

3. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

Ámbito Local:

Autor: Benjamín Isaac Recabarren Meza

Título: “Efectividad de la Terapia Neural y Homeopatía en el manejo de personas con estados depresivos. Consultorio privado del Investigador Cayma, Arequipa 2007-2008”.

Ciudad: Arequipa

Año: 2010

CONCLUSIÓN

Se trata de la primera investigación clínica donde se compara y determina la efectividad de dos tratamientos de medicina bioenergética: Terapia Neural y Homeopatía, elaborados ad-hoc, para el tratamiento mixto de la depresión en un 50 % de personas no respondedoras del tratamiento psicofarmacológico antidepresivo.

A nivel terapéutico el porcentaje de sujetos mejorados en los dos grupos experimentales es bastante alto en base el seguimiento de seis semanas de evolución. Estos resultados ponen de manifiesto la superioridad de ambas modalidades terapéuticas, sin que haya, en general diferencia entre ellas. Se trata en

todo caso, de una mejoría significativa en la calidad de vida, no de una curación, lo cual está en consonancia con el abordaje terapéutico de un problema crónico de larga duración.

Además de la efectividad, una conclusión importante de este estudio hace referencia a la eficiencia. Desde una perspectiva de costos y beneficios, la posibilidad de aplicar una intervención breve supone un ahorro de costos importantes, sobre todo en los centros de salud mental, en ocasiones desbordadas por el número de personas depresivas en busca de ayuda; de tal manera que se puede tratar a un mayor número de personas con una inversión de tiempo menor (10 minutos por persona), sin que ello disminuya la calidad de la intervención. En cuanto a la evolución terapéutica hay una mejoría rápida entre el pretest y el postest. Este perfil se da en ambas modalidades terapéuticas al final de sus evaluaciones, aunque un tanto demorado el efecto en el grupo 2 (HO-TN).

De la elección de un cuadro clínico (depresión) escasamente estudiado hasta la fecha.

Del tamaño relativamente alto de la muestra ($n=62$), donde el 50% sufre de depresión grave, el 27.42% depresión moderada y 22.58% de depresión ligera.

De la realización del estudio en un marco natural (consultorio privado del investigador).

De la coherencia de los resultados obtenidos en las distintas intervenciones donde la hipótesis nula se rechaza y se acepta la hipótesis de la investigación con un nivel de significación inferior al 0.05 para los dos grupos de personas tratadas.

De este modo el poder de generalización de los resultados obtenidos es lo que constituye la validez externa y es alto.

Ámbito Nacional:

No se han encontrado antecedentes de investigación en nuestro país.

Ámbito Internacional:

Autor: Dra. Olga Pérez Castillo

Título: Homeopatía y Terapia Floral en pacientes con Hipertensión Arterial no controlada

Ciudad: Cuba

Año: Enero a Julio 2004

CONCLUSIÓN

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 o 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. Se realizó un estudio explicativo experimental, de carácter prospectivo en el Hospital Universitario “Dr. Celestino Hernández Robau” en el período comprendido entre enero y julio del 2004 donde se atendieron 107 pacientes hipertensos, estadíos 1, 2 y 3, según el Programa Nacional de Prevención Diagnóstico Evaluación y Control de la Hipertensión Arterial para adultos a partir de 18 años, asignados en cuatro grupos: Grupo G (Glonoinum), Grupo P (Phosphorus), Grupo R (RescueRemedy) y Grupo N (Nifedipina, grupo control). La Terapia fue eficaz en los Grupos G (80 %) y P (70,6%), en los casos del Rescue Remedy (56,7 %) y la Nifedipina (50,0 %), se comportaron similar. Hubo escasos efectos indeseables en las Terapias Naturales a diferencia de la Nifedipina (40 %).

4. HIPÓTESIS

Dado que la Homeopatía es un método terapéutico que aplica clínicamente el fenómeno de similitud y que utiliza las sustancias medicamentosas a dosis débiles o infinitesimales, capaz de intervenir en el proceso individual y curativo de las enfermedades, ayudando a recuperar las desarmonías del organismo y el control de la Presión arterial.

Es probable que esta Terapia sea más efectiva que el tratamiento con Antihipertensivo, evitando las reacciones adversas y efectos indeseables en pacientes de 40 a 80 años de edad de la Micro red Francisco Bolognesi de Cayma, Arequipa 2012.

5. OBJETIVOS

- 5.1 Identificar las características clínicas de la Hipertensión Arterial en pacientes de 40 a 80 años en la población de la Micro red Francisco Bolognesi de Cayma, Arequipa 2012.
- 5.2 Determinar la efectividad del Tratamiento Homeopático en el tratamiento de la Hipertensión Arterial.
- 5.3 Determinar la efectividad del Tratamiento Alopático en el tratamiento de la Hipertensión arterial.
- 5.4 Establecer las diferencias y efectividad de los Tratamientos Homeopático y Alopático.



III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN:

El presente trabajo utiliza la aplicación de dos variables que usa como técnica la observación y como instrumento la ficha de Observación Experimental e Historia Clínica.

Finalmente se compararán datos en una matriz de control donde se observen los resultados de ambas terapias.

VARIABLE	INDICADOR	TÉCNICA	INSTRUMENTO
Tratamiento Alopático (Antihipertensivo)	Tipo de Medicamento: Tableta Vía de administración: Dosis Frecuencia Duración de tratamiento:	Observación	Fichas de Observación Historia clínica
Tratamiento Homeopático	Tipo de medicamento: Gotas Vía de administración: Dosis Frecuencia Duración del tratamiento:	Observación	Fichas de Observación Historia Clínica
Hipertensión Arterial	Sexo Edad Tabaquismo Alcohol Consumo de sal Sobrepeso obesidad Dislipidemia Hiperglucemia Sedentarismo	Observación	Ficha de identificación de riesgo. Historia Clínica

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN:

2.1 Ubicación Espacial:

Micro red Francisco Bolognesi, ubicada en la calle 20 de abril 204 Pueblo Tradicional de Acequia Alta Distrito de Cayma, perteneciente a la Red Arequipa Caylloma de la Gerencia de Salud Arequipa y del Ministerio de Salud del Perú.

2.2 Ubicación Temporal:

Durante Julio a Diciembre del 2012

2.3 Unidades de Estudio:

Se utilizara en el estudio 80 pacientes varones y mujeres de 40 a 80 años de edad, con Hipertensión Arterial igual o mayor a 120/80 mm Hg, en la Micro red Francisco Bolognesi de Cayma, Detectados, diagnosticados en el Consultorio de Medicina y registrados durante el 2011 y 2012. Los pacientes serán separados en dos grupos: 40 pacientes que reciben tratamiento antihipertensivo y 40 con tratamiento Homeopático que constituye el 100 %.

Criterios de inclusión

- Adultos de ambos sexos.
- Edad entre 40 y 80 años.
- Pacientes con Hipertensión arterial que acuden a su control en la Micro red Francisco Bolognesi de Cayma.
- Pacientes con consentimiento.

Criterios de Exclusión

- Hipertensión Arterial severa (Crisis).
- Pacientes que reciben tratamiento de forma continuada con esteroides, antihistamínicos y otras drogas inmunosupresoras.
- Embarazo.
- Obesidad extrema.
- Hipersensibilidad a Captopril
- Abuso del alcohol con hábito de beber diariamente.
- Negativa del paciente.

3. ESTRATEGIAS DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1 ORGANIZACIÓN

Previa Autorización y coordinación con la Gerencia del Establecimiento de Salud para la realización del PROYECTO, se ejecutara dicha investigación, por medio de la técnica de la Observación usando como instrumento fichas de observación, historia clínica, en el horario de 9 a.m. a 12 p.m. y de 4 p.m. a 6 p.m.

El tiempo que durará el trabajo de experimentación, en este caso es de 4 meses , y la frecuencia de sesiones de toma de presión y consultoría será de dos veces por semana con duración de una hora por cada paciente; a su vez sabemos que el tratamiento hipotensor será la ingesta diaria de su medicación por el lapso de un mes, luego se reestructurará las dosis previo análisis de los resultados, en cada paciente y se espaciará o continuará el tratamiento según el caso, hasta finalizar el trabajo experimental.

Para el análisis y procesamiento de datos estadísticos, se elaborará una tabla de contingencia para expresar las frecuencias absolutas y relativas porcentuales, asimismo para el contraste de la hipótesis de investigación se utilizará la prueba estadística de chi cuadrado con un nivel de significancia del 5%.

Adicionalmente se expresará las frecuencias relativas porcentuales mediante graficas de barras para la representación de las diferentes variables en la investigación.

3.2 RECURSOS HUMANOS.

La investigación será realizada exclusivamente por personal de salud. En este caso podemos contar con la colaboración del personal Serums y personal técnico de farmacia previamente capacitado para la realización del trabajo de investigación en la Micro red Francisco Bolognesi de Cayma, previo consentimiento informado de los pacientes que serán sometidos a dicho tratamiento.

3.3 RECURSOS MATERIALES

- a. Material de Escritorio
- b. Fichas de observación
- c. Historias clínicas
- d. Cuestionario
- e. Exámenes de laboratorio

3.4 INSTRUMENTOS

- a. Computadora
- b. Internet
- c. Tensiómetro
- d. Impresora

3.5 MOTIVACIÓN

Por medio de charlas Educativas donde se resaltarán las ventajas, beneficios, propósito del estudio y los posibles riesgos o consecuencias previsibles que se vaya a obtener, respecto a la investigación, en el tratamiento propuesto para la referida patología.

3.6 SUPERVISIÓN Y COORDINACIÓN.

Para asegurar la validez y confiabilidad del estudio se realizará el seguimiento de los pacientes tratados y se debe verificar por lo menos una vez por semana el cumplimiento de las terapias recomendadas, así mismo se verificará el buen estado del material médico a utilizar en dichos tratamientos. Incluye

- a) **Validación de instrumentos:** Para su evaluación y mejoramiento continuo.
- b) **Recursos económicos:** Autofinanciado

4. CRITERIOS Y ESTRATEGIAS PARA EL MANEJO DE RESULTADOS

La base de datos se manejará en base a la Estadística Descriptiva en Excel y programa estadístico SPSS.

5. CRONOGRAMA DE TRABAJO :(2011-2012)

ACTIVIDAD	AGT	SET.	OCT.	NOV.	DIC.	ABRIL	MAY.	JUL.
Elaboración del Proyecto	X	X						
Planteamiento Teórico			X	X				
Planteamiento Operacional				X				
Finalización del proyecto					X			
Revisión de Jurado Dictaminador						X		
Dictamen Final de aprobación							X	X
Ejecución del Proyecto								X

ANEXO 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____, identificado(a) con DNI _____ en mi condición de paciente: _____ con Historia Clínica {s):Q.F. _____, autorizo al (los) Profesional (es) de salud y Q.F. _____ a practicar el Trabajo de investigación

Siguiente _____

Que consiste en: _____

Habiéndome informado lo siguiente:

1.- Sobre la naturaleza, el propósito del estudio, los riesgos o consecuencias potenciales Previsibles del procedimiento propuesto.

2.- También se me ha explicado de las ventajas y beneficios razonablemente previsibles Que vaya obtener, respecto al tratamiento de mi enfermedad.

3.- También he realizado las preguntas que considere necesarias, todas las cuales han sido absueltas y con respuestas que considero suficientes y aceptables.

Finalmente autorizo que durante el Trabajo de Investigación al cual soy sometido(a), según sea el caso, se puedan utilizar técnicas e instrumentos que garanticen evidencia científica.

En forma voluntaria y en pleno uso de mis facultades mentales, físicas y de mi Entendimiento, libre de coerción o alguna otra influencia indebida y habiendo sido debidamente informado sobre el procedimiento, por lo que firmo el presente Consentimiento Informado.

Fecha. Día _____ mes: _____ año: _____ Hora: _____ AM/PM.

Firma del Paciente, Representante Legal con DNI _____ que autoriza el Trabajo de Investigación.

ANEXO 3. Ficha de Observación experimental 1

Nombre: _____

Edad : _____ Dirección: _____ Estado Marital: _____

Sexo _____ Grado de Instrucción: _____ Religión: _____

Patología Previa _____ Tratamiento Previo: _____ Signos y Síntomas: _____

Terapia que recibe: Medicación Homeopática(Glonoinum D-6, Aurum metallicum D-6,Barita Carbónica D-6,CholesterinumD-6 y Plumbum D-6)6 gotas cada 8 horas

Variables	Semana					
	Pre-test	1	2	3	4	5
Peso /Talla						
IMC						
Presión arterial						
Perfil Lipídico						
Antecedentes personales: Hereditarios						
Estilos de vida:						
• Dieta: vegetariana /carnívora						
• Consumo excesivo de sal						
• Sedentarismo: ¿Realiza Ejercicios? ¿Camina diariamente?						
• Consumo de alcohol						

Ficha de Observación Experimental 2

Nombre: _____

Edad : _____ Dirección: _____ Estado Marital: _____

Sexo _____ Grado de Instrucción: _____ Religión: _____

Patología (Previa) _____ Tratamiento Previo: _____ Signos y Síntomas _____

Terapia que recibe: Medicación Antihipertensiva(Captopril 50mg/día)

Variables	Semana					
	Pre-test	1	2	3	4	5
Peso /Talla						
IMC						
Presión Arterial						
Perfil Lipídico						
Antecedentes personales: hereditarios						
Estilos de vida						
• Dieta: vegetariana/carnívora						
• Consumo excesivo de sal						
• Sedentarismo: ¿Realiza Ejercicios? ¿Camina diariamente?						
• Consumo de alcohol						



MATRIZ DE DATOS

TRATAMIENTO HOMEOPÁTICO

Nº	EDAD	SEXO	PROCEDENCIA	EST. MARITAL	GRADO DE INSTRUCCIÓN	TIPO DE ALIMENTAC.	HÁBITOS TÓXICOS	RELIGIÓN	PATOLOGÍAS PREVIA	ANTEC. FAMILIARES	TRAT. PREVIO	TIPO TRATAM	TIEMPO INICIO SÍNTOMAS (AÑOS)	TIEMPO (AÑOS)
1	49	Femenino	JVA	Casada	Secundaria	Omnivoro	Ninguno	Católica	Ninguno	No sabe	No	Médico	1.00	1.00
2	49	Femenino	VILLAMIRADOR	Casada	Secundaria	Omnivoro	Sal	Católica	Ninguno	No sabe	Si	Médico	1.00	1.00
3	75	Femenino	BOLOGNESI	Casada	Analfabeto	Omnivoro	Ninguno	Católica	Ninguno	Ninguno	Si	Médico	4.00	4.00
4	80	Femenino	ACEQUIA ALTA	Viudo	Primaria	Omnivoro	Sal	Católica	Ninguno	Padres	Si	Natural	10.00	>=5
5	52	Femenino	BOLOGNESI	Casada	Secundaria	Omnivoro	Ninguno	Católica	Artritis	Padres	Si	Médico	3.00	3.00
6	57	Femenino	ACEQUIA ALTA	Casada	Primaria	Dieta	Sal	Católica	Ninguno	Padres	Si	Médico	5.00	>=5
7	41	Femenino	BOLOGNESI	Soltero	Superior	Omnivoro	Tabaco	Católica	Diabetes	Padres	Si	Médico	1.00	1.00
8	44	Femenino	BOLOGNESI	Casada	Secundaria	Omnivoro	Sal	Católica	Ninguno	Padres	Si	Médico	2.00	2.00
9	67	Femenino	BUENOS AIRES	Casada	Analfabeto	Omnivoro	Sal	Católica	Ninguno	Ninguno	No	Natural	1.00	1.00
10	48	Femenino	BOLOGNESI	Casada	Secundaria	Omnivoro	Ninguno	Católica	Ninguno	Ninguno	Si	Médico	1.00	1.00
11	76	Femenino	BOLOGNESI	Casada	Analfabeto	Omnivoro	Sal	Católica	Ninguno	No sabe	Si	Médico	10.00	>=5
12	46	Femenino	BOLOGNESI	Conviviente	Secundaria	Omnivoro	Infusión	Católica	Ninguno	Ninguno	Si	Médico	2.00	2.00
13	52	Femenino	ACEQUIA ALTA	Casada	Secundaria	Omnivoro	Sal	Católica	Ninguno	Padres	Si	Médico	1.00	1.00
14	80	Femenino	ACEQUIA ALTA	Viudo	Primaria	Omnivoro	Sal	Católica	Ninguno	No sabe	Si	Médico	4.00	4.00
15	40	Femenino	BOLOGNESI	Casada	Superior	Vegetariano	Ninguno	Budista	Anemia	Padres	Si	Médico	5.00	>=5
16	66	Femenino	TOMILLA	Casada	Analfabeto	Omnivoro	Sal	Católica	Ninguno	No sabe	Si	Médico	10.00	>=5
17	49	Femenino	BOLOGNESI	Soltero	Primaria	Omnivoro	Ninguno	Católica	Epilepsia	No sabe	Si	Médico	3.00	3.00
18	65	Femenino	BOLOGNESI	Viudo	Primaria	Omnivoro	Ninguno	Católica	Ninguno	No sabe	Si	Médico	5.00	>=5
19	73	Femenino	TOMILLA	Viudo	Primaria	Omnivoro	Ninguno	Católica	Ninguno	No sabe	Si	Médico	9.00	>=5
20	58	Femenino	JVA	Casada	Primaria	Omnivoro	Sal	Católica	Ninguno	Padres	Si	Médico	1.00	1.00
21	50	Masculino	JVA	Casada	Superior	Omnivoro	Ninguno	Católica	Ninguno	Padres	No	Natural	1.00	1.00
22	63	Masculino	ACEQUIA ALTA	Separado	Superior	Omnivoro	Alcohol	Católica	Ninguno	No sabe	Si	Médico	1.00	1.00
23	40	Masculino	JVA	Casada	Secundaria	Omnivoro	Alcohol	Católica	Ninguno	No sabe	Si	Médico	1.00	1.00
24	60	Femenino	BOLOGNESI	Casada	Primaria	Omnivoro	Sal	Cristiana	Diabetes	No sabe	Si	Natural	10.00	>=5
25	76	Femenino	BOLOGNESI	Casada	Primaria	Omnivoro	Ninguno	Católica	Ninguno	No sabe	Si	Médico	2.00	2.00
26	70	Femenino	BOLOGNESI	Viudo	Primaria	Omnivoro	Infusión	Católica	Ninguno	Ninguno	Si	Médico	7.00	>=5
27	61	Femenino	1 DE JUNIO	Casada	Primaria	Omnivoro	Ninguno	Católica	Ninguno	Padres	Si	Médico	9.00	>=5
28	72	Masculino	BOLOGNESI	Viudo	Secundaria	Omnivoro	Infusión	Católica	Ninguno	No sabe	Si	Médico	5.00	>=5
29	66	Femenino	ACEQUIA ALTA	Casada	Primaria	Omnivoro	Infusión	Católica	Ninguno	Ninguno	Si	Médico	10.00	>=5
30	42	Femenino	1 DE JUNIO	Casada	Secundaria	Dieta	Ninguno	Católica	Ninguno	Ninguno	Si	Médico	1.00	1.00
31	66	Femenino	CARMEN ALTO	Casada	Primaria	Omnivoro	Infusión	Católica	Gastritis	Padres	No	Natural	2.00	2.00
32	78	Masculino	TOMILLA	Viudo	Primaria	Omnivoro	Sal	Católica	Ninguno	No sabe	Si	Médico	8.00	>=5
33	74	Masculino	BOLOGNESI	Casada	Primaria	Omnivoro	Infusión	Católica	Ninguno	Padres	Si	Médico	5.00	>=5
34	57	Femenino	BOLOGNESI	Casada	Primaria	Omnivoro	Infusión	Católica	Ninguno	No sabe	Si	Médico	2.00	2.00
35	41	Masculino	ACEQUIA ALTA	Soltero	Superior	Omnivoro	Ninguno	Católica	Diabetes	Padres	Si	Médico	1.00	1.00
36	37	Femenino	JOSE OLAYA	Conviviente	Primaria	Omnivoro	Sal	Católica	Ninguno	Ninguno	Si	Médico	2.00	2.00
37	60	Femenino	ACEQUIA ALTA	Casada	Analfabeto	Omnivoro	Sal	Católica	Diabetes	Padres	Si	Médico	2.00	2.00
38	62	Femenino	BOLOGNESI	Separado	Secundaria	Omnivoro	Ninguno	Católica	Diabetes	No sabe	Si	Médico	3.00	3.00
39	53	Femenino	BOLOGNESI	Conviviente	Secundaria	Omnivoro	Ninguno	Católica	Diabetes	Padres	Si	Médico	20.00	>=5
40	59	Femenino	CARMEN ALTO	Casada	Secundaria	Omnivoro	Sal	Católica	Diabetes	Padres	Si	Médico	10.00	>=5

TRATAMIENTO HOMEOPÁTICO

Nº	H.T.A INICIO	I.M.C INICIO	PERFIL LIPÍDICO INICIO	SIGNO SINTOM. INICIO	SIGNOS SÍNTOMAS 2DO	H.T.A 1ERO	H.T.A 2DO	I.M.C 1ERO	I.M.C 2DO	PERFIL 1ERO	PERFIL 2DO	SIGNOS SÍNTOMAS FINAL	H.T.A. FINAL	I.M.C. FINAL	PERFIL LIPÍDICO FINAL
1	HTA 1	Sobrepeso	Colesterol	Cefalea	Sin Síntoma.	HTA 1	Pre HTA	Sobrepeso	Sobrepeso	Colesterol	Normal	Sin síntomas	Normal	Sobrepeso	Normal
2	HTA 1	Normal	Colesterol	Cefalea	Cefalea	HTA 1	HTA 1	Normal	Normal	Colesterol	Colesterol	Sin síntomas	Normal	Normal	Colesterol
3	HTA 1	Obesidad II	Colesterol	Mareos	Cefalea	HTA 1	Pre HTA	Obesidad II	Obesidad I	Colesterol	Colesterol	Sin síntomas	Pre HTA	Obesidad I	Colesterol
4	HTA 1	Sobrepeso	Colesterol	Mareos	Cefalea	HTA 1	Pre HTA	Sobrepeso	Sobrepeso	Colesterol	Colesterol	Sin síntomas	Normal	Sobrepeso	Colesterol
5	HTA 1	Obesidad I	Colesterol	Cefalea	Sin Síntoma	HTA 1	Pre HTA	Obesidad I	Obesidad I	Colesterol	Colesterol	Cefalea	Pre HTA	Sobrepeso	Colesterol
6	HTA 1	Obesidad I	Normal	Cefalea	Sin Síntoma	HTA 1	Pre HTA	Obesidad I	Obesidad I	Normal	Normal	Sin síntomas	Pre HTA	Sobrepeso	Normal
7	HTA 1	Obesidad II	Triglicéridos	Mareos	Cefalea	HTA 1	Pre HTA	Obesidad II	Obesidad II	Triglicéridos	Colesterol	Sin síntomas	Pre HTA	Obesidad II	Colesterol
8	HTA 1	Obesidad I	Colesterol	Vómitos	Sin Síntoma	HTA 1	Pre HTA	Obesidad I	Sobrepeso	Colesterol	Normal	Sin síntomas	Pre HTA	Sobrepeso	Normal
9	HTA 1	Sobrepeso	Colesterol	Mareos	Cefalea	HTA 1	Pre HTA	Sobrepeso	Sobrepeso	Colesterol	Colesterol	Cefalea	Normal	Sobrepeso	Colesterol
10	HTA 1	Sobrepeso	C. HDL	Cefalea	Sin Síntoma	HTA 1	Pre HTA	Sobrepeso	Sobrepeso	C. HDL	Normal	Sin síntomas	Pre HTA	Normal	Normal
11	HTA 1	Normal	Normal	Epistaxis	Mareos	HTA 1	Pre HTA	Normal	Normal	Normal	Normal	Sin síntomas	Normal	Normal	Normal
12	HTA 1	Obesidad I	Colesterol	Cefalea	Sin Síntoma	HTA 1	Pre HTA	Obesidad I	Sobrepeso	Colesterol	Colesterol	Mareos	Normal	Sobrepeso	Colesterol
13	HTA 1	Obesidad I	Colesterol	Cefalea	Sin Síntoma	HTA 1	Pre HTA	Obesidad I	Sobrepeso	Colesterol	Colesterol	Sin síntomas	Normal	Sobrepeso	Normal
14	HTA 1	Sobrepeso	Colesterol	Cefalea	Sin Síntoma	HTA 1	Pre HTA	Sobrepeso	Sobrepeso	Colesterol	Colesterol	Sin síntomas	Pre HTA	Sobrepeso	Colesterol
15	HTA 1	Sobrepeso	Colesterol	Cefalea	Cefalea	HTA 1	Pre HTA	Sobrepeso	Sobrepeso	Colesterol	Colesterol	Sin síntomas	Pre HTA	Sobrepeso	Normal
16	HTA 1	Sobrepeso	Colesterol	Cefalea	Sin Síntoma	HTA 1	Pre HTA	Sobrepeso	Sobrepeso	Colesterol	Colesterol	Sin síntomas	Normal	Sobrepeso	Normal
17	HTA 1	Obesidad II	Colesterol	Mareos	Cefalea	HTA 1	Pre HTA	Obesidad II	Obesidad I	Colesterol	Colesterol	Cefalea	Normal	Obesidad I	Colesterol
18	HTA 1	Obesidad II	Colesterol	Cefalea	Sin Síntoma	HTA 1	Pre HTA	Obesidad II	Obesidad I	Colesterol	Colesterol	Sin síntomas	Normal	Sobrepeso	Normal
19	HTA 1	Obesidad I	Colesterol	Cefalea	Sin Síntoma	HTA 1	Pre HTA	Obesidad I	Obesidad I	Colesterol	Colesterol	Sin síntomas	Normal	Sobrepeso	Normal
20	HTA 1	Obesidad I	Colesterol	Cefalea	Sin Síntoma	HTA 1	Pre HTA	Obesidad I	Sobrepeso	Colesterol	Colesterol	Sin síntomas	Normal	Sobrepeso	Normal
21	HTA 1	Obesidad I	Triglicéridos	Cefalea	Mareos	HTA 1	Pre HTA	Obesidad I	Sobrepeso	Triglicéridos	Triglicéridos	Cefalea	Normal	Sobrepeso	Normal
22	HTA 1	Normal	Normal	Nauseas	Sin Síntoma	HTA 1	Pre HTA	Normal	Normal	Normal	Normal	Sin síntomas	Pre HTA	Normal	Normal
23	HTA 1	Sobrepeso	Colesterol	Cefalea	Sin Síntoma	HTA 1	Pre HTA	Sobrepeso	Sobrepeso	Colesterol	Normal	Sin síntomas	Normal	Normal	Normal
24	HTA 1	Sobrepeso	Colesterol	Nauseas	Sin Síntoma	HTA 1	Pre HTA	Sobrepeso	Sobrepeso	Colesterol	Normal	Cefalea	Normal	Normal	Normal
25	Pre HTA	Normal	Normal	Cefalea	Sin Síntoma	Pre HTA	Pre HTA	Normal	Normal	Normal	Normal	Sin síntomas	Normal	Normal	Normal
26	Pre HTA	Sobrepeso	Colesterol	Cefalea	Sin Síntoma	Pre HTA	Pre HTA	Sobrepeso	Sobrepeso	Colesterol	Colesterol	Sin síntomas	Normal	Normal	Colesterol
27	Pre HTA	Sobrepeso	Normal	Cefalea	Sin Síntoma	Pre HTA	Pre HTA	Sobrepeso	Sobrepeso	Normal	Normal	Sin síntomas	Normal	Sobrepeso	Normal
28	Pre HTA	Sobrepeso	Colesterol	Cefalea	Cefalea	Pre HTA	Pre HTA	Sobrepeso	Normal	Colesterol	Colesterol	Sin síntomas	Normal	Normal	Normal
29	Pre HTA	Sobrepeso	Colesterol	Mareos	Cefalea	Pre HTA	Pre HTA	Sobrepeso	Sobrepeso	Colesterol	Colesterol	Sin síntomas	Normal	Normal	Normal
30	Pre HTA	Sobrepeso	Colesterol	Mareos	Sin Síntoma	Pre HTA	Pre HTA	Sobrepeso	Normal	Colesterol	Normal	Sin síntomas	Normal	Normal	Normal
31	Pre HTA	Sobrepeso	Colesterol	Mareos	Cefalea	Pre HTA	Normal	Sobrepeso	Sobrepeso	Colesterol	Colesterol	Sin síntomas	Normal	Sobrepeso	Colesterol
32	Pre HTA	Sobrepeso	Colesterol	Cefalea	Sin Síntoma	Pre HTA	Normal	Sobrepeso	Sobrepeso	Colesterol	Normal	Sin síntomas	Normal	Sobrepeso	Normal
33	Pre HTA	Sobrepeso	Colesterol	Mareos	Cefalea	Pre HTA	Pre HTA	Sobrepeso	Sobrepeso	Colesterol	Colesterol	Cefalea	Normal	Sobrepeso	Normal
34	Pre HTA	Sobrepeso	Colesterol	Cefalea	Sin Síntoma	Pre HTA	Pre HTA	Sobrepeso	Sobrepeso	Colesterol	Normal	Sin síntomas	Normal	Normal	Normal
35	Pre HTA	Obesidad II	Triglicéridos	Cefalea	Sin Síntoma	Pre HTA	Normal	Obesidad II	Obesidad I	Triglicéridos	Colesterol	Sin síntomas	Normal	Sobrepeso	Colesterol
36	Pre HTA	Obesidad I	Colesterol	Cefalea	Sin Síntoma	Pre HTA	Normal	Obesidad I	Obesidad I	Colesterol	Colesterol	Sin síntomas	Normal	Sobrepeso	Normal
37	Pre HTA	Obesidad I	Colesterol	Vómitos	Cefalea	Pre HTA	Normal	Obesidad I	Sobrepeso	Colesterol	Normal	Cefalea	Normal	Normal	Normal
38	Pre HTA	Sobrepeso	Triglicéridos	Cefalea	Sin Síntoma	Pre HTA	Normal	Sobrepeso	Sobrepeso	Triglicéridos	Triglicéridos	Sin síntomas	Normal	Sobrepeso	Triglicéridos
39	Pre HTA	Obesidad II	Colesterol	Mareos	Cefalea	Pre HTA	Normal	Obesidad II	Obesidad I	Colesterol	Colesterol	Sin síntomas	Normal	Obesidad I	Colesterol
40	Pre HTA	Obesidad I	Colesterol	Nauseas	Sin Síntoma	Pre HTA	Normal	Obesidad I	Sobrepeso	Colesterol	Colesterol	Sin síntomas	Normal	Sobrepeso	Normal

TRATAMIENTO ALOPÁTICO

Nº	EDAD	SEXO	PROCEDENCIA	EST. MARITAL	GRADO DE INSTRUCCIÓN	TIPO DE ALIMENTAC.	HÁBITOS TÓXICOS	RELIGIÓN	PATOLOGÍAS PREVIA	ANTEC. FAMILIARES	TRAT. PREVIO	TIPO TRATAM	TIEMPO INICIO SÍNTOMAS (AÑOS)	TIEMPO (AÑOS)
1	54	Femenino	JVA	Casada	Secundaria	Omnivoro	Sal	Católica	Ninguno	Padres	Si	Médico	1.00	1.00
2	49	Femenino	BOLOGNESI	Casada	Superior	Omnivoro	Ninguno	Católica	Ninguno	Ninguno	Si	Médico	1.00	1.00
3	58	Femenino	BOLOGNESI	Casada	Secundaria	Omnivoro	Sal	Católica	Osteoporosis	Padres	Si	Médico	3.00	3.00
4	79	Masculino	JVA	Casada	Primaria	Omnivoro	Sal	Católica	Ninguno	Padres	Si	Médico	8.00	>=5
5	75	Femenino	BOLOGNESI	Casada	Analfabeto	Omnivoro	Ninguno	Católica	Ninguno	Ninguno	Si	Médico	5.00	>=5
6	28	Femenino	TOMILLA	Soltero	Superior	Omnivoro	Sal	Católica	Ninguno	No sabe	Si	Médico	5.00	>=5
7	80	Masculino	SAN MARTIN	Casada	Primaria	Omnivoro	Sal	Evangélica	Ninguno	Ninguno	Si	Médico	2.00	2.00
8	79	Masculino	BOLOGNESI	Casada	Secundaria	Omnivoro	Alcohol	Católica	Ninguno	Padres	Si	Médico	4.00	4.00
9	46	Femenino	BOLOGNESI	Casada	Secundaria	Omnivoro	Sal	Católica	Ninguno	Padres	Si	Médico	1.00	1.00
10	52	Masculino	BOLOGNESI	Casada	Secundaria	Omnivoro	Alcohol	Católica	Diabetes	Padres	No	Natural	1.00	1.00
11	66	Masculino	TOMILLA	Casada	Secundaria	Omnivoro	Infusión	Católica	Ninguno	Ninguno	Si	Médico	5.00	>=5
12	80	Femenino	BOLOGNESI	Viudo	Primaria	Omnivoro	Sal	Evangélica	Ninguno	No sabe	Si	Médico	12.00	>=5
13	60	Femenino	BOLOGNESI	Casada	Secundaria	Omnivoro	Sal	Católica	Ninguno	No sabe	Si	Médico	2.00	2.00
14	62	Femenino	BOLOGNESI	Casada	Primaria	Omnivoro	Sal	Católica	Ninguno	Padres	Si	Médico	2.00	2.00
15	75	Femenino	BOLOGNESI	Casada	Secundaria	Omnivoro	Sal	Católica	Ninguno	Ninguno	Si	Médico	8.00	>=5
16	70	Masculino	BOLOGNESI	Casada	Primaria	Omnivoro	Alcohol	Católica	Ninguno	Ninguno	Si	Médico	2.00	2.00
17	72	Masculino	BOLOGNESI	Casada	Primaria	Omnivoro	Sal	Católica	Ninguno	Ninguno	Si	Médico	3.00	3.00
18	72	Femenino	BOLOGNESI	Viudo	Primaria	Omnivoro	Ninguno	Testigo Jehová	Ninguno	No sabe	Si	Médico	1.00	1.00
19	71	Femenino	ACEQUIA ALTA	Casada	Primaria	Omnivoro	Infusión	Católica	Ninguno	Padres	Si	Médico	2.00	2.00
20	72	Femenino	TOMILLA	Casada	Secundaria	Omnivoro	Sal	Católica	Osteoporosis	Ninguno	Si	Médico	10.00	>=5
21	71	Masculino	BOLOGNESI	Casada	Primaria	Omnivoro	Sal	Católica	Diabetes	Padres	Si	Médico	6.00	>=5
22	73	Masculino	BOLOGNESI	Casada	Primaria	Omnivoro	Tabaco	Católica	Ninguno	No sabe	Si	Médico	2.00	2.00
23	66	Femenino	TOMILLA	Casada	Primaria	Omnivoro	Infusión	Católica	Ninguno	Ninguno	Si	Médico	3.00	3.00
24	72	Femenino	HAYA DE TORRE	Casada	Analfabeto	Omnivoro	Ninguno	Católica	Ninguno	No sabe	Si	Médico	5.00	>=5
25	68	Femenino	BOLOGNESI	Casada	Primaria	Omnivoro	Sal	Católica	Ninguno	No sabe	Si	Médico	5.00	>=5
26	59	Femenino	MALVINAS	Casada	Analfabeto	Omnivoro	Sal	Católica	Ninguno	Ninguno	Si	Médico	3.00	3.00
27	54	Femenino	BOLOGNESI	Casada	Secundaria	Omnivoro	Sal	Católica	Ninguno	No sabe	Si	Médico	3.00	3.00
28	66	Femenino	BOLOGNESI	Viudo	Secundaria	Omnivoro	Infusión	Católica	Diabetes	Ninguno	Si	Médico	3.00	3.00
29	69	Masculino	BOLOGNESI	Viudo	Secundaria	Omnivoro	Sal	Católica	Hiperplasia	No sabe	Si	Médico	8.00	>=5
30	57	Femenino	JOSE OLAYA	Casada	Primaria	Omnivoro	Sal	Católica	Ninguno	Padres	Si	Médico	5.00	>=5
31	80	Masculino	TOMILLA	Viudo	Secundaria	Dieta	Sal	Católica	Diabetes	Padres	Si	Médico	10.00	>=5
32	42	Femenino	ENACE	Separado	Secundaria	Omnivoro	Infusión	Cristiana	Hiperplasia	Padres	Si	Médico	3.00	3.00
33	66	Masculino	BOLOGNESI	Casada	Secundaria	Dieta	Infusión	Católica	Ninguno	Ninguno	Si	Médico	4.00	4.00
34	75	Femenino	BOLOGNESI	Viudo	Primaria	Omnivoro	Sal	Católica	Ninguno	No sabe	Si	Médico	2.00	2.00
35	42	Femenino	ACEQUIA ALTA	Separado	Secundaria	Omnivoro	Infusión	Católica	Ninguno	Abuelos	Si	Médico	4.00	4.00
36	46	Femenino	BOLOGNESI	Conviviente	Secundaria	Omnivoro	Sal	Católica	Ninguno	Ninguno	Si	Médico	2.00	2.00
37	57	Femenino	ACEQUIA ALTA	Casada	Superior	Omnivoro	Sal	Católica	Ninguno	Padres	Si	Médico	1.00	1.00
38	61	Masculino	ENACE	Casada	Primaria	Omnivoro	Sal	Católica	Hiperplasia	No sabe	Si	Médico	4.00	4.00
39	75	Femenino	JOSE OLAYA	Casada	Analfabeto	Omnivoro	Sal	Católica	Ninguno	No sabe	Si	Médico	2.00	2.00
40	68	Masculino	BOLOGNESI	Casada	Secundaria	Omnivoro	Infusión	Católica	Ninguno	No sabe	Si	Médico	8.00	>=5

TRATAMIENTO ALOPÁTICO

Nº	H.T.A INICIO	I.M.C INICIO	PERFIL LIPÍDICO INICIO	SIGNO SINTOM. INICIO	SIGNOS SÍNTOMAS 2DO	H.T.A 1ERO	H.T.A 2DO	I.M.C 1ERO	I.M.C 2DO	PERFIL 1ERO	PERFIL 2DO	SIGNOS SÍNTOMAS FINAL	H.T.A. FINAL	I.M.C. FINAL	PERFIL LIPÍDICO FINAL
1	Pre HTA	Obesidad I	Normal	Cefalea	Sin Síntoma	Pre HTA	Normal	Obesidad I	Sobrepeso	Normal	Normal	Cefalea	Normal	Sobrepeso	Normal
2	HTA 1	Normal	Normal	Cefalea	Sin Síntoma	HTA 1	Pre HTA	Normal	Normal	Normal	Normal	Sin síntomas	Normal	Normal	Normal
3	HTA 1	Obesidad I	Colesterol	Epistaxis	Sin Síntoma	HTA 1	Pre HTA	Obesidad I	Sobrepeso	Colesterol	Colesterol	Cefalea	Pre HTA	Sobrepeso	Colesterol
4	Pre HTA	Normal	Colesterol	Cefalea	Cefalea	Pre HTA	Normal	Normal	Normal	Colesterol	Colesterol	Sin síntomas	Normal	Normal	Colesterol
5	Pre HTA	Obesidad II	C. LDL	Mareos	Sin Síntoma	Pre HTA	Pre HTA	Obesidad II	Obesidad II	C. LDL	Colesterol	Cefalea	Pre HTA	Obesidad I	Normal
6	Pre HTA	Sobrepeso	Colesterol	Cefalea	Sin Síntoma	Pre HTA	Pre HTA	Sobrepeso	Sobrepeso	Colesterol	Colesterol	Sin síntomas	Normal	Sobrepeso	Colesterol
7	HTA 1	Sobrepeso	Colesterol	Cefalea	Cefalea	HTA 1	Pre HTA	Sobrepeso	Normal	Colesterol	Colesterol	Sin síntomas	Pre HTA	Normal	Colesterol
8	HTA 1	Sobrepeso	Colesterol	Cefalea	Sin Síntoma	HTA 1	Pre HTA	Sobrepeso	Sobrepeso	Colesterol	Colesterol	Cefalea	Pre HTA	Sobrepeso	Normal
9	HTA 1	Obesidad I	C. LDL	Cefalea	Cefalea	HTA 1	Pre HTA	Obesidad I	Sobrepeso	C. LDL	Normal	Sin síntomas	Normal	Sobrepeso	Normal
10	HTA 1	Obesidad I	Normal	Cefalea	Cefalea	HTA 1	Pre HTA	Obesidad I	Obesidad I	Normal	Normal	Sin síntomas	Pre HTA	Sobrepeso	Normal
11	Pre HTA	Sobrepeso	Normal	Mareos	Cefalea	Pre HTA	Pre HTA	Sobrepeso	Sobrepeso	Normal	Normal	Sin síntomas	Pre HTA	Normal	Normal
12	Pre HTA	Sobrepeso	Colesterol	Cefalea	Sin Síntoma	Pre HTA	Pre HTA	Sobrepeso	Sobrepeso	Colesterol	Colesterol	Sin síntomas	Normal	Sobrepeso	Colesterol
13	Pre HTA	Sobrepeso	Colesterol	Cefalea	Cefalea	Pre HTA	Pre HTA	Sobrepeso	Sobrepeso	Colesterol	Colesterol	Sin síntomas	Pre HTA	Sobrepeso	Normal
14	Pre HTA	Obesidad II	Colesterol	Mareos	Sin Síntoma	Pre HTA	Pre HTA	Obesidad II	Obesidad II	Colesterol	Colesterol	Cefalea	Pre HTA	Obesidad I	Colesterol
15	HTA 1	Obesidad I	Colesterol	Cefalea	Sin Síntoma	HTA 1	Pre HTA	Obesidad I	Sobrepeso	Colesterol	Colesterol	Sin síntomas	Pre HTA	Sobrepeso	Normal
16	HTA 1	Obesidad I	Colesterol	Mareos	Cefalea	HTA 1	Pre HTA	Obesidad I	Sobrepeso	Colesterol	Colesterol	Cefalea	Normal	Sobrepeso	Colesterol
17	HTA 1	Obesidad I	Triglicéridos	Epistaxis	Cefalea	HTA 1	Pre HTA	Obesidad I	Sobrepeso	Triglicéridos	Normal	Sin síntomas	Pre HTA	Sobrepeso	Normal
18	Pre HTA	Normal	Normal	Cefalea	Sin Síntoma	Pre HTA	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Sin síntomas	Normal	Normal	Normal
19	Pre HTA	Obesidad I	Colesterol	Sin síntomas	Sin Síntoma	Pre HTA	Pre HTA	Obesidad I	Obesidad I	Colesterol	Colesterol	Sin síntomas	Normal	Sobrepeso	Colesterol
20	HTA 1	Sobrepeso	Colesterol	Mareos	Cefalea	HTA 1	Pre HTA	Sobrepeso	Sobrepeso	Colesterol	Colesterol	Cefalea	Pre HTA	Sobrepeso	Colesterol
21	HTA 1	Sobrepeso	C. LDL	Mareos	Sin Síntoma	HTA 1	Pre HTA	Sobrepeso	Sobrepeso	C. LDL	Normal	Sin síntomas	Pre HTA	Sobrepeso	Normal
22	HTA 1	Sobrepeso	Colesterol	Cefalea	Sin Síntoma	HTA 1	Pre HTA	Sobrepeso	Sobrepeso	Colesterol	Colesterol	Sin síntomas	Normal	Sobrepeso	Normal
23	HTA 1	Obesidad II	Colesterol	Mareos	Cefalea	HTA 1	Pre HTA	Obesidad II	Obesidad II	Colesterol	Colesterol	Sin síntomas	Pre HTA	Obesidad I	Colesterol
24	HTA 1	Sobrepeso	Colesterol	Cefalea	Sin Síntoma	HTA 1	Normal	Sobrepeso	Sobrepeso	Colesterol	Normal	Sin síntomas	Normal	Sobrepeso	Normal
25	HTA 1	Sobrepeso	Colesterol	Mareos	Cefalea	HTA 1	Pre HTA	Sobrepeso	Sobrepeso	Colesterol	Normal	Sin síntomas	Normal	Sobrepeso	Normal
26	HTA 1	Obesidad I	Colesterol	Nauseas	Sin Síntoma	HTA 1	Pre HTA	Obesidad I	Obesidad I	Colesterol	Colesterol	Cefalea	Pre HTA	Sobrepeso	Colesterol
27	Pre HTA	Obesidad I	Colesterol	Mareos	Cefalea	Pre HTA	Pre HTA	Obesidad I	Obesidad I	Colesterol	Colesterol	Sin síntomas	Normal	Sobrepeso	Colesterol
28	Pre HTA	Obesidad III	Triglicéridos	Cefalea	Mareos	Pre HTA	Pre HTA	Obesidad III	Obesidad II	Triglicéridos	Colesterol	Cefalea	Normal	Obesidad II	Colesterol
29	Pre HTA	Sobrepeso	Colesterol	Cefalea	Sin Síntoma	Pre HTA	Pre HTA	Sobrepeso	Sobrepeso	Colesterol	Normal	Sin síntomas	Pre HTA	Sobrepeso	Normal
30	Pre HTA	Obesidad II	Triglicéridos	Sin síntomas	Cefalea	Pre HTA	Pre HTA	Obesidad II	Obesidad II	Triglicéridos	Normal	Sin síntomas	Pre HTA	Obesidad I	Normal
31	HTA 2	Sobrepeso	Colesterol	Epistaxis	Cefalea	HTA 2	HTA 1	Sobrepeso	Sobrepeso	Colesterol	Colesterol	Sin síntomas	Pre HTA	Sobrepeso	Normal
32	HTA 1	Sobrepeso	Colesterol	Cefalea	Sin Síntoma	HTA 1	Pre HTA	Sobrepeso	Sobrepeso	Colesterol	Colesterol	Sin síntomas	Pre HTA	Sobrepeso	Colesterol
33	Pre HTA	Obesidad II	Triglicéridos	Sin síntomas	Sin Síntoma	Pre HTA	Pre HTA	Obesidad II	Obesidad I	Triglicéridos	Normal	Cefalea	Pre HTA	Obesidad I	Normal
34	Pre HTA	Sobrepeso	Colesterol	Sin síntomas	Sin Síntoma	Pre HTA	Pre HTA	Sobrepeso	Sobrepeso	Colesterol	Normal	Sin síntomas	Normal	Sobrepeso	Normal
35	HTA 1	Obesidad I	Colesterol	Mareos	Cefalea	HTA 1	HTA 1	Obesidad I	Obesidad I	Colesterol	Colesterol	Cefalea	Pre HTA	Obesidad I	Colesterol
36	HTA 1	Sobrepeso	Normal	Cefalea	Sin Síntoma	HTA 1	Pre HTA	Sobrepeso	Sobrepeso	Normal	Normal	Sin síntomas	Normal	Sobrepeso	Normal
37	HTA 1	Sobrepeso	Colesterol	Mareos	Sin Síntoma	HTA 1	HTA 1	Sobrepeso	Sobrepeso	Colesterol	Colesterol	Sin síntomas	Normal	Sobrepeso	Colesterol
38	HTA 1	Sobrepeso	Colesterol	Cefalea	Sin Síntoma	HTA 1	Pre HTA	Sobrepeso	Sobrepeso	Colesterol	Colesterol	Sin síntomas	Pre HTA	Sobrepeso	Normal
39	HTA 1	Sobrepeso	Normal	Cefalea	Sin Síntoma	HTA 1	Pre HTA	Sobrepeso	Normal	Normal	Normal	Mareos	Normal	Normal	Normal
40	HTA 1	Sobrepeso	C. LDL	Cefalea	Cefalea	HTA 1	Pre HTA	Sobrepeso	Sobrepeso	C. LDL	Normal	Sin síntomas	Pre HTA	Sobrepeso	Normal