



III Taller nacional científico metodológico de profesores de la educación médica. Del 1 al 30 de septiembre 2025. EDUCIENCIA PDCL 2025

CENCOMED (Actas del Congreso), educienciapdcl2025, (septiembre 2025) ISSN 2415-0282

Efecto de la Cráneo puntura en pacientes adultos con crisis hipertensiva. Hospital General Provincial Camilo Cienfuegos, 2021-2023

Effect of Craniopuncture in adult patients with hypertensive crisis. Camilo Cienfuegos Provincial General Hospital, 2021-2023

Dr. Roberto Vergel Llerena ^{1*} <https://orcid.org/0009-0004-4948-7259>

Dra. Yilieny Macias Ibarra ² <https://orcid.org/0000-0003-4962-1417>

MsC. Lidia Rosa Guerra Pérez ³ <https://orcid.org/0000-0001-6860-604X>

Dra. MsC. María Isabel Pérez Fariña ⁴ <https://orcid.org/0009-0004-1796-3433>

MsC. Yudit Alfonso Marin ⁵ <https://orcid.org/0009-0005-3177-6439>

MsC. Leonor María Morales Moreno ⁶ <https://orcid.org/0000-0001-8652-5454>

Lic. Lucía Isel Cedeño Pérez ⁷ <https://orcid.org/0009-0007-9675-6476>

¹ Médico Especialista en Medicina Natural y Tradicional, Jefe del Departamento de Medicina Natural y Tradicional Facultad de Ciencias Médicas. UCM S.Sptus. Profesor Auxiliar robertovergel001@gmail.com

² Médico Especialista en Medicina Natural y Tradicional, Profesora del Departamento de Medicina Natural y Tradicional Facultad de Ciencias Médicas. UCM S.Sptus. UCM S.Sptus Profesor Auxiliar yilienym@gmail.com

³ Licenciada en Psicología. Facultad de Ciencias Médicas “Dr. Faustino Pérez Hernández”. Universidad de Ciencias Médicas Sancti Spíritus, Cuba. Profesor Asistente. lidyarosa@infomed.sld.cu

⁴ Profesora del Departamento de Medicina Natural y Tradicional Facultad de Ciencias Médicas. UCM S.Sptus. UCM S.Sptus Profesor Auxiliar mariaisabelpf@infomed.sld.cu

⁵ Profesora del Departamento de Medicina Natural y Tradicional Facultad de Ciencias Médicas. UCM S.Sptus. UCM S.Sptus Profesor Auxiliar yuditalfonsomarin@gmail.com

⁶ Licenciada en Defectología. Especialización Logopedia. Facultad de Ciencias Médicas “Dr. Faustino Pérez Hernández”. Universidad de Ciencias Médicas Sancti Spíritus, Cuba. Profesor Auxiliar. leonormaria@infomed.sld.cu

⁷ Licenciada en Educación. Especialidad Español y Literatura. Facultad de Ciencias Médicas “Dr. Faustino Pérez Hernández”. Universidad de Ciencias Médicas Sancti Spíritus, Cuba. Profesor Asistente. lucia.ssp@infomed.sld.cu

I RESUMEN

Introducción: las crisis hipertensivas tienen una alta incidencia en el mundo, en Cuba y en la provincia de Sancti Spíritus. Desde la perspectiva de la Medicina Tradicional China, como sistema médico complejo, se planteó una nueva opción terapéutica a través de la Cráneopuntura. **Objetivo:** evaluar el efecto de la Cráneopuntura en pacientes adultos con crisis hipertensiva en el Hospital General Provincial Camilo Cienfuegos en Sancti Spíritus en el período comprendido de septiembre 2021-septiembre 2023. **Material y Método:** se realizó un estudio cuasi-experimental donde se obtuvo un muestreo estratificado, la investigación contó de dos grupos a recibir tratamientos independientes, un grupo que se mantuvo con el tratamiento convencional de crisis hipertensiva del servicio de Medicina que fue el grupo control y un segundo grupo de intervención al cual se le aplicó además del tratamiento convencional protocolizado, la Cráneopuntura, previo consentimiento informado. Se utilizaron métodos teóricos, empíricos y estadísticos-matemáticos. Se copilaron los datos a través de una encuesta confeccionada al efecto. La información fue resumida con la utilización de tablas de distribución, frecuencia y gráficos. **Resultados Esperados:** se demostró el efecto del tratamiento con Cráneopuntura en pacientes adultos mayores de 30 años con crisis hipertensiva. **Conclusiones:** la Cráneopuntura en la crisis hipertensiva tiene un alto rendimiento.

Palabras claves: crisis hipertensiva, Cráneopuntura, Hipertensión Arterial.

I ABSTRACT

Introduction: hypertensive crises have a high incidence worldwide, in Cuba, and in the province of Sancti Spíritus. From the perspective of Traditional Chinese Medicine, as a complex medical system, a new therapeutic option was proposed through Craniopuncture. **Objective:** to evaluate the effect of Craniopuncture in adult patients with hypertensive crisis at the Camilo Cienfuegos Provincial General Hospital in Sancti Spíritus from September 2021 to September 2023. **Materials and Methods:** a quasi-experimental study was conducted using stratified sampling. The study consisted of two groups receiving independent treatments: one group that received conventional hypertensive crisis treatment from the Department of Medicine, which served as the control group, and the other an intervention group that received Craniopuncture, in addition to the standardized treatment, after obtaining informed consent. Theoretical, empirical, and statistical-mathematical methods were used. Data were collected using a specially designed survey. Information was summarized using distribution and frequency tables and graphs. **Expected Results:** the effect of craniopuncture treatment was demonstrated in adult patients over 30 years of age with hypertensive crisis. **Conclusions:** Craniopuncture has a high yield in hypertensive crisis.

Key Words: Hypertensive crisis, Craniopuncture, Arterial hypertension.

II INTRODUCCIÓN

Las crisis hipertensivas suponen el peligro más inmediato para los sujetos afectados, la prueba más espectacular de que el tratamiento antihipertensivo puede salvar la vida. Actualmente, es menos probable que estas crisis sean el resultado final de la hipertensión crónica, pero pueden producirse a cualquier edad y representan las manifestaciones de una hipertensión de desarrollo repentino por causas tan diversas como abuso de sustancias, fármacos inmunodepresores e infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. (1, 2)

Las crisis hipertensivas representan más de una cuarta parte de todas las consultas realizadas por elevación de las cifras de presión arterial y aproximadamente entre el 1 y el 7% de los pacientes con hipertensión desarrollará una crisis hipertensiva a lo largo de su vida, así mismo y a pesar del mejor control de esta enfermedad la prevalencia de estas situaciones en los servicios de urgencias de algunos países va en aumento. (3)

Consideramos crisis hipertensiva la elevación aguda de la presión arterial con cifras superiores o iguales a 190/110 mmHg. Dentro del término crisis hipertensiva ya el Comité estadounidense para la Detección, Evaluación y Tratamiento de la HTA estableció en 1984 una diferenciación terminológica y operacional entre las denominadas "emergencias" y "urgencias" hipertensivas, definición que también suscribe la Sociedad Española de Hipertensión en sus guías publicadas en 2005 y la Sociedad Europea de Hipertensión en sus boletines científicos en 2006 y posteriormente en sus guías del 2013. (4)

La emergencia hipertensiva se define como toda elevación aguda de la presión arterial, que se acompaña de alteraciones orgánicas graves con riesgo de lesión irreversible, que comprometen la vida del paciente y que requieren el descenso de la presión arterial en un breve plazo de tiempo. Por otra parte, la urgencia hipertensiva se caracteriza por una elevación de la presión arterial en un paciente asintomático o con síntomas inespecíficos, con afectación leve o moderada de los órganos diana que por no producir un compromiso vital inmediato permite su corrección, con tratamiento por vía oral, en un plazo superior que puede alcanzar desde varias horas a varios días. (1, 5, 6).

La hipertensión arterial se divide en formas primarias (anteriormente y todavía actualmente denominada "esencial") y formas secundarias. La hipertensión secundaria se origina por causas específicas y puede detectarse solo en una pequeña fracción de pacientes hipertensos. La hipertensión primaria cubre la gran fracción restante de la población hipertensa, y su origen depende de la compleja interacción entre un antecedente genético, un gran número de factores ambientales y el proceso de envejecimiento. (7)

En los últimos años, se ha obtenido nueva e importante evidencia sobre el fondo genético de la hipertensión, identificándose más de 1000 factores genéticos, junto con, en algunos casos, las vías bioquímicas y fisiopatológicas por las que actúan. Se han agregado nuevos factores ambientales (por ejemplo, la contaminación del aire y el ruido) a los ya documentados por investigaciones anteriores. (7)

La hipertensión arterial se define en función de los valores repetidos de PAS en el consultorio ≥ 140 mmHg y/o PAD ≥ 90 mmHg. Sin embargo, existe una relación continua entre la PA y los eventos mórbidos o fatales CV o renales a partir de una PAS en el consultorio >115 mmHg y una PAD >75 mmHg. Por lo tanto, esta definición es arbitraria y tiene principalmente el propósito pragmático de simplificar el diagnóstico y la decisión sobre el manejo de la hipertensión. En este contexto, los valores de PA umbral del consultorio anteriores corresponden al nivel de PA en el que los beneficios de la intervención (las

intervenciones en el estilo de vida o el tratamiento farmacológico) superan a los de la inacción, como lo muestran los ECA basados en resultados. ⁽⁷⁾

La detección oportunista ahora también se fomenta en varios países y recientemente han sido respaldadas en EE.UU. por el aumento de la detección, el tratamiento y el control de la hipertensión asociada con las mediciones de PA en barberías o por farmacéuticos. Según la evidencia disponible, recomendamos la detección oportunista de hipertensión en todos los adultos (es decir, ≥ 18 años). La medición regular de la PA es particularmente importante en adultos a partir de los 40 años y en adultos con mayor riesgo de hipertensión (grupos étnicos especiales, individuos con PA normal-alta), sobrepeso u obesidad). ⁽⁷⁾

La hipertensión arterial no controlada es una causa frecuente de ingreso a los Servicios de Emergencias. Los pacientes que presentan aumentos agudos de los valores de presión arterial (PA) son comúnmente etiquetados como con “crisis”, “urgencias” o “emergencias” hipertensivas, lo que conlleva perfiles clínicos muy heterogéneos, que van desde la ausencia de síntomas, síntomas no específicos o a condiciones potencialmente mortales debido al daño orgánico concomitante. ⁽⁶⁾

Considerando que hasta la fecha no hay evidencia de que el tratamiento de pacientes sin daño orgánico agudo deba diferir del de pacientes con hipertensión arterial (HTA) asintomática no controlada, la Sociedad Europea de Cardiología propuso recientemente que los términos “crisis hipertensivas” y “urgencias hipertensivas” deben abandonarse y la atención centrarse en reconocer a los pacientes que presentan emergencias hipertensivas (EH). ⁽⁸⁾

Según el informe de la Organización Mundial de la Salud, la hipertensión es la principal causa de morbilidad y mortalidad en el mundo y es responsable de nueve millones de muertes cada año. A pesar de la disponibilidad de diferentes opciones de tratamiento, la tasa de control de la presión arterial sigue siendo subóptima. ^(9, 10)

Con la proyección de un aumento del 30 % en la prevalencia mundial de esta afección para el año 2025 y por su papel fundamental en la creciente carga global de enfermedad y discapacidad, la hipertensión se ha convertido en una de las preocupaciones más desafiantes para la salud pública mundial. ⁽¹¹⁾

La hipertensión es un factor de riesgo modificable bien conocido de eventos cardiovasculares mortales y no mortales. Recientemente se publicaron guías y recomendaciones de práctica internacional y nacional para alentar tanto a los médicos como a los pacientes a ser conscientes de la hipertensión no controlada y lograr el control de la presión arterial (PA) las 24 horas. Sin embargo, a pesar de la disponibilidad de medicamentos antihipertensivos, solo se ha informado una pequeña mejora en la tasa de control de la hipertensión en el Ecuador, sumado a desconocimiento acerca de las formas de control por parte de los pacientes la convierten en un problema que puede agravarse hacia una crisis hipertensiva. ^(12, 13)

Las CH suponen del 0,45 al 0,59% de todas las visitas a urgencias hospitalarias a nivel mundial, con especial énfasis en la EH que por sí sola supone el 25% de todos los casos de HC, siendo el ictus isquémico y el edema agudo de pulmón los eventos más frecuentes de lesión de órgano diana. ^(14 - 17)

La Hipertensión arterial (HTA) es la enfermedad que se produce cuando las cifras de tensión arterial, medidas como promedio en tres tomas realizadas en condiciones apropiadas y con intervalos de tres a siete días entre cada toma; se encuentra por encima de 140mmHg para la tensión arterial sistólica (TAS) y 90mmHg para la tensión arterial diastólica (TAD). ⁽¹⁸⁾

Se publica, además, que la Hipertensión arterial se encuentra presente en todas las regiones del mundo y está relacionada a múltiples factores de riesgo de índole económica, social, cultural, ambiental y étnica. Sobre esa base, la prevalencia está en aumento cada vez más y asociada a patrones inadecuados de conducta en los estilos de vida alimentarios de los sujetos, hábitos tóxicos e inactividad física, entre otros aspectos. ⁽¹⁸⁾

Desde el punto de vista epidemiológico, la Hipertensión arterial constituye un problema de salud pública en casi todo el mundo porque alrededor de 1.000 millones de personas la padecen; lo que se traduce en un 30% de la población mundial y se espera que esta cifra continúe en aumento en más de 1.560 millones de personas para el 2025, no sólo porque es una causa directa de discapacidad y muerte, sino porque esta enfermedad es el factor de riesgo más importante para sufrir cardiopatía coronaria, la enfermedad cerebrovascular, la insuficiencia cardíaca congestiva, la nefropatía terminal y la enfermedad vascular periférica. En esa arista, la Hipertensión arterial es considerada un trastorno grave la cual constituye una de las principales causas de muerte prematura en el mundo. ⁽¹⁸⁾

La hipertensión arterial (HTA) es una condición muy frecuente y el principal factor relacionado con la mortalidad en todo el mundo. Las cifras de presión aumentan gradualmente con la edad, por lo que la prevalencia de HTA depende notablemente del segmento etario considerado. La distribución de la prevalencia depende fundamentalmente de factores socioeconómicos y culturales, aunque con tendencia a igualarse en todas las zonas geográficas del planeta. ⁽¹⁹⁾

Según datos de 11 estudios realizados en Europa, Rusia, Australia y Estados Unidos, la incidencia mundial de la HTA fue estimada de 3000 a 5000 por 100000 habitantes por año, entre los 45 y 84 años de edad. Cada 10 años, aumenta significativamente su incidencia por encima de los 35 años y se triplica hasta 3 000 por 100000 habitantes, en los individuos mayores de 85 años. La incidencia de casos/año en los EUA es de 531 a 730 000, 127 000 en Alemania, 112 000 en Italia, 101 000, en el Reino Unido, 89 000, en España, 78 000, en Francia, 60 000 en Polonia y 55 000 casos en Japón. En Brasil se ha observado un ascenso de la tasa bruta de mortalidad por HTA en las últimas tres décadas; se detectó una tendencia al desplazamiento hacia edades más tempranas. ⁽⁷⁾

Según datos obtenidos en el último Censo de Egresos Hospitalarios por el INEC (2011) indican que en el Ecuador durante el año 2010 existieron 2504 casos y en el año 2011, 2026 casos de crisis hipertensiva en los hospitales de la ciudad de Guayaquil. ⁽⁹⁾

La Organización Mundial de la Salud, a su vez, indica que en 2015 se produjeron más de 6 millones de casos con hipertensión arterial en todo el mundo, de los cuales 3 250 217 corresponden al sexo femenino; y 2 990 394, al sexo masculino. El Pacífico occidental es la región con mayor número de casos con HTA, seguido de Asia sudoriental y Europa. Las regiones con menores cifras fueron África, las Américas y el Mediterráneo oriental. ^(20 - 25)

En Cuba, la HTA constituye una de las patologías crónicas no transmisibles más frecuentes. El Anuario Estadístico de Salud, en su edición 2017, destaca un incremento de los casos de HTA en 2016. Además, se señala que en 2016 la tasa de años de vida potencial perdidos se elevó para la HTA. ^(26 - 28)

Sin lugar a dudas, el diagnóstico precoz y la instauración de las alternativas terapéuticas adecuadas, no solo contribuyen a mejorar la sintomatología, sino que mejoran la capacidad funcional y reducen el riesgo de incapacidad a largo plazo. ^(28, 29)

En la provincia de Sancti Spíritus en el año 2019 se comporta de manera similar, siendo la tercera enfermedad más frecuente con 373 casos. Las crisis hipertensivas constituyen, en Sancti Spíritus, un problema serio de salud, pues existe una alta incidencia de pacientes afectados por esta patología. ^{(23, 27, 28, 29).}

El impacto multidimensional de la enfermedad necesita de una intervención que no solo esté dirigida a evitar el proceso lesivo tisular, sino que contemple una perspectiva integral y dinámica del paciente y su contexto y que propenda por el mejoramiento de su calidad de vida y la de sus familiares, como lo ofrecen otros sistemas médicos complejos, entre ellos la medicina tradicional china (MTC). ⁽³⁰⁾

Pero en la milenaria medicina china, no existió ni existe la hipertensión arterial. Este síndrome es una categoría específica de la Medicina Occidental Moderna. ^(31, 32)

¿Por qué no podía existir? Por dos razones harto evidentes:

1. Porque no contaban con esfigmomanómetro.
2. Porque en MTCh, cuando se clasifica un paciente, que es decir diagnosticar, se atiende a los cambios del organismo como totalidad y no a los de un aparato, sistema, región o estructura. ^(31,32)

El debate científico en torno a esta situación, advierte la necesidad de buscar un método terapéutico capaz de disminuir las cifras de TA y regresar a la recuperación del paciente e incorporarlo a su vida útil con la menor cantidad de secuelas posibles, lo que permite reducir las molestias de la enfermedad sin necesidad de la ingestión de medicamentos. Y la medicina complementaria está siendo cada vez más utilizada con este fin y ciertos procedimientos tienen buenos resultados. En estos casos la Cráneopuntura se identifica como una alternativa que ofrece múltiples beneficios y un mínimo de efectos adversos. ^(33, 34)

La Cráneopuntura es uno de los denominados microsistemas de la acupuntura. Los puntos de tratamiento se hallan situados en el cráneo y en la frente y, para estimularlos, se utilizan agujas flexibles. Dependiendo de la zona a tratar, la zona craneal que se estimula variará. La Cráneopuntura no describe puntos de acupuntura con exactitud anatómica, sino microsistemas, pequeñas zonas que representan distintas partes del cuerpo. Tiene muchas ventajas, y entre ellas podemos mencionar su manera sencilla de aplicar, su efectividad, así como su efecto rápido. ⁽³⁴⁾

III MÉTODOS

Se realizó un estudio cuasi-experimental en el Hospital General Universitario “Camilo Cienfuegos” de Sancti Spíritus, en el período comprendido desde septiembre del 2021 hasta septiembre del 2023.

La investigación contó de dos grupos, a recibir tratamientos independientes, un grupo que se mantuvo con el tratamiento convencional de hipertensión arterial del servicio de Medicina que fue el grupo control y un segundo grupo de intervención al cual se le aplicó además del tratamiento convencional protocolizado la Cráneopuntura. Siendo dichas muestras lo más homogéneas posibles en cuanto a edad, complicaciones, tratamiento medicamentoso, modalidad de la HTA y patologías asociadas, así como tratamiento por el servicio de Medicina, a todos los pacientes se le administró el Captopril. Teniendo en cuenta estos parámetros un paciente para el grupo control y uno para el grupo de intervención o estudio.

IV RESULTADOS

Los resultados que se describen a continuación están relacionados con la sesión de tratamiento, para la disminución de las cifras de TA en pacientes

Edad (años)	Sexo											
	Estudio (cráneo+ fármacos)						Control (fármacos)					
	Masculinos		Femeninos		Total		Masculinos		Femeninos		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
30-39	1	3.3	0	0	1	3.3	1	3.3	5	16.7	6	20
40-49	0	0	4	13.3	4	13.3	1	3.3	1	3.3	2	6.7
50-59	3	10	6	20	9	30	5	16.7	3	10	8	26.7
≥ 60	11	36.7	5	16.7	16	53.3	8	26.7	6	20	14	46.7
Total	15	50	15	50	30	100	15	50	15	50	30	100

con crisis hipertensiva, con cráneo+punción+fármacos en el grupo estudio y solo el uso de fármacos en el grupo control, durante este período de tiempo.

Tabla 1: Pacientes con crisis hipertensiva, variables epidemiológicas según la edad y sexo.

Fuente: Encuesta del autor.

La distribución de los casos en cuanto a edad y sexo se muestran en la tabla 1. La edad predominante en el total de los casos fue la franja etérea de 60 y más años, la cual predominó tanto en el grupo estudio (16 casos, 53.3%) como en el grupo control (14 casos, 46.7%).

Respecto al sexo se muestra que ambos sexos tienen la misma cantidad de paciente, en el grupo estudio como en el grupo control, 30 casos en cada grupo para un 50%.

Tabla 2: Distribución de la muestra de estudio según ocupación.

Ocupación	Estudio(cráneo+fármacos)		Control(fármacos)	
	No	%	No	%
Estudiantes	0	0	0	0
Obreros	13	43.3	19	63.3
Ama de Casa	3	10	1	3.3
Jubilado	14	46.7	10	33.3
Total	30	100	30	100

Fuente: Encuesta del autor.

En la tabla 2 se muestra la distribución de los casos en cuanto a ocupación. En el grupo estudio predominaron los pacientes jubilados con 14 casos para un 46.7%, mientras que en el grupo control predominaron los obreros con 19 casos para un 63.3%.

Tabla 3: Distribución de la muestra de estudio según factores de riesgo.

Factores De Riesgo	Estudio (Cráneo+fármacos)		Control(fármacos)	
	No	%	No	%
DM	15	25	11	18.3
Alcoholismo	0	0	2	3.3
Tabaquismo	11	18.3	7	11.7
Trastornos Cardiovasculares	1	1.7	1	1.7
Obesidad	2	3.3	1	1.7
Total	59	100	52	100

Fuente: Encuesta del autor.

En la tabla 3 se muestran los resultados en cuanto a factores de riesgo predominantes de cada paciente, vemos que ambos grupos presentan como factor de riesgo a la Diabetes Mellitus, con 15 pacientes en el

grupo estudio para un 25% y 11 pacientes en el grupo control para un 18.3%, seguidos de los pacientes con tabaquismo con 11 pacientes en el grupo estudio para un 18.3% y 7 en el grupo control para un 11.7%.

Tabla 4: Distribución de la muestra de estudio según cuadro clínico según MOM.

Cuadro clínico según MOM	Estudio (cráneo+ fármacos)		Control (fármacos)	
	No	%	No	%
Náuseas	9	15	4	6.7
Fotofobia	7	11.7	5	8.3
Palpitaciones	5	8.3	1	1.7
Insomnio	0	0	3	5
Disnea	1	1.7	1	1.7
Vértigos	2	3.3	2	3.3
Taquicardia	4	6.7	4	6.7
Pulso Alternante	0	0	1	1.7
Edema	1	1.7	2	3.3
Cefalea	21	35	24	40
Vómitos	15	25	12	20

Fuente: Encuesta del autor.

En la tabla 4 se muestran los resultados según cuadro clínico por MOM, vemos que en ambos grupos el síntoma predominante fue la cefalea con 21 casos en el grupo estudio para un 35% y 24 casos en el grupo control para un 40%, seguido de los vómitos con 15 y 12 casos en el grupo estudio y control respectivamente.

Tabla 5: Distribución de la muestra de estudio según cuadro clínico según MTCh, pulso y lengua.

<i>Cuadro clínico según MTCh</i>	No.	%
Sequedad de la lengua	11	36.7
Lengua roja	19	31.7
Lengua purpúrea	15	25
Lengua pálida	12	20
Pulso rápido y profundo	19	31.7

Pulso filiforme y débil	12	20
Pulso cordado	22	36.7

Fuente: Encuesta del autor.

La tabla 5 muestra los resultados en cuanto a cuadro clínico según MTCh, pulso y lengua, el pulso predominante fue el pulso cordado con 22 casos (36.7%), seguido del pulso rápido y profundo con 19 casos (31.7%),

así mismo vemos que la lengua roja fue la más frecuente con 19 pacientes (31.7%).

Sexo

Tabla 6: Distribución de la muestra de estudio según etiopatogenia según MTCh.

Etiopatogenia	No	%
Intemperancias alimentarias	26	43.3
Intemperancias sexuales	18	30
Intemperancias laborales	7	23.3
Alteraciones emocionales	60	100
Calor q daña a Pc	8	26.7

Fuente: Encuesta del autor.

La tabla 6 muestra los resultados en cuanto a la etiopatogenia según MTCh, siendo las alteraciones emocionales (ira, cólera, depresión, tristeza, entre otras) la etiopatogenia predominante con 60 pacientes para un 100%, seguido de las intemperancias alimentarias con 26 casos para un 43.3% y las intemperancias sexuales con 18 casos para un 30%.

Tabla 7: Distribución de la muestra de estudio según respuesta al tratamiento.

Respuesta Al tratamiento	Estudio (cráneo+ fármacos)						Control (fármacos)					
	Masculinos		Femeninos		Total		Masculinos		Femeninos		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Satisfactoria	15	25	14	23.3	29	48.3	14	23.3	13	21.7	27	45
No satisfactoria	0	0	1	1.7	1	1.7	1	1.7	2	3.3	3	5
Total	15	25	15	25	30	50	15	25	15	25	30	50

Fuente:
Encuesta
del
autor.

La tabla 7 muestra los resultados de la investigación en cuanto a respuesta al tratamiento, observándose que en ambos grupos predominó la respuesta satisfactoria, en el grupo estudio 29 pacientes (48.3%) con dicha respuesta y en el grupo control 27 pacientes (45%), 1 paciente del grupo estudio (1.7%) y 3 pacientes (5%) del grupo control quedaron con respuesta no satisfactoria ante el tratamiento.

V CONCLUSIONES

La Cráneoacupuntura es un tratamiento válido para cualquier enfermedad, incluida la crisis hipertensiva. La respuesta terapéutica con el uso de la cráneoacupuntura como tratamiento en pacientes con dicha patología, describe que el 93.3% de los pacientes presentaron respuesta satisfactoria con remisión de los síntomas clínicos de la enfermedad, evidenciando una restauración en el equilibrio energético y de esta forma la mejora en el estado de salud.

VI REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sobrino Martínez J, Doménech Fera-Carot M, Morales Salinas A, Coca Payeras A. Crisis hipertensivas: urgencia y emergencia hipertensiva. Medwave. 2016; 16. <http://viejo.medwave.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/Suplementos/6612.act?ver=sindisenio>
2. Kaya A, Tatlisu MA, Kaplan Kaya T, Yildirimturk O, Gungor B, Karatas B, et al. Sublingual vs. Oral Captopril in Hypertensive Crisis. J Emerg Med. 2016; 50(1):108-15.
3. Adebayo O, Rogers RL. Hypertensive Emergencies in the Emergency Department. Emerg Med Clin North Am. 2015. 33(3): 539-51.
4. Duley L, Meher S, Jones L. Drugs for treatment of very high blood pressure during pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. 2013; 31(7).
5. Vadhera RB, Simon M. Hypertensive emergencies in pregnancy. Clin Obstet Gynecol. 2014; 57(4): 797-805.
6. Sobrino J, Albaladejo C, Vázquez S. Guia pràctica: tractament de les crisis hipertensives. Barcelona: Societat Catalana d'Hipertensió Arterial; 2014. <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=104988>

7. Rossi G, Rossitto G, Maifredini Ch, Barchitta A, Bettella A, Latella R, Ruzza L. Manejo de emergencias hipertensivas. *Blood Press*. 2021; 30(4): 208-219. <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=102274>
8. Mahmood S, Jalal Z, Hadi MA, Orooj H, Shah KU. Non-Adherence to Prescribed Antihypertensives in Primary, Secondary and Tertiary Healthcare Settings in Islamabad, Pakistan: A Cross-Sectional Study. *Patient Prefer Adherence* [Internet]. 2020; 14:3–85. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32021119/>
9. Chowdhury M ZI, Rahman M, Akter T, Akhter T, Ahmed A, Shovon M A. Hypertension prevalence and its trend in Bangladesh: evidence from a systematic review and meta-analysis. *Clin Hypertens* [Internet]. 2020; 26(1): 10. <https://doi.org/10.1186/s40885-020-00143-1>
10. Nakalema I, Kaddumukasa M, Nakibuuka J, Okello E, Sajatovic M, Katabira E. Prevalence, patterns and factors associated with hypertensive crises in Mulago hospital emergency department; a cross-sectional study. *Afr Health Sci* [Internet]. 2019; 19(1): 1757–67. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6531930/>
11. Fici F, Seravalle G, Koylan N, Nalbantgil I, Cagla N, Korkut Y. Follow-up of Antihypertensive Therapy Improves Blood Pressure Control: Results of HYT. *Cardiovasc J*. 2020.
12. Fici F, Seravalle G, Koylan N. HYperTension survey Follow -up. *High Blood Press. Cardiovasc J*. [Internet]. 2017; 24(3): 289-96. <https://link.springer.com/article/10.1007/s40292-017-0208-1#citeas>
13. Kotruchin P, Pratoomrat W, Mitsungrern T, Khamsai S, Imoun S. Clinical treatment outcomes of hypertensive emergency patients: Results from the hypertension registry program in Northeastern Thailand. *J Clin Hypertens* [Internet]. Greenwich. 2021; 23(3): 621–7. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8029559/>
14. Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, Muntner P, Whelton PK, He J. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. [Internet]. *Lancet*. 2005; 365(9455): 217-23. en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15652604/>
15. Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, Casey D EJ, Collins KJ, Dennison Himmelfarb C. Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Pr. *J Am Coll Cardiol* [Internet]. 2018; 71(19): e127-248. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29146535/>
16. De la Cruz Caisaguano AB. Atención de enfermería en pacientes adultos con crisis hipertensivas atendidas en el servicio de emergencia del hospital general Ambato–Iess. Facultad de Enfermería UNITRU. 2023. <https://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/16271/1/UA-ENF-PDI-006-2023.pdf>
17. Pifferrer Zaldivar EP, Ruez Vega LY, Coello MM. Factores de riesgo predictores de hipertensión arterial en pacientes de Gibara. APSGibara. 2023. <file:///C:/Users/Dania/Downloads/130-408-1-PB-1.pdf>
18. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. Hipertensión. Estadísticas Mundiales. Factográfico salud [Internet]. 2017; 3(4): 10. <http://files.sld.cu/bmn/files/2017/04/factografico-de-salud-abril-20171.pdf>

19. Ministerio de Salud Pública. HTA. Estadísticas Mundiales. Anuario Estadístico de Salud 2016. 2017; 3(12). http://files.sld.cu/dne/files/2017/05/Anuario_Estad%C3%ADstico_de_Salud_e_2016_edici%C3%B3n_2017.pdf
20. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2019. La Habana: MINSAP; 2020. <http://bvscuba.sld.cu/anuario-estadístico-de-cuba>.
21. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. HTA. Estadísticas Mundiales. Factográfico salud [Internet]. 2017; 3(12): 13. <http://files.sld.cu/bmn/files/2017/12/factografico-de-salud-diciembre-2017.pdf>
22. Suárez Escudero JC, Restrepo Cano SC, Ramírez EP, Bedoya CL, Jiménez I. Descripción clínica, social, laboral y de la percepción funcional individual en pacientes con crisis hipertensiva. Acta Neurol Colomb. 2011; 27(2): 97-105.
23. Sánchez Pando Y, Sánchez Nuñez R, Lugo Bencomo Y. Mortalidad por crisis hipertensiva en el Hospital General Docente Abel Santamaría Cuadrado de Pinar del Río. Rev. Ciencias Médicas [Internet]. 2020; 24(1): e4188. <http://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/4188>
24. García-Alfonso C, Martínez Reyes A, García V, Ricaurte-Fajardo A, Torres I, Coral J. Actualización en diagnóstico y tratamiento de la HTA. Univ. Med. 2019; 60(3). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.umed>
25. Ministerio de Salud y Protección Social. Guía de práctica clínica de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación del episodio agudo de la HTA en población mayor de 18 años. 2015.
26. Fernández Travieso JC. HTA: incidencia y tratamiento actual. Revista CENIC. Ciencias Biológicas. 2014; 45(3): 152-177.
27. Linares Cánovas LP, Macías Romero LA, Vitón Castillo AA, Martínez Azcuy G. Atención de la crisis hipertensiva en la atención primaria de salud. Pinar del Río, 2016-2018. SPIMED [Internet]. 2020; 1(1). <https://revspimed.sld.cu/index.php/spimed/article/view/12>
28. Plaín Pazos C, Pérez de Alejo Plain A, Rivero Viera Y. La Medicina Natural y Tradicional como tratamiento alternativo de múltiples enfermedades. Rev. cubana Med. Gen. Integral [internet]. 2019; 35(2): 12. <http://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/754>
29. Jaramillo Giraldo JF. Fundamentos de la Medicina Tradicional China. La Habana: MINSAP; 1988. p. 181-275. https://books.google.com.cu/books/about/Fundamentos_de_medicina_tradicional_chin.html?id=iHxhCgAAQBAJ&printsec=frontcover&source=kp_read_bu_tton&hl=es-419&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false
30. Maciocia G. Los fundamentos de la Medicina China. Un texto de consulta para acupuntores y fitoterapeutas. Madrid: Aneid Press; 2001. p. 326-330 65
31. Salazar Pineda MA. Síndrome metabólico: una revisión bibliográfica en Medicina Occidental y Medicina Tradicional China. México, Instituto Politécnico Nacional de México; 2010. <https://tesis.ipn.mx/ispui/bitstream/123456789/8697/1/241.pdf>

32. Maciocia G. The foundations of Chinese Medicine. A Comprehensive text for Acupuncturist and Herbalists. Edinburgh: Edit Churchill Livingstone. 1998. <https://www.worldcat.org/es/title/18191529>
33. Díaz Mastellaris M. La etiología y la patogenia. 2012. https://d1wqbds1ne7.cloudfront.net/35844005/czlq-mxdgvACFUw____&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZAhttps://docplayer.es/11944225-La-etioologia-y-la-patogenia-en-la-medicina-tradicional-china.html#show_full_text
34. Gil Gillig Y. Microsistema de cráneo en la rehabilitación de la enfermedad cerebrovascular. Correo Científico Médico. 2012; 16(1).