

Evento realizado del 11 al 13 de Octubre. Hotel Embassy Suites Caracas.

Primera Edición. Caracas Octubre 2009

Derechos reservados, prohibida su reproducción parcial o total.

© Biotecnológica Medicamentos Naturales C.A.

Ediciones Biotecnológica Caracas Venezuela 2009

Experiencia de 15 años en el uso de Prohemo en combinación con caldo de carne bovina, en anemias de diferentes tipos

La Roche A. SITA XIV. Tomo 1(3) Octubre 2009.

"adolfo la roche" <adolfo3413@yahoo.com>, Cua Estado Miranda Venezuela

El presente trabajo se basa en un experimento clínico, donde no existe un control y la comparación de los resultados se realiza con los mismos sujetos antes y después del tratamiento (series de antes-después). En esta situación, el resultado puede deberse a la acción de factores diferentes al tratamiento y que se hubieran podido descartar al incluir un grupo control, bajo la influencia de los mismos factores. Este tipo de estudio se podría clasificar en el nivel IV de la Medicina Basada en Evidencia, según US Preventive Task Force, modificado por Bertram y Goodmann. Véase: (http://www.wikilearning.com/articulo/medicinabasadaenlaevidencia-otras_evidencias/8382-2).

INTRODUCCION

El hierro es uno de los elementos más abundantes en la naturaleza y su empleo ha sido de extraordinaria importancia en el desarrollo tecnológico e industrial. En el ámbito alimentario, suele estar relacionado con carencias que pueden llegar a afectar al desarrollo intelectual, sobre todo entre la población infantil, y que son responsables de gran cantidad de anemias, relacionadas con sensaciones de agotamiento o incapacidad para realizar esfuerzos físicos. (1-2)

Desde el punto de vista clínico y del laboratorio, la deficiencia de hierro es usualmente reconocida por la anemia que acompaña sus últimos estadios; es por eso que los riesgos de la deficiencia de hierro son generalmente vistos en términos de la disminución de la hemoglobina circulante.

Las implicaciones no hematológicas de la deficiencia de hierro son muy variadas incluyendo efectos sobre la función y estructura gastrointestinal, inmunidad e infección, función neurológica física, etc. (3-8). En relación a la función neurológica, un bajo rendimiento escolar, así como fatiga crónica y otros síntomas inespecíficos han sido atribuidos a la deficiencia de hierro y hay estudios en los que se conecta la deficiencia de hierro, con o sin anemia, a alteraciones en la atención que producen dificultades en el aprendizaje y en la capacidad de los niños para resolver problemas (9-10). Los datos más recientes sobre prevalencia de anemia y deficiencia de hierro obtenidos en un estudio IVIC-FUNDACREDESA (2004) en la región Centro-occidental del país muestran una prevalencia de 71.4% de anemia y 57.4% de deficiencia de hierro en menores de 2 años. Para niños y adolescentes de esta misma zona, la prevalencia de anemia y deficiencia de hierro resultó en 33% y 27%, respectivamente

(datos propios, no publicados).

La deficiencia de ácido fólico tradicionalmente se ha asociado a la anemia macrocítica. Sin embargo, en la actualidad se sabe que deficiencias marginales o alteraciones de su metabolismo se asocian a otras patologías frecuentes como malformaciones congénitas, cáncer y enfermedades cardiovasculares (11-14). Los folatos tienen principalmente dos efectos fisiológicos importantes: son cofactores para enzimas que sintetizan ADN y ARN y son necesarios para la conversión de homocisteína a metionina. (15). La magnitud real de la deficiencia de ácido fólico no es bien conocida y la mayoría de las cifras provienen de países desarrollados, aunque comienzan a conocerse datos provenientes de países menos desarrollados.

Por su parte, la deficiencia de vitamina B12 o cobalamina es poco frecuente y tiene mayor incidencia en los ancianos y en los vegetarianos estrictos (15, 16). Generalmente la deficiencia de esta vitamina se reconoce en clínica por su impacto en los sistemas hematopoyético y nervioso, con importante daño en la replicación del ADN. El déficit de vitamina B12 puede ocasionar daños irreversibles en el sistema nervioso con neuropatía, desmielinización discontinua, difusa y progresiva (17, 18). Es interesante señalar, que en años recientes la ingestión de carne roja en los países desarrollados ha disminuido considerablemente y se ha sustituido por carne blanca que es una fuente pobre de cobalamina (19). Se dispone de poca documentación sobre la deficiencia de ácido fólico y vitamina B12 en el ámbito mundial. Esta deficiencia con mucha frecuencia era enmascarada por la severidad y dominio de la deficiencia de hierro. Sin embargo, los datos disponibles actualmente apuntan a que la deficiencia de folato constituye un problema de salud, el cual afecta fundamentalmente a las embarazadas y a las adolescentes, debido al requerimiento aumentado en respuesta a períodos de rápido crecimiento. Algunas investigaciones recientes ponen de manifiesto la repercusión de esta carencia en el estado de salud de la mujer en edad reproductiva. (17,20,21).

Históricamente, la prevalencia de deficiencia de hierro a nivel mundial era dos o tres veces mayor que la de anemia en todos los grupos de edad y estratos socioeconómicos. Desde hace unos años, en Venezuela y en otros países en vías de desarrollo, la prevalencia de anemia tiende a hacerse similar, y en algunos casos mayor, que la prevalencia de deficiencia de hierro. Esto se ha observado especialmente en algunos grupos de edad, como los adolescentes, y no ha sido reportado hasta ahora en otros grupos de edad, como embarazadas y niños menores de 2 años. Este comportamiento parece indicar que otras causas diferentes a la deficiencia de hierro, estén comenzando a tener un rol importante en el desarrollo de la anemia en ciertos grupos etarios.

Los alimentos que aportan una mayor fuente de hierro son los derivados animales, especialmente el hígado, que contiene de 8 a 10 mg por 100 g. Le siguen algunos moluscos (berberechos, almejas ostras y ostiones) de 3 a 7 mg por 100 g, y las aves y pescados, con contenidos que oscilan entre 0,5 y 6 mg por 100 g. Aunque algunos vegetales tienen también altas cantidades de hierro, la forma en que se encuentra el ión dificulta su absorción, como es el caso de las leguminosas secas (5 mg/100g) y las verduras de color verde fuerte (alrededor de 1 mg/100 g). Otros alimentos como la yema de huevo y los cereales, sobre todo los enriquecidos con el metal, son también importantes fuentes de hierro.

Para solucionar el carácter limitante del hierro en la dieta se ha optado por suplementar la alimentación, aunque las moléculas elegidas no son eficaces por igual. Además, algunas de ellas han mostrado sensibilidad y/o toxicidad intestinal, lo que lleva a limitar su empleo a situaciones muy concretas. Todo ello implica que la falta de hierro se plantee como un problema de salud pública, tanto de aseguramiento del nutriente como de inocuidad de los alimentos enriquecidos.

Según ha publicado recientemente la Organización Mundial de la Salud (OMS), la deficiencia de hierro afecta a 2.150 millones de personas, una cifra que genera gran preocupación a dirigentes políticos y a la comunidad científica. Esta deficiencia es mayor en los grupos de población con crecimiento acelerado (niños y mujeres adolescentes) y en las mujeres en edad fértil, sobre todo en embarazadas y en periodo de lactancia. Entre la población infantil, la falta de hierro es más frecuente entre los 4

meses y los 3 años, periodo durante el cual el hierro total del organismo debe ser más del doble por kilogramo de peso que en otras edades debido al crecimiento acelerado y al aumento de la masa eritrocitaria.

CONSIDERACIONES GENERALES

-La alta incidencia en la consulta tanto de niños principalmente, adultos y embarazadas con anemias cuyo valores de hemoglobina son iguales o inferiores a 10 gr/dl.

-La poca acción o ineficacia del uso de sales Ferrosas, solas o mezcladas con componentes, adicionales: Acido Fólico, Cobre, Cobalto y Vitaminas B12 o C, igualmente por la intolerancia, y trastornos secundarios por la ingesta, o manchas hipercrómicas locales en el sitio de las inyecciones parenterales.

- La alta incidencia del Plomo en la naturaleza ocasionado por la contaminación ambiental de la Gasolina con antidetonantes a base de Tetraetilo de plomo, y el efecto toxico, al ocasionar anemia, especialmente a los niños y mujeres embarazadas, debido a la acumulación biológica que este ocasiona. A pesar de que PDVSA recientemente ha incorporado al mercado automotor gasolina sin plomo.

- La demostración clínica que los remedios Homeopáticos, bien indicados, según los principios Hahnemanianos, desbloquean sistemas enzimáticos y eliminan por emuntorios tanto metales pesados, productos petroquímicos así como otras moléculas biológicamente activas, especialmente sistemas enzimáticos que se encuentran quelados dentro de las células, en sus organelas especialmente las mitocondrias, por su función en la respiración celular y la producción de energía.

- Los ensayos clínicos de las sinergias y potencias bajas, en el uso de un mineral y una planta, cuyo tropismo como efecto ponderal, así como las patrogenesias realizados por cada uno separadamente, presentan una acción sobre las anemias o antiguamente llamadas clorosis, a bajas potencias Homeopáticas, especialmente D4, en cuya concentración se encuentra elementos ponderales de dichas sustancias, y de los efectos clínicos, demostrados bioquímicamente en la asistencia inmunológica cuando son suministrado a seres humanos.

-La aplicación sinérgica de remedios homeopáticos por las dos consideraciones anteriores, y el uso del hierro orgánico o hemico, extraído de una preparación en baño maría, de la carne bovina, observado por el uso empírico en medicina etnobotánica por la medicina Popular tanto rural como urbano, con algunas modificaciones realizadas por el autor de la experiencia clínico durante más de 15 años.

-A pesar de las consideraciones anteriores, siempre hemos creído que la acción de esta sinergia medicamentosa, también está relacionada con dos modelos teóricos de acción, en primer lugar la acción desquelatriz del Mineral Manganeseo, al desbloquear el Hierro quelatado en los depósitos de la medula y del SRE a una forma activa que es vertida a la sangre para que se una al grupo Hemo (**22, y Anexo 1**), y en segundo lugar la acción biológica de los 103 elementos de la naturaleza los cuales, aunque están muy caracterizados y diferenciados en la tabla periódica, la interacción y roles hace pensar en que algunos se comportan como uno solo, sin importar su origen, esta teoría es la llamada de Trasmutación Biológica, la cual se encuentra muy documentada por los ensayos clínicos y la cual propone el hecho de la recombinación de núcleos atómicos, para obtener otro elemento a baja energía, sin que esto implique la desaparición o aparición de la materia, solo un reordenamiento, al sumar protones y neutrones y la unión de dos núcleos atómicos (fusión nuclear, con baja energía, este efecto, relacionado específicamente al Manganeseo que tiene una estrecha relación en la tabla periódica con el Hierro, diferenciándolo una unidad en el numero atómico, incorporando tan solo en la reacción un medio acido que aporte el Hidrogeno necesario.(**23,24,25, 26**)

EPIDEMIOLOGIA

La deficiencia de hierro afecta sobre todo los países en desarrollo. La deficiencia de hierro está muy ligada al desarrollo socioeconómico de las poblaciones, y se da sobre todo en países donde los aportes de hierro son bajos o de mala calidad, como sucede en los países en desarrollo. En Bolivia, por ejemplo, la prevalencia de anemia en mujeres en edad fértil oscila entre el 26,5% y el 51,7%. En Argentina se han descrito prevalencias de anemia de 24, 49 y 55% en niños de 8 a 24 meses; de 11, 27, 34 y 40% en mujeres en edad fértil y en mujeres embarazadas el 17 y 23%. En México el problema afecta a un 27,2% de menores de 5 años y de 26,4 y 20% para mujeres en edades fértiles y embarazadas, respectivamente.

El problema es de menor magnitud en los países industrializados, y las prevalencias en grupos de riesgo van del 2% al 11%. En EEUU se ha descrito que la incidencia en niños de 1 a 2 años es de 3%, en adolescentes del 2% y en mujeres en edad fértil no embarazadas del 5%. En Europa, en una revisión de estudios sobre estado del hierro de las mujeres en edad fértil en algunos países, se encontraron cifras variables: Francia 1,3 y 2,9%; Suecia 6,6 y 7,4%; Finlandia 6,4%; Dinamarca 2,3%; Noruega 4,1%; Irlanda del Norte 13,5% y el Reino Unido 9%.

Los requerimientos férricos de las mujeres adolescentes son también importantes, ya que el aumento medio de peso es considerable (9 kg durante el año de máximo crecimiento); además, el inicio de la menstruación impone nuevas necesidades de hierro. En la edad adulta de las mujeres, la menorragia y el embarazo son los principales factores que predisponen a la deficiencia de hierro. Por el contrario, es raro encontrar deficiencia de hierro en mujeres postmenopáusicas y en hombres de edad adulta. Actualmente, los expertos en nutrición advierten del fenómeno de la desnutrición en adolescentes, provocada principalmente por desórdenes alimentarios (anorexia y bulimia), donde la deficiencia de hierro es importante. En los ancianos, la carencia se asocia más a enfermedades crónicas inflamatorias, donaciones de sangre frecuentes, pérdidas intestinales de sangre por ingestión crónica de aspirina, ya que ésta altera la agregación plaquetaria, o bien por úlceras sangrantes o cáncer colorectal.

También hemos considerado en este trabajo, la relación de la anemia, con otros factores pocos estudiados, investigados y reportados en trabajos, en nuestro país, entre los cuales tenemos: la alta contaminación del medio ambiente con el Plomo, especialmente el liberado por los vehículos a motor, hasta hace pocos años, ya que a pesar del uso actual de gasolina sin plomo, el tetraetilo de Plomo usado como antidetonante por más de 40 años, se ha concentrado en los humanos, y especialmente en los niños de las generaciones desde los años 30 hasta inicio del siglo XXI, ocasionando como se sabe incidencia Mórbita de anemias crónicas que se mantienen por años en pacientes especialmente del sexo femenino, por su contenido mayor de grasa corporal y bloqueo en la medula ósea. (Anexo 4)) Esta observación también es válida por el uso del Plomo en Pinturas de colores primarios hasta los años 70. Actualmente muchos cosméticos, utilizan derivados del plomo en su composición pero muchas legislaciones de nuestros países no realizan los controles rigurosos en el etiquetados de estos productos y faltan los controles y supervisiones adecuadas de los mismos.

Por otra parte la población venezolana, como la mayoría, de los países Latinoamericanos, consumen una gran cantidad de bebidas gaseosas diariamente, como se sabe el alto contenido de Acido Fosporico, produce anemia, por la dificultad en la absorción del hierro a nivel del intestino (<http://www.amcmh.org/PagAMC/downloads/cocacola.htm>) (Anexo 2 Boletín 30 amcmh)

BIODISPONIBILIDAD DEL HIERRO

La absorción de los nutrientes se da a través de procesos complejos y diferentes para cada uno de ellos. Uno de los principales factores es la biodisponibilidad del nutriente, es decir, la fracción ingerida que se utiliza para reservas o funciones normales del organismo. A su vez, depende tanto de factores intrínsecos al individuo como de externos. Dentro de los primeros influyen el sexo, la edad, la etapa de desarrollo, características y anomalías genéticas, la flora intestinal, el estado fisiológico y nutricional, el estado de salud en general; flora intestinal, el tiempo de tránsito y pH gastrointestinal y la capacidad individual para adaptarse a variaciones en el aporte de nutrientes.

Los factores extrínsecos, quizá más complejos que los anteriores, están relacionados con la cantidad total del nutriente en la dieta, sus propiedades físico-químicas, pH, quelación, solubilidad, cociente concentración/dosis, peso molecular de los complejos, componentes alimenticios no solubles, estado de oxidación, formación de micelas, estructura de los ligandos y receptores, interacciones con otros nutrientes o elementos de la dieta y estado físico del alimento, entre otros.

La forma química del hierro es el principal factor que influye sobre la biodisponibilidad. En la naturaleza se presenta de dos formas: hierro no hémico y hierro hémico, siendo esta última la forma con mejor biodisponibilidad. La absorción del hierro no hémico (presente sobre todo en alimentos de origen vegetal), está determinada principalmente por su solubilidad luminal, la cual disminuye a medida que el pH del contenido gástrico es neutralizado. Durante la digestión, los complejos férricos sufren una reducción a la forma ferrosa, que se une a complejos de pequeño peso molecular solubles. El ácido clorhídrico y los orgánicos de los alimentos como lácticos, ascórbico y cítrico; algunos azúcares como fructosa y sorbitol; aminoácidos como cisteína, lisina e histidina, ayudan a estabilizar al hierro en su forma ferrosa soluble, más absorbible.

Por el contrario, los carbonatos, oxalatos, fitatos, fosfatos, taninos, polifenoles, algunas proteínas como albúmina y proteasas, la yema de huevo y algunos nutrientes orgánicos (Ca, Mn, Cu, Cd y Co y la fibra) dificultan su absorción. El hierro hémico (derivado sobre todo de hemoglobina y mioglobina de tejidos animales), es una importante fuente dietética de hierro porque se absorbe más eficazmente que el hierro no hémico y porque potencia la absorción de este último. La absorción viene facilitada por la presencia de sustancias inhibitoras o potenciadoras, excepto el calcio que, en condiciones muy especiales, puede ser un inhibidor de hasta la tercera parte del hierro hémico ingerido.

SUPLEMENTACIÓN DE HIERRO

La única solución que se ha planteado al problema de la deficiencia de hierro es la suplementación, para lo que se han descrito sustitutos (sales de Hierro y Hierro Orgánico) como el sulfato ferroso, lactato ferroso y hierro orgánico o hierro hémico. La molécula más utilizada es el sulfato ferroso después de que se haya demostrado que la forma de absorber el hierro es precisamente creando sales ferrosas. Sin embargo, suelen producirse intolerancias intestinales, provocadas por una precipitación de las sales en la superficie del intestino, lo que lleva a dolores abdominales y al abandono de los tratamientos. Además, si se añade esta sal a los alimentos se aprecia un producto insoluble, con un color oscuro y un sabor característico. Se ha intentado mezclar estas sales con otros compuestos para evitar la intolerancia y que sea más asimilable entre estas tenemos: Ac. Ascórbico, Cobalto, Cobre, Acido Fólico, Vitamina B12 o cobalamina, etc., pero a pesar de estas asociaciones, la absorción no pasa del 5%, siendo el resto eliminada por las heces.

El uso de lactato ferroso suele tener efectos positivos ya que la absorción es mayor y se evidencia una menor intolerancia intestinal. No obstante, el lactato ferroso suele ser más soluble. El hierro no absorbido pasa junto con las heces y acelera la oxidación de las heces. Esta oxidación está en el origen de algunos tumores intestinales, lo que las hace no recomendables para la suplementación en alimentos, puesto que una oxidación continua de los restos fecales podría llevar a un incremento de los casos de cáncer. Finalmente, el hierro orgánico podría ser la forma más estable y segura. En este caso, la absorción es específica, por lo que si existe la carencia, se podrá prevenir de forma más sencilla.

El hierro orgánico no es una sal química, sino que es la molécula más parecida al hierro funcional. El ingrediente, en realidad, es una hemoglobina tratada, de forma que se elimina una parte importante de la globina, para quedarnos con el hierro hemo o sanguíneo. El producto final es relativamente soluble, pero se le pueden dar sabores o colores compatibles con otros muchos alimentos, como puede ser el chocolate, la crema de ciruela o la fresa. En consecuencia, se trataría de incorporar esta forma a los alimentos como un ingrediente más, sin que se produzcan efectos adversos. Es importante destacar que el hierro orgánico está secuestrado en el interior del grupo hemo, por lo que la oxidación

intraintestinal sería mínima y no se detectarían problemas de intoxicación por alteración de los restos de alimentos no absorbidos.

Para realizar un estudio más general de los aspectos bioquímicos y nutricionales del hierro, y comprender los aspectos metabólicos más relevantes de este mineral esencial, y con el fin de estimular a los diferentes profesionales en el campo de la Medicina Biología y de la Homeopatía, los invitamos a contactarme para facilitarles literatura al respecto.

MARCO Y MODELOS TEORICOS

Para explicar la acción del uso del Prohemo (25), cuyo contenido básico es el Manganeso, extraído de la planta *Taraxacum* o Diente de León (Véase anexo N° 3). (Efectos Etnobotánica y de Patogenesia Homeopática) y preparada con una técnica homeopática a la dinamización D4. El manganeso es un enérgico catión oxidante biológico; está ligado a la actividad de las mitocondrias. Igualmente está implicado en las primeras tres Diátesis de Menetrier o Medicina Funcional (26), utilizado en los caso de Anemia, solo o combinado con Cobre, y Cobalto; y a su vez en una dependencia Mineral-Enzima, El manganeso se encuentra en una gran variedad de enzimas tales como la piruvato carboxilasa y la oxaloacetato descarboxilasa, donde funciona principalmente como un ácido de Lewis, además se encuentra presente en la superóxido dismutasa que ha sido aislada de una variedad de organismos y en la diamina oxidasa. El manganeso es requerido para la evolución fotosintética del oxígeno. También aparentemente, juega un papel importante en muchos procesos metabólicos como el crecimiento de los huesos, tolerancia a la glucosa, reproducción y desarrollo del oído interno. El manganeso participa en varios procesos biológicos incluyendo: desproporción del peróxido, síntesis de desoxyribonucleótidos, excreción de nitrógeno vía el ciclo de la urea, metabolismo de la energía en thiobacilli, producción fotosintética de dioxígeno a partir de agua, etc. La mayoría de los sistemas enzimáticos contienen un par de iones Mn puenteados por ligante en el sitio activo, y en el caso de la oxidasa de agua, es un sitio tetranuclear de Mn. Es intuitivo que la actividad de Mn en el sitio catalítico de las enzimas debe depender de las propiedades intrínsecas del manganeso en sí y de la manera en que las enzimas controlan la reactividad a través de la coordinación. Es particularmente importante la preferencia de enlace, la cinética de intercambio de ligantes, propiedades redox y de transferencia de electrones así como la acidez de Lewis.

En la regulación de los neurotransmisores por la adenilciclase: el manganeso, mejor que el magnesio, estimula la formación y la actividad de esta enzima en el tejido cerebral (mientras que el plomo, el mercurio, el cobre y el zinc la inhiben). Es ella la que convierte el ATP en AMP cíclico. El ion de manganeso parece facilitar el almacenaje de acetilcolina y su actividad. Las enzimas activadas por el manganeso son importantes en el uso de vitaminas C y B, y de las colinas, biotinas y tiaminas.

En la síntesis de mucopolisacáridos (sulfato de condroitina) y de las proteínas (transferasa de glicosil): la insuficiencia de manganeso, zinc y vitamina B6 juega un papel importante en "los dolores de crecimiento" de los niños, y en la degeneración y dolores dorsales.

En el metabolismo glucídico, lipídico y de las hormonas esteroideas: el manganeso activa la enzima carboxilasa-piruvato, responsable de la transformación en glicógeno de la glucosa por fosforilación; favorece la síntesis de la espermina, útil en la regulación de la glicemia y en la prevención de la senilidad.

Considerando la Terapia de Oligoelementos como una terapia Moduladora de la eficiencia de los sistemas enzimáticos.

Por otra parte consideramos el uso del Hierro en su forma orgánica o hémico, extraído por baño María, de la carne bovina, siendo este soluble en medio alcalino no necesitando ligantes intraluminares en el enterocito, uniéndose más fácil a una proteína de bajo peso molecular similar a la transferrina, el hierro que no se une a esta proteína se deposita como ferritina y es eliminada por vía intestinal con la descamación de las células, por las heces.

PREPARADO DE HIERRO ORGANICO

A nivel rural y en ciudades urbanas, existe la creencia que en personas con anemia, se utiliza preparados a base de vegetales crudos, como es el caso del uso del llamado "tres en uno" el cual esta compuesto por zanahoria, remolacha y jugo de naranja, este con el tiempo se ha modificado, en la region de la zona Centro Costera y le han colocado pimenton crudo. Igualmente se ha preparado por muchos años, según la creencia de muchas zonas de Venezuela el uso tambien de materia organica como es la carne de Res y de Visceras, especialmente el Hígado, por el alto contenido de Hierro de ambos, este ultimo crudo o ligeramente cocido, Este preparado con carne se utiliza generalmente zazonado con algunos vegetales para darle sabor incluyendo la sal de mesa, realizando la mezcla en un envase de vidrio tapado y colocado en baño Maria por dos o tres horas. Estas dos preparaciones muy populares en la poblacion venezolana, siguen el principio utilizado por Paracelso de la SIGNATURA, dando similitud o asociacion en la forma, aspecto o tropismo del organo o sistema a tratar.

En nuestras investigacion a lo largo de varios ensayos se fue alternando algunos componentes sin cambios sustanciales en la forma de la preparacion. Actualmente utilizamos el siguiente procedimiento:

Ingredientes:

1 envase de vidrio con su tapa de 600 ml aproximadamente

1 olla de acero inoxidable o vidrio que contenga el anterior envase

100 gr de carne magra picada en cuadros de 1 cm, o preferentemente molida.

Sazonar con los vegetales siguientes: ajo, cebolla picada en Julianas, ajo porro, celery, apio España, Cilantro.

Nunca utilizar las Verduras o tuberculos como: yuca, apio, papa, ocumo, ñame, etc.

No agregar sal de mesa al preparado.

Indicaciones:

Colocar todos los ingredientes en el recipiente de vidrio. Y Tapar no muy apretado

Hervir agua en la olla de acero o Vidrio

Introducir el recipiente de vidrio en el BañoMaria por tres (3) horas. Se recomienda a las 8am hasta las 11 am.

Por la comodidad de las amas de casa.

Agregar agua caliente a la olla por la evaporacion cada cierto tiempo, Por ejemplo cada hora. . NUNCA AGUA FRIA

Dejar reposar y no intentar abrir inmediatmanete al bajarlo del baño Maria.

Una vez tibio, abril y sazonar con sal al gusto.

Se utiliza una parte y la otra parte se refrigera. Se recomienda preparar este caldo cada dos dias.

Metodo Terapeutico:

1rea semana:

Una taza o vaso de 8 onzas diaria

2da semana:

Una taza o vaso de 8 onzas Interdiario

3ra Semana:

Una taza o vaso de 8 onzas cada dos dias

4ta semana

Una taza o de 8 onzas dos veces por semana.

Niños menores de 8 años la mitad de la dosis

Prohemo:

Adultos: 10 gotas tres veces al dia

Niños: 5 gotas tres veces al dia

Al caldo de carne se le puede agregar una o dos cucharadas de la carne o no, tambien se puede agregar espinaca cruda o ligeramente sudadas, verduras sancochadas: apio, ocumo, auyama, zanahoria, cilantro crudo y licuadas con el caldo de carne.

Eliminar los obstaculos a la curacion y corregir patologias adicionales. En casos severos se puede utilizar sales de Hierro con acido Folico, tanto oral como parenteral.

Realizar estudios de laboratorio antes y después de cada 4 semanas de tratamiento.

Se puede repetir hasta por tres meses según la respuesta de cada paciente

Para explicar la acción del Manganeseo y del Hierro Orgánico, como preparado siguiendo los lineamientos de la Medicina Funcional y de la Homeopatía y de la medicina Etnobotánica, en las anemias, nos basamos en dos modelos o teorías adicionales a estos mecanismos de acción:

1.- Teoría de la Litoterapia Desquelatriz o Desquelacionadora:

Por los años 80 el Dr. Max Tetau y el Laboratorio Dolisos (Francia) comenzó a utilizar esta técnica en ensayos con pacientes realizando patogénesias en París, siendo publicado en el Centro de Documentación de dicho Laboratorio (22,). En esta Terapia se utiliza minerales y rocas diluidas y dinamizadas. Se trata de una terapéutica no tóxica, lo cual no significa que no sean eficaces, actuando en el terreno del enfermo y pretendiendo normalizar los circuitos metabólicos perturbados mediante un bloqueo a nivel enzimático. Numerosos trastornos patológicos tienen su origen en la deficiencia de las enzimas que provocan desviaciones metabólicas. Este déficit es de dos tipos. Ya sea que se trate de la ausencia total de la enzima indispensable en el organismo ejem: fenilcetonuria o la galactosemia congénita, o bien que se trate de la inactivación de la enzima necesaria que evidentemente, se encuentra, pero inactivada por la carencia de intervención del ion metálico indispensable para su acción.

La quelación es un proceso natural, por medio del cual un mineral se une a una molécula orgánica que permite su transporte directo hacia la corriente sanguínea. Como ejemplos de productos quelados naturales se pueden citar: la hemoglobina, con el hierro, la clorofila, con el magnesio, o la vitamina B12, con el cobalto. En todos los casos, el agente quelante impide que el metal reaccione y se combine con otros compuestos en la luz intestinal, evitando los problemas de interferencia, que son causa de la baja biodisponibilidad del mineral.

2.- Teoría de las Trasmutaciones Biológicas:

Esta Teoría fue propuesta por el Dr. Kevran y está muy explícita y documentada en su libro (27), desde el año de 1983, igualmente se han realizado numerosas charlas sobre el tema siendo su difusor el Lic. Vinicio Revelant, en varios seminarios Internacionales de Terapias Alternativas (SITA), talleres y charlas, igualmente plasmado en el folleto de Oligoelementos y sus Aplicaciones Terapéuticas, a el cual remitimos para su estudio (23)

CONCLUSIONES:

El ensayo clínico realizado durante tantos años, se basa en evidencias clínicas y de laboratorio, de un antes y un después, sabemos que no se ha realizado un control, con un universo significativo para demostrar, científicamente que esta sinergia actúa y le brinda una mejoría evidente y además, agradable sin ningunas reacciones secundarias, por nuestra parte continuaremos realizándola y esperamos que en un futuro podremos efectuar estos estudios con un protocolo adecuado, Además exhortamos a los Médicos colegas a utilizar y ensayar esta propuesta para darle a los pacientes otra alternativa de terapéutica en los casos de anemias tanto para niños, adultos y embarazadas, sin reacciones secundarias o contraindicaciones.

REFERENCIAS

1. WHO-UNICEF. Indicators and strategies for iron deficiency and anaemia programs. World Health Organization Technical Report. Sep 1993.
2. International Anemia Consultative Group (INACG). Guidelines for the eradication of iron deficiency anaemia. A report of the International Nutritional Anaemia Consultative Group. Washington, DC: The Nutrition Foundation, 1977.
3. Beutler E, V Fairbanks. The effects of iron deficiency. En: Iron in biochemistry and medicine. Jacobs A, Worwood M (eds). Academic Press. London, 1980, p 393.
4. Dallman P. Manifestations of iron deficiency. Semin Hematol 1982; 19 : 19-30.

5. Gardner G, Edgerton R, Senewiratne B, Barnad J, Ohira Y. Physical work capacity and metabolic stress in subjects with iron deficiency anemia. *Am J Clin Nutr* 1977; 30 : 910-917.
6. Cook J, Lynch S. The liabilities of iron deficiency. *Blood* 1986; 68 : 803-809.
7. Strauss R. Iron deficiency, infections and immune function : a reassessment. *Am J Clin Nutr.* 1978; 31 : 660-666.
8. Weinberg E. Infection and iron metabolism. *Am J Clin Nutr.* 1977; 30 : 1485-1490.
9. Lozoff B. Iron deficiency and infant development. *J Pediatr.* 1994; 125: 577-578.
10. Walter T, De Andraca I, Chadud P, Perales C. Iron deficiency anemia: Adverse effects on infant psicomotor development. *Pediatrics* 1989; 84: 7-17.
11. Won Choi S, Mason J. Folate and carcinogenesis: an integrated scheme. *J. Nutr.* 2000; 130: 129-132.
12. CDC-OPS. Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC), Organización Panamericana de la salud (OPS). La prevención de los defectos del tubo neural con ácido fólico. 2001; p5-16.
13. Czeizel A. Folic acid in the prevention of neural tube defects. *J. Pediatr. Gastroenterol* 1995; 2: 4-16.
14. Medical Research Council. Prevention of neural tube defects: results of the Medial Research Council Vitamin Study. *Lancet* 1991; 338: 131-137.
15. ILSI-OPS. International Life Science Institute (ILSI), Pan American Health Organization (OPS). Ácido fólico y Vitamina B12. In: *Conocimientos actuales sobre nutrición. Seventh Edition.* Ziegler y Filer Eds. Washington DC, USA. 1997; p 235-263.
16. Hebert V. Staging vitamin B12 status in vegetarians. *Am. J. Clin. Nutr* 1994; 59(Suppl): 1213S- 1222S.
17. Allen L. Vitamin B12 metabolism and status during pregnancy, lactation and infancy. *Adv. Exp. Med. Biol.* 1994; 352: 173-186.
18. Rodríguez G. Acido fólico y vitamina B12 en la nutrición humana. *Revista Cubana Aliment Nutr* 1998; 12(2):107-119.
19. Stipanuk M. Folic acid, vitamin B12 and vitamin B6. In: *Biochemical and physiological aspects of human nutrition.* W.B Saunders Company. Philadelphia 2000; p 483-518.
20. Wartanowicz M, Ziemiński S, Bilhak J, Konopla L. Assessment of nutritional folate status and selected vitamin status of women of childbearing age. *Eur. J. Clin. Nutr* 2001; 55: 743-747.
21. Allen L, Rosado J, Casterline J, Martinez H, Lopez P, Muñoz E, Black A. Vitamin B12 deficiency and malabsorption are highly prevalent in rural Mexican communities. *Am J. Clin. Nutr* 1995; 62: 1013-1019.
22. Tetau Max y Bergeret: *Litoterapia Desquelacionadora.* LPh Dolisos. Centro de Documentacion Médica. 1979.
23. Pazos H. Revelant V. *Oligoelementos y sus Aplicaciones Terapeuticas.* Fundacion Sita. Caracas Venezuela Tercera Edicion .2000 Caracas.
24. *Oligoelementos y Afines.* Vademecum. Biotecnoquimica. 2º edición. 1999.
25. *Atencion Médica Primaria con Homeopatía y Oligoelementos.* Biotecnoquímica. 4º edición. Abril. 2006.
26. Moneo Moreno A. *Los oligoelementos en la Medicina Funcional.* Mandala Edición. 1993.
27. Kervran Luis C. *Las transmutaciones Biológicas y la Física Moderna.* Editorial Sirio S.A Málaga España. 1982

Nota: Los anexos citados, por favor solicitarlos al docente.