



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

**Efectividad de la Homeopatía unicista como
coadyuvante en el tratamiento del resfriado
común, sus complicaciones y recurrencias,
en niños de 6 meses a 5 años en el jardín
infantil de la Universidad Nacional de
Colombia 2009-2011.**

Gina Cristina Guayacán Mora

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Medicina, Departamento de Medicina Alternativa
Bogotá, Colombia
2012

**Efectividad de la Homeopatía unicista como
coadyuvante en el tratamiento del resfriado
común, sus complicaciones y recurrencias, en
niños de 6 meses a 5 años en el jardín infantil de
la Universidad Nacional de Colombia 2009-2011.**

Dra. Gina Cristina Guayacán Mora

Trabajo de investigación presentado como requisito parcial para optar al título de:
Magister en Medicina Alternativa área: Homeopatía

Director:

Doctor Pedro Alberto Sierra

Codirectora:

Doctora María Cristina Angulo Acero

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Medicina, Departamento Medicina Alternativa
Bogotá, Colombia

2012

Dedicatoria.

*Muere lentamente quien no viaja, quien no lee,
quien no oye música,
quien no encuentra gracia en sí mismo.
Muere lentamente quien destruye su amor propio,
quien no se deja ayudar.
Muere lentamente
quien se transforma en esclavo del hábito
repitiendo todos los días los mismos trayectos,
quien no cambia de marca,
no se atreve a cambiar el color de su
vestimenta o bien no conversa con quien no conoce.
Muere lentamente
quien evita una pasión y su remolino de emociones,
justamente estas que regresan el brillo
a los ojos y restauran los corazones destrozados.
Muere lentamente
quien no gira el volante cuando está infeliz
con su trabajo, o su amor,
quien no arriesga lo cierto ni lo incierto para ir
detrás de un sueño
quien no se permite, ni siquiera una vez en su vida,
huir de los consejos sensatos...*

Pablo Neruda.

Agradecimientos

A Conchita mi madre por soportar mis ausencias, a mi hermana por su apoyo, a Henry por el tiempo robado y por su infinita ayuda, a mis maestros que mostraron el camino, a los nuevos y viejos amigos que siempre me acompañaron.

Resumen

La infección respiratoria es un grave problema de salud pública en niños menores de 5 años en el mundo. Se diseñó un ensayo clínico controlado, aleatorizado, doble ciego, que comparó tratamiento convencional con tratamiento convencional más homeopático unicista, en niños de 6 meses a 5 años con resfriado común y se realizó seguimiento por 2 meses. Se tomaron en total 49 pacientes, 15 en el grupo placebo y 34 en el grupo de homeopatía. En el primer episodio de resfriado, se encontró que el grupo de homeopatía tuvo una recuperación más rápida ($P < 0,06$ IC:94%), presentó menor duración de la rinorrea ($p=0.033$) y menor intensidad ($p=0.028$); durante el seguimiento fue menor la duración de la obstrucción nasal ($p=0.076$ IC 90%) y su intensidad ($p=0.076$ IC 90%) así como se observó mayores cambios positivos en el carácter y en el desempeño diarios ($p=0.024$). Se concluye que la homeopatía usada adecuadamente, presenta resultados favorables en el tratamiento integral de niños con infección respiratoria aguda.

Palabras clave: Homeopatía, niños, resfriado común, infección respiratoria, tratamiento.

Abstract

Respiratory infection is a serious public health problem in children under 5 in the world. We designed a controlled trial, randomized, double-blind, comparing conventional treatment with conventional treatment plus homeopathic unicist, in children 6 months to 5 years with the common cold and were followed up for 2 months. It took a total of 49 patients, 15 in the placebo group and 34 in the homeopathy group. In the first episode of a cold, it was found that homeopathy group had a faster recovery ($P < 0.06$ CI: 94%) had shorter duration of rhinorrhea ($p = 0.033$) and lower intensity ($p = 0.028$); during follow-up duration was less nasal obstruction ($p = 0.076$ CI 90%) and intensity ($p = 0.076$ CI 90%) and showed more positive changes in the character and performance daily ($p = 0.024$). We conclude that homeopathy used properly, provides favorable results in the comprehensive treatment of children with acute respiratory infection.

Keywords: Homeopathy, children, common cold, respiratory infection, treatment.

Contenido

	Pág.
Resumen	IX
Lista de gráficas	XIII
Lista de ilustraciones	XV
Lista de tablas	XVI
Introducción	1
1. Problema	1
2. Objetivos	1
2.1 Objetivo General	1
2.2 Objetivos Específicos	1
3. Marco Teórico	3
3.1 La infección respiratoria aguda en Colombia y en el mundo.	3
3.1.1 Definición	4
3.1.2 Etiología	5
3.1.3 Comportamiento de la infección respiratoria alta en Bogotá	5
3.1.4 Rinofaringitis o resfriado común	7
Epidemiología	7
Etiología	8
Fisiopatología	8
Diagnóstico	9
Tratamiento	9
Prevención	11
Tratamiento de la Infección respiratoria alta	11
3.1.5 Faringitis	12
3.1.6 Sinusitis	13
3.1.7 Otitis	13
3.1.8 Uso racional de los medicamentos	14
Datos y cifras	15
3.2 Homeopatía e infección respiratoria alta	16
3.2.1 Homeopatía	16
3.2.2 Principios de la homeopatía	17
3.2.3 Homeopatía y Pediatría	20
3.2.4 Homeopatía en la Infección Respiratoria Alta aguda	23
Gripe	23
Faringitis y amigdalitis	25

Otitis	28
Sinusitis	28
3.2.5 Medicamentos según el terreno	29
3.2.6 Bioterápicos según la etiología ⁸³	31
3.2.7 Caracterología	31
4. Metodología.....	37
4.1 Tipo de estudio	37
4.2 Hipótesis conceptual	37
4.3 Hipótesis estadísticas*	37
4.4 Población objeto	38
4.4.1 Estrategia de la muestra	38
4.5 Información a la comunidad	38
4.6 Plan de trabajo	39
4.6.1 Presentación y posología	40
4.6.2 Criterios de inclusión de la muestra	42
4.6.3 Criterios de exclusión	42
4.7 Identificación y clasificación de variables	43
4.7.1 Variables independientes	43
4.7.2 Variables dependientes	44
4.8 Recolección, procesamiento y análisis de la información	47
4.8.1 Plan de recolección	47
4.8.2 Procesamiento y análisis de la información	48
4.8.3 Instrumentos:	49
5. Aspectos éticos	51
6. Resultados	55
6.1 Descripción de la población	55
6.1.1 Factores de riesgo	57
6.2 Evolución de signos, síntomas y complicaciones del primer episodio de infección respiratoria	58
6.3 Resultados para los dos grupos en el período de observación	66
7. Discusión.....	77
8. Conclusiones y recomendaciones	83
8.1 Conclusiones	83
8.2 Recomendaciones	84
A. Anexo: Consentimiento informado	85
B. Anexo: Modelo historia clínica	89
C. Anexo: Folleto para padres	97
D. Libreta de seguimiento	101
E. Tabla de recolección de datos	107
Bibliografía	113

Lista de gráficas

	Pág.
Gráfica 1-1-1. Casos de Enfermedad Respiratoria Aguda reportados como atendidos en salas ERA. Primer trimestre 2010.	6
Gráfica 5-1: Aleatorización de pacientes	55
Gráfica 5-2: Distribución por género	56
Gráfica 5-3: Estrato.....	56
Gráfica 5-4: Percentiles de crecimiento al ingreso. Homeopatía.	57
Gráfica 5-5: Percentiles de crecimiento al ingreso. Grupo Placebo.....	57
Gráfica 5-6: Medicamentos prescritos.....	59
Gráfica 5-7: Escala del Medicamento.	59
Gráfica 5-8: Número de días de resfriado después de la intervención.	60
Gráfica 5-9: Número de duración en días del episodio agudo.	60
Gráfica 5-10: Horas de fiebre después de la intervención.....	60
Gráfica 5-11: Número de días de inapetencia después de la intervención.....	61
Gráfica 5-12: Número de días de decaimiento e hipoactividad después de la intervención.....	61
Gráfica 5-13: Número de días de tos después de la intervención.	62
Gráfica 5-14: Número de días de rinorrea después de la intervención.....	62
Gráfica 5-15: Número de días de obstrucción nasal después de la intervención.	63
Gráfica 5-16: Intensidad de los síntomas: +, durante el episodio agudo.	63
Gráfica 5-17: Intensidad de los síntomas: ++, durante el período de observación.....	64
Gráfica 5-18: Intensidad de los síntomas:+++, durante el episodio agudo.	64
Gráfica 5-19: Intensidad de los síntomas: ++++, durante el episodio agudo.....	65
Gráfica 5-20: Número de complicaciones durante el resfriado	65
Gráfica 5-21: Tipo de complicaciones	65
Gráfica 5-22: Recibió antibióticos.....	66
Gráfica 5-23: Número total de días de resfriado durante el período de observación.	66
Gráfica 5-24: Número total de horas de fiebre durante el período de observación.	67
Gráfica 5-25: Tiempo de hipoactividad durante el período de observación.....	67
Gráfica 5-26: Tiempo de inapetencia durante el período de observación	68
Gráfica 5-27: Tiempo de tos durante el período de observación.	68
Gráfica 5-28: Tiempo de rinorrea durante el período de observación.....	69
Gráfica 5-29: Tiempo de obstrucción nasal durante el período de observación.....	69
Gráfica 5-30: Número de recurrencias de IRA desde la intervención.	70

Gráfica 5-31: Calificación subjetiva de la recuperación de los episodios gripales.	70
Gráfica 5-32: Rinorrea habitual.	71
Gráfica 5-33: Otras enfermedades durante el tiempo de observación.	71
Gráfica 5-34: Tendencia de la otra enfermedad.	72
Gráfica 5-35: Evaluación subjetiva del estado general.	73
Gráfica 5-36: Total de días de ausencia por enfermedad respiratoria durante el período de observación.	73
Gráfica 5-37: Cambios en el carácter o desempeño diario.	74

Lista de ilustraciones

	Pag.
Ilustración 1-1: Premisas del cuidado domiciliario de la infección respiratoria aguda alta ¹	12
Ilustración 2-1 Principios de la Homeopatía.....	19
Ilustración 2-2: Medicamentos homeopáticos más utilizados para la Gripe. ^{76, 80, 81, , 83, 84}	23
Ilustración 2-3: Medicamentos homeopáticos más utilizados para la Amigdalitis. ^{76, 80, 81, 83, 84}	26
Ilustración 2-4: Medicamentos Homeopáticos para la Otitis. ⁸³	28
Ilustración 2-5: Medicamentos Homeopáticos para la Sinusitis. ⁸¹	29
Ilustración 2-6 Síntomas del modo reaccional psórico	30
Ilustración 2-7 Modo reaccional psicósico	30
Ilustración 2-8: Bioterápicos según el modo reaccional psychíllitico	31
Ilustración 2-9: Bioterápicos según la etiología.....	31
Ilustración 2-10: Caracterología	31
Ilustración 2-11: Niño celoso	33
Ilustración 2-12: Niño Perezoso	34
Ilustración 2-13: Niño Tímido.....	34
Ilustración 2-14: Niño Triste.....	35
Ilustración 2-15: Niño mentiroso.....	35
Ilustración 2-16: Niño que se pelea	36
Ilustración 2-17: Niño mal hablado.....	36
Ilustración 3-1 Plan de trabajo.....	40

Lista de tablas

	Pág.
Tabla 1-1 Proporción de casos IRA notificados según grupo de edad. Primer trimestre 2010.	6
Tabla 1-2 Resultados de Virus respiratorios por Fluorescencia. Bogotá. Primer trimestre 2010.	6
Tabla 1-3 Proporción de resultados positivos de virus pandémico de Influenza A H1N1 según grupo de edad. Vigilancia intensificada de Virus Pandémico de Influenza A H1N1. Bogotá 2009.....	7
Tabla 1-4 Causas del resfriado común. ²⁷	8
Tabla 4-1 Otra enfermedad.	72

Introducción

La infección de las vías respiratorias altas es la patología de mayor prevalencia en el mundo, afecta en mayor proporción a las personas que se encuentran en las edades de los extremos de la vida y a los grupos poblacionales con menores recursos y menor nivel educativo,^{1,2} siendo la causa de muerte de alrededor de tres millones de niños menores de 5 años al año en el mundo, motivo por el cual la Organización Mundial de la Salud planteó como uno de sus Objetivos para el Milenio, reducir en dos tercios la mortalidad infantil de este grupo entre los años 1990 y 2015.³

La etiología de la infección respiratoria generalmente es de origen viral y tiende a complicarse con la sobreinfección bacteriana.⁴ Por ello el tratamiento se basa en medidas generales que permiten el control de la fiebre, del malestar general y de la congestión mucosa, así como en la educación para prevenir e identificar tempranamente sus complicaciones⁵.

Desde el enfoque de la medicina convencional, esta patología es tratada siguiendo el principio de oposición, usando protocolos en forma indiferente y generalizada con terapéuticas que cuentan con cierto nivel de evidencia para atenuar la sintomatología propia de la enfermedad (antihistamínicos, analgésicos, antipiréticos, corticoides y antibióticos).

No obstante, en la prescripción para el tratamiento de esta enfermedad, se observa un aumento en el uso de medicamentos no aprobados en niños, la automedicación, el uso indiscriminado de antimicrobianos con la consecuente presentación de resistencia antibiótica; así como la tendencia de consultas repetidas a los servicios de urgencias y el escepticismo en padres y/o cuidadores frente a la terapéutica brindada en los servicios pediátricos.^{6,7}

Desde el punto de vista de atención a la población infantil, se hace necesario ampliar las opciones de tratamiento de la infección respiratoria alta aguda, debido a su carácter multicausal que incluye factores hereditarios, factores desencadenantes (noxas biológicas, ambientales, alimenticias, tóxicas, psíquicas, emocionales, etc) y factores mantenedores de la enfermedad como el medio ambiente, el clima, la alimentación, el trabajo, la familia, cultura, hábitos, etc..⁸

La Homeopatía se constituye así en una alternativa que por su doctrina aborda en forma integral estos elementos y que emplea el poder curativo de los medicamentos de origen natural para estimular la autocuración^{9,10} basada en los principios de la semejanza, las dosis infinitesimales, la individualización del enfermo y del medicamento, en las leyes de la curación y en el reconocimiento de la capacidad

innata del organismo para mantenerse sano o para restaurar la salud inmerso en un equilibrio global. De este modo, con medicamentos de origen natural que actúan a nivel del eje psiconeuroendocrino-inmunológico en perfecta resonancia con las leyes de la física, se reduce el riesgo de presentación de efectos secundarios y de eventos adversos; todo esto a un menor costo económico, social y personal. La homeopatía como sistema médico ha demostrado su eficacia y efectividad y es utilizada en más de 80 países del mundo con resultados satisfactorios.¹¹

La construcción de modelos de investigación que comparan el comportamiento de una entidad mórbida en enfermos que reciben tratamiento convencional más placebo con aquellos que reciben el mismo tratamiento más homeopatía, permiten evaluar la evolución de la enfermedad en cada uno de los grupos, para establecer las diferencias del comportamiento de los síntomas, de las complicaciones, de las recurrencias, de la calidad de vida, y ante todo, del estado mental de la persona durante su padecimiento.

Por esta razón se aprovechó la disponibilidad de una población cautiva en el jardín infantil de la Universidad Nacional y se construyó un modelo de investigación que comparó el comportamiento de los niños de 6 meses a 5 años de edad que asistieron al Jardín Infantil de la Universidad Nacional de Colombia, en Bogotá, entre los años 2009 a 2011 con signos de infección respiratoria aguda que recibieron tratamiento convencional más placebo con aquellos que recibieron el mismo tratamiento más homeopatía unicista.

Se hizo seguimiento de la evolución de la enfermedad en cada uno de los grupos y se establecieron las diferencias en cuanto a la morbilidad, las recurrencias, la presentación clínica de los síntomas, las complicaciones y ante todo, la sintomatología mental como pilar del abordaje holístico del paciente en cada uno de ellos, demostrando la utilidad de la homeopatía como coadyuvante en el manejo de patologías agudas en cuanto a la disminución de la severidad de los síntomas y en el tiempo de duración de la enfermedad.

El trabajo fue iniciado por la Dra. María Cristina Angulo, quien llevó a cabo una primera fase en el año 2009, continuado por el DR. Pedro Alberto Sierra en una segunda fase en el año 2010 y finalizado en una tercera fase en el año 2011 por la autora del informe final.

1. Problema

¿En niños de 6 meses a 5 años de edad que asistieron al Jardín Infantil de la Universidad Nacional de Colombia, en Bogotá, entre los años 2009 a 2011 y que presentan signos de infección respiratoria aguda, el uso de homeopatía unicista y tratamiento convencional, comparado con los niños que sólo reciben tratamiento convencional, disminuye la morbilidad en el episodio de resfriado común, las complicaciones y las recurrencias?. Es decir, ¿es la homeopatía unicista, efectiva como coadyuvante en el manejo del resfriado común, sus recurrencias y complicaciones?

2. Objetivos

2.1 Objetivo General

Establecer si hay diferencias en la morbilidad y recurrencias de niños con infección respiratoria aguda de vía aérea superior que reciben tratamiento convencional (suero fisiológico y acetaminofén en caso de fiebre), comparado con los que reciben tratamiento convencional más homeopatía.

2.2 Objetivos Específicos

2.2.1 Describir la población estudiada en cuanto a características demográficas y factores de riesgo para morbilidad.

2.2.2 Determinar si hay diferencias clínicas en la evolución (signos, síntomas y complicaciones) en niños con resfriado común tratados convencionalmente vs adicionando el tratamiento homeopático.

2.2.3. Establecer si hay diferencias durante la evolución clínica en cuanto a recurrencias o complicaciones.

2.2.4. Identificar si hay diferencias en otras variables como estado mental, días de fiebre, inapetencia, decaimiento, tos, rinorrea, obstrucción nasal, otras enfermedades asociadas y uso de antibióticos e inhaladores.

3. Marco Teórico

3.1 La infección respiratoria aguda en Colombia y en el mundo.

Las enfermedades respiratorias producen el mayor impacto en el mundo desarrollado y en los países en vías de desarrollo, compromete a personas de todas las edades y se constituyen en la causa de muerte de casi tres millones de niños menores de 5 años al año por falta de tratamiento, sobre en todo en países de bajos recursos¹². Mundialmente se producen cerca de 4.2 millones de muertes por razón de las infecciones respiratorias agudas en todos los grupos etáreos,¹³ así como cientos y millones de hospitalizaciones y un gran gasto en el tratamiento de las mismas.

La atención de la enfermedad respiratoria alta (IRA) ocupa entre el 40% y el 50% de la consulta pediátrica ambulatoria en el ámbito privado e institucional, en donde el resfriado común representa el 20%, el 12% de la práctica de la medicina familiar y consume el 7.3% del total del presupuesto asignado al cuidado de la salud.¹

La presentación de las infecciones respiratorias agudas está asociada al comportamiento cíclico de las temperaturas, ya sea provocado por el cambio de estaciones en los países septentrionales y australes, o por temporadas de lluvia y de sol en los países ecuatoriales; especialmente cuando se trata de patógenos como los virus de la Influenza, el Virus Sincitial Respiratorio, el virus de la Parainfluenza y el Adenovirus^{14 15}.

De hecho, en la infancia temprana, la mayor causa de tos en los niños entre los 0 y 4 años son las infecciones respiratorias agudas de etiología viral, observando que el 26% de los niños enfermos permanecen sintomáticos generalmente hasta el 7º día de enfermedad, y el 6% hasta el día 14 después de la primera consulta, de estos, el 5 al 10% evolucionan hacia bronquitis o neumonía.¹

En general, la media de incidencia de enfermedad respiratoria por persona al año en Estados Unidos es de 5.0 a 7.95 en niños entre los 0 y los 4 años, y de 2.4 a 5.02 en niños entre los 10 y los 14 años. En Australia se determinó que los niños menores de 10 años pueden presentar entre 2.2 y 5.3 episodios de infección respiratoria por año, con una duración promedio de 5.5 a 6.8 días.^{15 16 17}

En los campos de refugiados se ha podido precisar que la morbilidad y la mortalidad debida a las infecciones agudas del tracto respiratorio alto puede verse aumentada en un 20-35% y entre un 30-35% respectivamente, secundario a las condiciones de hacinamiento e insalubridad¹⁸.

Los factores de riesgo durante las épocas de crisis que favorecen la transmisión, la infección y la progresión de la enfermedad incluyen el diagnóstico tardío, el estado de malnutrición aguda o crónica, las inadecuadas condiciones de vivienda por desplazamiento o destrucción de la vivienda que propicia la exposición a bajas temperaturas o a elementos contaminantes; hacinamiento en albergues o campos de refugiados, el pobre cubrimiento con vacunas, la falta de seguridad de las instalaciones de las entidades prestadoras de servicios de salud y del personal de salud, así como las tragedias provenientes de los cambios climáticos (inundaciones, avalanchas), los fenómenos telúricos (terremotos, tsunamis) y las crisis humanitarias por conflicto armado y pobreza.^{15,18.}

La inhalación de humo también se encuentra relacionada con el aumento del riesgo de presentar complicaciones como la infección de las vías respiratorias bajas, la otitis media, asma y el síndrome de muerte súbita; asociado a los microorganismos responsables de la mayoría de estas enfermedades como son el *Streptococcus pneumoniae*, el *Haemophilus influenzae* Tipo B (Hib), y la *Neisseria meningitidis*.¹⁹

La infección respiratoria aguda es la responsable de un alto índice de ausentismo escolar en niños y de ausentismo laboral en adultos.^{6, 15.}

3.1.1 Definición

Epidemiológicamente las infecciones respiratorias agudas (IRA) son clasificadas en infecciones agudas del tracto respiratorio superior y en infecciones agudas del tracto respiratorio inferior, dependiendo de los órganos que afecte (nariz, senos paranasales, oído medio, laringe y faringe, versus la tráquea, bronquios y pulmón).¹

Las primeras usualmente son de naturaleza moderada y mayormente causadas por virus, algunas veces con un componente bacteriano, como en los casos de la otitis media y de la sinusitis. Las infecciones respiratorias bajas en su mayoría son severas, consisten principalmente en la presentación de neumonías, con cuadros clínicos más graves en niños menores de 5 años, en la vejez y en personas inmunocomprometidas, aún más cuando se acompañan de sobreinfección bacteriana.¹

Las infecciones del tracto respiratorio alto se dividen en tres grandes categorías, cuya presentación clínica es similar y se diferencian una de otra por la porción de la mucosa respiratoria comprometida: Rinosinusitis o resfriado común (caracterizadas por síntomas predominantemente nasales, incluye la tos común, la nasofaringitis y la sinusitis); faringitis (abarca la sintomatología de garganta, inclusive la amigdalitis) y la otitis media (conformada por la Otitis Media Aguda –OMA-, la Otitis Media con Efusión –OME- y la Otitis Media Crónica Supurativa –OMCS).²

3.1.2 Etiología

La etiología de la infección aguda de las vías respiratorias altas es difícil de establecer, ya que la recolección de secreciones para realizar el diagnóstico microbiológico es pobre en relación con la proporción de los casos que se presentan, predominando el uso de métodos indirectos como cultivos sanguíneos y pruebas serológicas.¹

Estas patologías son producidas generalmente por virus, pero las mucosas afectadas son susceptibles de la posterior colonización bacteriana. Los virus que circulan con mayor frecuencia en la población infantil son el Virus Sincitial Respiratorio y el Adenovirus.¹

El Virus Sincitial Respiratorio es el patógeno respiratorio más común en niños, siendo una de las mayores causas de hospitalización por colonización de las vías respiratorias bajas en las poblaciones susceptibles como en niños menores de cinco años y en adultos mayores de 50 años, la morbilidad es alta teniendo en cuenta que requiere una mínima exposición²⁰.

El 5 a 10% de las infecciones respiratorias altas agudas en niños se atribuyen al Adenovirus, generalmente es de curso benigno en niños saludables, pero puede complicarse gravemente con entidades como neumonía, miocarditis y hepatitis. De este virus se han identificado 51 tipos y 3 serotipos.²¹

Por otra parte, se debe adicionar la presencia del Virus de la Influenza Pandémica tipo A (H1N1), que si bien ha cobrado pocas víctimas en la población infantil, se han reportado casos desde leves hasta fatales desde el año 2009, pandemia que se caracterizó por presentar un síndrome influenza-like en asociación con enfermedades subyacentes en un 60% (incluyendo asma en un 29%)²².

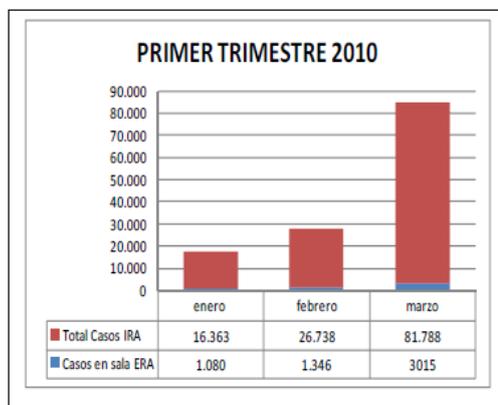
Ante este escenario, la Organización de Naciones Unidas (ONU) trazó los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) relacionados con la salud, cuyo logro está condicionado al grado en que se puedan integrar los programas de salud, se cubran los déficits de financiación y se fortalezcan los sistemas de salud, especialmente a los que concierne al personal sanitario; con el fin de disminuir la mortalidad en los niños menores de 5 años, principalmente por causa de la infección respiratoria y de la diarrea.²³

3.1.3 Comportamiento de la infección respiratoria alta en Bogotá

Durante el tercer trimestre del año 2010, se notificaron colectivamente un total de 239.894 casos de Infección Respiratoria Aguda, en todos los grupos de edad.²⁴

6 Efectividad de la Homeopatía unicista como coadyuvante en el tratamiento del resfriado común, sus complicaciones y recurrencias, en niños de 6 meses a 5 años en el jardín infantil de la Universidad Nacional de Colombia 2009-2011

Gráfica 3-1-1. Casos de Enfermedad Respiratoria Aguda reportados como atendidos en salas ERA. Primer trimestre 2010.



Fuente de datos: Base de datos sala situacional ERA. SDS 2009-2010

De estos casos, el 14.9% correspondieron al grupo de Menores de 1 año, y el 27.2% al grupo de 1 a 4 años, conformando más de un tercio de la población afectada en la ciudad²⁴

Tabla 3-1 Proporción de casos IRA notificados según grupo de edad. Primer trimestre 2010.

GRUPO DE EDAD	TOTAL	%
Menores de 1 año	35.696	14,9
1 a 4 Años	66.062	27,5
5 a 14 Años	33.597	14,0
15 a 44 Años	66.024	27,5
45 a 65 Años	25.826	10,8
Mayores de 65 Años	12.689	5,3
TOTAL	239.894	100,0

Fuente: SDS-VSP SIVIGILA Semana 13

El Laboratorio de Salud Pública de la Secretaría Distrital de Salud, determinó que el virus circulante que predominó hasta la fecha fue el Virus Sincitial Respiratorio (85.4%), seguido por el Adenovirus (5.6%) y el Parainfluenza 3 (5.6%).²⁴

Tabla 3-2 Resultados de Virus respiratorios por Fluorescencia. Bogotá. Primer trimestre 2010.

Resultado Fluorescencia	ni	fi
Positivo para Adenovirus	5	5,6%
Positivo para Influenza B	2	2,2%
Positivo para Parainfluenza 1	1	1,1%
Positivo para Parainfluenza 3	5	5,6%
Positivo para Virus Sincitial Respiratorio	76	85,4%
Total Positividad	89	100,0%

Fuente: Laboratorio de Salud Pública Bogotá 2010²⁵

En el primer trimestre del 2010 se reportaron como atendidos en las salas ERA de las instituciones de salud tanto públicas como privadas del Distrito, 5.504 casos por Enfermedad Respiratoria Aguda en niños y niñas menores de 5 años.²⁴

En cuanto al virus AH1N1, durante el año 2009 fue aislado en el 39.51% de las muestras tomadas a niños y niñas entre 0 y 5 años.²⁵

Tabla 3-3 Proporción de resultados positivos de virus pandémico de Influenza A H1N1 según grupo de edad. Vigilancia intensificada de Virus Pandémico de Influenza A H1N1. Bogotá 2009.

GRUPO	Total	%
Menores de 1 año	35	6,49
1 a 4 años	66	12,2
5 a 14 años	100	18,6
15 a 44 años	248	46
45 a 59 años	63	11,7
60 y mas años	25	4,64
Sin dato	2	0,37
Total general	539	100

Fuente: SDS Laboratorio SP semana 34.²⁵

3.1.4 Rinofaringitis o resfriado común

Se define como una enfermedad viral que afecta al tracto respiratorio superior, generalmente con intensidad leve y caracterizada por presentar congestión, escurrimiento nasal, estornudo, odinofagia y tos. Usualmente es autolimitada y benigna, aunque puede predisponer a infecciones por sobreinfección bacteriana⁴.

Epidemiología

Esta patología se constituye en el primer motivo de consulta, la edad marca la incidencia por grupos etáreos, siendo común la presentación de 6 a 8 episodios por año en niños hasta los 12 años y de 2 a 4 episodios por año en adultos, llegando a ocupar aproximadamente 1 a 2 años de nuestra vida sufriendo del resfriado común. En los niños la presentación del resfriado es más severa, a menor edad es más frecuente en niños que en niñas, relación que se invierte durante el crecimiento^{1, 4}.

La presentación de esta patología se encuentra relacionada con los períodos de lluvia en los países tropicales, y en el otoño y en el invierno en los países estacionales, además de otros factores que aumentan la susceptibilidad como la predisposición genética, las condiciones de hacinamiento, la desnutrición, la contaminación ambiental, la autoformulación y el uso inadecuado de antibióticos que interfieren con los mecanismos innatos de inmunidad y estimula la aparición de cepas bacterianas resistentes; factores intrínsecos (malformaciones congénitas, asma), la edad y el sexo, la falta de alimentación materna, el sometimiento a condiciones de estrés (a mayor estrés mayor predisposición) y el ejercicio intenso.⁴

Etiología

Los gérmenes responsables de esta patología son más de 200 serotipos virales, transmitidos por contacto de las manos con secreciones de una persona infectada que luego se incorporan a la vía aérea, o por inhalación de partículas suspendidas en el aire y por inhalación directa de aerosoles provenientes de personas infectadas.⁴

El tipo de virus varía según la localización geográfica, los cambios climáticos y los medios de aislamiento e identificación del germen; predominan en general los rinovirus, seguidos por los coronavirus principalmente. Generalmente se identifican dos o más virus en un mismo episodio.⁴

Tabla 3-4 Causas del resfriado común.²⁷

Virus	Proporción de casos anuales
Rinovirus	30-50%
Coronavirus	10-15%
Virus de la Influenza	5-15%
Virus Sincitial Respiratorio	5%
Virus parainfluenza	5%
Adenovirus	5%
Enterovirus	5%
Metapneumovirus	5-25% ²⁶
Desconocido	20-30%

El principal reservorio de los virus respiratorios son los niños, secundario a su diseminación regular en lugares como colegios, guarderías y el hogar. El período de intervalo entre un caso y otro es de uno a cinco días.⁴

La sobreinfección bacteriana generalmente está dada por el *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*, *Staphylococcus aureus* y *Streptococcus pyogenes*.¹

Fisiopatología

El mecanismo infeccioso varía según el germen, el huésped y los factores predisponentes. Por lo general, el virus es inoculado en la mucosa nasal o en la mucosa conjuntival, y por medio del movimiento mucociliar, viajan a través del canal lagrimal hacia la rinofaringe, en donde invaden el epitelio por medio de la molécula de adhesión intercelular (ICAM-1), generando vasodilatación capilar y aumento de la permeabilidad, causantes del exudado de moco y la obstrucción nasal, asociado a la producción de mediadores inflamatorios –como la bradicinina–, que dilatan los senos venosos localizados entre el cornete inferior y el septum. Dependiendo de la acción de los nervios simpáticos vasoconstrictores, variará la intensidad del flujo. El estornudo proviene del estímulo colinérgico sobre el nervio trigémino que estimula la producción glandular.²⁷

En las secreciones nasales se han detectado altas concentraciones de mediadores inflamatorios como cininas, leucotrienos, histamina, linfocitos T, citoquinas de activación regulada (RANTES), Factor de Necrosis Tumoral e interleuquinas 1, 6 y 8, estas últimas correlacionadas con la severidad de los síntomas.²⁷

Los síntomas se relacionan con mecanismos de obstrucción; la cefalea es la consecuencia del aumento de la cantidad de secreciones y del aumento de la presión en los senos paranasales, así como de la presión intranasal secundaria a la alteración del drenaje nasal, la oclusión del ostium y la disfunción de la trompa de Eustaquio.²⁷

El período de incubación usualmente es de 12 a 72 horas para el rinovirus, y de 1 a 7 días para la influenza, el pico máximo de severidad de los síntomas se presenta hacia el tercer día del cuadro seguido por una disminución progresiva de la intensidad. La duración promedio de un episodio gripal es de 7 a 10 días, aunque algunos síntomas pueden persistir hasta por tres semanas. Los síntomas iniciales son odinofagia, cefalea, estornudo, escalofríos y fiebre, rinorrea, malestar y tos. También es frecuente observar síntomas de la esfera mental como depresión, irritabilidad, alteración de la concentración, cambios de humor, fatiga, escalofrío y anorexia, todos ellos relacionados con la presencia de citoquinas, Interleuquinas 1, 2, 6 y el Factor de Necrosis Tumoral. El cuadro clínico de la influenza se presenta súbitamente, principalmente con fiebre y tos en el 80% de los casos.²⁷

Las complicaciones más frecuentes son la otitis media, la sinusitis, la neumonía y las exacerbaciones de asma.²⁷

Diagnóstico

El diagnóstico es eminentemente clínico, si se desea, es posible hacer tipificación del germen a partir de muestras de hisopado orofaríngeo o de aspirado nasofaríngeo, que permiten hacer aislamiento para cultivo celular; también se encuentra disponible la detección de antígenos virales (influenza, parainfluenza, VRS, y adenovirus) y la reacción en cadena de la polimerasa (PCR).^{26, 27} Actualmente existe la Red Mundial de Vigilancia de la Gripe, una alianza de Centros Nacionales de Gripe de todo el mundo, que se encarga de vigilar el comportamiento de los virus gripales circulantes en el ser humano.¹⁵

Tratamiento

El tratamiento es básicamente el alivio no farmacológico de los síntomas, aunque ocasionalmente, de acuerdo al individuo que padece de un resfriado, es necesario hacer una **prescripción racional, -definida como el menor número de fármacos usados para obtener el mejor efecto posible en el período más corto de tiempo y al menor costo-**, hecho que generalmente despierta inconformidad en la mayoría de los padres y/o cuidadores que esperan una formulación más agresiva y más numerosa.²⁷

Es común el uso de lavados nasales con soluciones isotónicas para manejar la obstrucción nasal, aunque con la presentación intranasal y principalmente con la oral, se puede presentar efectos no deseados como taquicardia, hipertensión arterial o estimulación del sistema nervioso central.²⁷

Los antihistamínicos de primera generación usados para evitar el estornudo y disminuir la congestión, se acompañan de efecto sedante en un 10 a 15% debido a su acción anticolinérgica.^{1-27.}

Los antipiréticos tipo acetaminofén y los antiinflamatorios no esteroideos, se encuentran indicados según el caso, con los cuales se reportan alteraciones a nivel hepático en ambos y alteraciones gástricas con los últimos.²⁷

Otras opciones como la Vitamina C, los suplementos con Zinc, los antitusivos, mucolíticos y la Echinacea no poseen el suficiente nivel de evidencia para avalar su uso de manera protocolaria²⁸, así como el uso de corticoides, especialmente por vía intranasal que puede inducir la complicación con otitis¹. Actualmente se estudia la opción del tratamiento en población pediátrica con hierbas medicinales como el Ginseng, debido al buen resultado obtenido en adultos, aunque se encuentra en Fase II de experimentación²⁹.

Los antivirales tipo adamantano como la amantadina y la rimantadina, además de producir efectos adversos, son ineficaces contra el virus de la influenza Tipo B. Los inhibidores de la neuraminidasa como el zanamivir y el oseltamivir disminuyen la intensidad y la duración de la enfermedad clínica, pero sólo si se inician durante las primeras 48 horas del cuadro mórbido.^{15, 26.} Otros antivirales como el preonaril (une cápsides virales) y el rupintrivir (inhibidor de la proteasa 3C del rinovirus humano) tienen efectos moderados no concluyentes.²⁷

Algunos virus de la gripe se vuelven resistentes a los antivíricos, lo cual limita la eficacia del tratamiento. La OMS vigila la sensibilidad de los virus gripales circulantes a los antivíricos.^{15.}

El uso de antibióticos no se encuentran indicados en esta patología que es de etiología exclusivamente viral, más aún cuando por causa de las prescripciones inadecuadas o por automedicación, se ha visto un creciente aumento de la resistencia antibiótica de los patógenos adquiridos en la comunidad, hecho que ha generado campañas que desestimulan el uso de antimicrobianos con la esperanza de reducir el uso innecesario de estas moléculas, especialmente de antibióticos de amplio espectro, tanto en niños como en adultos, fenómeno este que tuvo su pico máximo en la década de los noventas.³⁰ Recientemente se ha demostrado que el nivel de satisfacción de los pacientes que cursan con infección respiratoria aguda, no presenta una diferencia significativa entre los que recibieron antibióticos versus aquellos a los que no les fue administrado (87% vs 92%)³¹.

Es preciso aclarar que por consideraciones éticas, la gran mayoría de los medicamentos no son estudiados en niños, generando como consecuencia errores en la dosificación y en las edades base permitidas de uso de una molécula. La extrapolación de los resultados en adultos a la población infantil, conducen finalmente a la presentación de efectos adversos con mayor frecuencia y mayor gravedad, por lo que se considera a los infantes una “población farmacológicamente huérfana”. De allí la importancia de involucrar a los padres y niños en la participación de estudios farmacológicos a futuro, en un contexto en el que los resultados serán utilizados para el bienestar particular y de la población en general, así como en la búsqueda de alternativas igualmente o más eficaces, con menos efectos secundarios.³²

Prevención

Las medidas de control se constituyen en el pilar de la prevención del resfriado común, más aún en el escenario de las pandemias mundiales que preocupan a la población en general. Básicamente se promueven medidas que minimicen la propagación de focos infecciosos, el uso de vacunas y de antivirales ^{1,15, 26, 27}.

La promoción de la higiene y las barreras físicas, especialmente el lavado de manos, el uso de tapabocas y el aislamiento de las personas potencialmente infectadas son las medidas más utilizadas para la disminución de la morbilidad por infección respiratoria aguda alta ^{15, 27, 33}.

También se recomienda el uso de geles viricidas y la educación para evitar la autoinoculación mediante el contacto mano-ojo o mano-nariz. Para reducir la diseminación por aerosoles se deben cubrir la nariz y boca con pañuelos durante la tos o el estornudo²⁷.

El desarrollo de vacunas contra la influenza disminuye discretamente la presentación de episodios, pero es una medida poco útil debido a la rápida aparición de nuevas variedades de virus resistentes. No existe un biológico contra el rinovirus por su gran cantidad de serotipos, y también se encuentran disponibles vacunas contra el virus AH1N1 que disminuyen la severidad del cuadro mórbido. ^{15, 27}.

Se ha propuesto el uso de Inmuno estimulantes, aunque los estudios disponibles no son conclusivos metodológicamente para determinar la eficacia de estas moléculas como factor preventivo de las infecciones agudas del tracto respiratorio superior ³⁴.

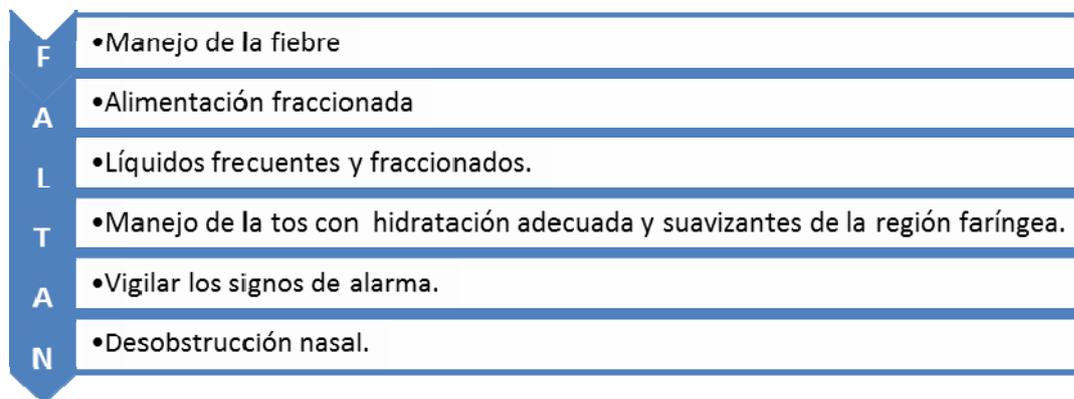
Tratamiento de la Infección respiratoria alta

Antes de cualquier prescripción, la infección respiratoria alta aguda debe ser objeto de una adecuada promoción de la salud y de la prevención de la enfermedad, comunicando a los padres y pacientes los aspectos relacionados con los medios que favorecen una menor incidencia de esta patología, es decir, el 20% de la actividad del médico, debería estar enfocada a atender y enseñar acerca de la enfermedad, haciendo énfasis en los signos de alarma que permiten reconocer la presencia de una complicación, y en las medidas básicas para el cuidado en casa y en especial la prevención de las conductas de automedicación, generalmente con antibióticos y antipiréticos ^{1, 27, 35}.

Para aquellos pacientes que idealmente deben ser atendidos en la comunidad, ya sea por la madre o cuidador, o por los niveles básicos de prestación de servicios de salud, se recomiendan las seis premisas básicas para el cuidado domiciliario¹:

Adicionalmente se debe alertar frente a medicamentos cuyas presentaciones no han sido aprobadas por los entes de control y vigilancia para circular en el mercado, permaneciendo atentos a las publicaciones que informan las moléculas o marcas comerciales que han sido restringidas como resultado de una exhaustiva vigilancia farmacológica³⁶, especialmente en lo que concierne a antitusivos y antihistamínicos.

Ilustración 3-1: Premisas del cuidado domiciliario de la infección respiratoria aguda alta¹.



3.1.5 Faringitis

Es la inflamación de la mucosa de la garganta o faringe y del tejido linfático circundante, se caracteriza por la presentación de odinofagia, asociado a cefalea, fiebre y malestar general. Constituye el 1% de las consultas y se encuentra dentro de las primeras 20 causas de consulta en los Estados Unidos. Su etiología puede ser viral (Adenovirus, Virus Sincitial Respiratorio, Ebstein-Barr Virus, Citomegalovirus, Influenza y Parainfluenza) o bacteriana (*Streptococcus pyogenes* del Grupo C y del Grupo G, y *Mycoplasma pneumoniae*).^{1, 26, 27}

Los criterios diagnósticos que determinan la infección por *Streptococo* incluyen tres de los siguientes: fiebre mayor de 38°C, exudado amigdalino, linfadenopatías o ausencia de tos. Usualmente este cuadro resuelve espontáneamente durante los tres primeros días en el 40% de los casos y el 85% mejora durante la primera semana. Ocasionalmente se pueden observar complicaciones supurativas como abscesos periamigdalinos, y complicaciones no supurativas como fiebre reumática y glomerulonefritis aguda²⁷.

Este cuadro mejora espontáneamente en el transcurso de 14 días, las medidas más comunes es el uso de enjuagues, el suministro de bebidas frías, antipiréticos y analgésicos que disminuyen el dolor y la fiebre. Los antibióticos sólo han demostrado un grado moderado de evidencia ya que disminuye el cuadro clínico sólo de 3.3 a 2.7 días.³⁷ Los corticoides sólo muestran una leve disminución de la intensidad del dolor y su duración hasta por 12 a 24 horas. La amigdalectomía sólo reduce el número promedio de 3 episodios por año entre 2.4 a 1.2 episodios para los casos de faringitis recurrentes³⁸.

Estas opciones terapéuticas se acompañan del riesgo de complicaciones dadas por resistencia antibiótica o alteraciones postoperatorias²⁷.

3.1.6 Sinusitis

Es la condición inflamatoria concurrente de la mucosa nasal y de la mucosa de los senos paranasales por continuidad anatómica, se encuentra asociada a colonización viral o bacteriana. Los síntomas característicos incluyen la obstrucción nasal, secreciones purulentas, cefalea, hiposmia y discomfort facial, en relación con los mecanismos fisiopatológicos del barrido del agente etiológico²⁷.

Se ha demostrado mediante Tomografía Axial Computarizada que el 90% de los individuos con congestión nasal cursan también con inflamación de los senos paranasales no complicada, también se ha observado en mucho menor grado la asociación con rinitis alérgica, aunque se encuentra bien establecida su relación como factor predisponente²⁷.

La prevalencia de esta enfermedad aumenta con la edad, predominando en la población adulta, teniendo en cuenta que la formación de los senos paranasales se completa finalmente hacia los seis años de edad.³⁹

3.1.7 Otitis

Es la complicación de las infecciones respiratorias agudas más frecuente en niños (29-50%), constituyéndose en la mayor causa de consulta en los servicios de urgencias, de la prescripción de antibióticos orales y la mayor causa de las cirugías otológicas en la población infantil. La mayoría de los niños sufre de al menos un episodio de otitis media en la vida. Predomina en los niños menores de 6 años, con un pico entre los 6 y 12 meses de vida.^{2, 27}

Esta inflamación de la mucosa del oído medio se puede presentar en diferentes variedades:^{2, 27}:

Otitis Media Aguda: Es la enfermedad aguda sintomática, puede cursar con o sin perforación de la membrana timpánica. Se manifiesta mediante otalgia, fiebre, e hipoacusia; el diagnóstico se realiza por visualización de la membrana timpánica, caracterizada por coloración rojiza y tono opaco, se puede complementar con timpanometría para confirmar la presencia de líquido en el oído medio.²

Otitis media con Efusión: Es la variedad más frecuente, se define como la enfermedad asintomática asociada a colección de fluido en el oído medio, del que se pueden aislar virus y bacterias.⁴⁰ El diagnóstico se da luego de 2 a 6 semanas de supuración, mejora de forma espontánea en el transcurso de 3 meses, generalmente sin complicaciones asociadas².

Otitis Media Crónica Supurativa: Es la forma más severa, siendo la que más persiste sin tratamiento médico, se asocia a otro tipo de gérmenes como Pseudomonas, Staphylococcus, Proteus y Klebsiella. Se relaciona con la presentación de multiresistencia, especialmente en casos colonizados por Pseudomona^{27, 38}.

Se han determinado factores que aumentan el riesgo de otitis media como la presencia de malformaciones craneofaciales congénitas (labio leporino y paladar hendido,

síndrome de Down), infección respiratoria reciente, antecedentes familiares, asistencia a guardería, déficit de lactancia materna, exposición al humo de cigarrillo y uso de chupo^{27, 37, 38}.

La etiopatogenia es multifactorial, involucra virus (Virus Sincitial Respiratorio, Influenza, Adenovirus, Rinovirus, Coronavirus, Enterovirus, Parainfluenza y metapneumovirus) y la invasión mucosa por bacterias (*Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis* y *Streptococcus pyogenes*)^{1, 2, 27, 41, 42}

Los cuadros agudos generalmente resuelven espontáneamente en los niños menores de 2 años, el dolor cede en las primeras 24 horas en el 60% de los casos, y en los tres primeros días en el 80% de los casos²⁷.

Las complicaciones esperadas más frecuentes son la otitis crónica con efusión, mastoiditis (18%), laberintitis, parálisis facial, meningitis, abscesos intracraneales y trombosis del seno lateral.²⁷

El tratamiento con antibióticos es controversial, especialmente en niños menores de 2 años de edad, aunque disminuye los días de duración de la enfermedad y reducen la presentación de complicaciones y de recurrencias, es la menos nociva de las opciones frente a la resistencia antibiótica creciente.^{40, 43}

3.1.8 Uso racional de los medicamentos

La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que más de la mitad de los medicamentos se prescriben, dispensan o venden de forma inapropiada, y que la mitad de los pacientes no los toman correctamente. Este uso incorrecto puede adoptar la forma de un uso excesivo, insuficiente o indebido de medicamentos de venta con o sin receta⁴⁴.

Se ha observado que comúnmente se prescriben antibióticos en el 23% de las infecciones respiratorias de etiología viral, práctica que predomina en la consulta privada, con los niños más pequeños y en las áreas geográficas en donde prevalece la enfermedad, prescripción que no ofrece beneficio alguno para el paciente y que favorece la presentación de resistencia antibiótica⁷.

Dentro de los problemas más frecuentes de la prescripción medicamentosa se encuentran:⁴²

- a. La polifarmacia (consumo de demasiados medicamentos).
- b. El uso excesivo de antibióticos e inyecciones.
- c. La prescripción no ajustada a directrices clínicas.
- d. La automedicación inapropiada.
- e. En los países en desarrollo, la proporción de pacientes con enfermedades comunes tratados de conformidad con directrices clínicas en la atención primaria, es inferior al 40% en el sector público y del 30% en el sector privado. Por ejemplo:
 - i. La proporción de niños con diarrea aguda que reciben la rehidratación oral necesaria es inferior al 60%, pero más del 40% recibe antibióticos innecesarios.

- ii. Solo un 50% de los pacientes con paludismo reciben los antipalúdicos de primera línea recomendados.
- iii. Solo un 50 a 70% de los pacientes con neumonía son tratados con los antibióticos apropiados, pero hasta un 60% de los pacientes con infecciones respiratorias altas de origen vírico reciben antibióticos innecesarios.

Datos y cifras

La OMS presentó en el año 2010 cifras preocupantes respecto al uso poco racional de los medicamentos a nivel mundial:⁴²

- a. Más del 50% de los medicamentos se prescriben, dispensan o venden de forma inapropiada, y la mitad de los pacientes no los toman correctamente.
- b. El uso excesivo, insuficiente o indebido de los medicamentos tiene efectos nocivos para el paciente y constituye un desperdicio de recursos.
- c. Más del 50% de los países no aplican políticas básicas para fomentar el uso racional de los medicamentos.
- d. La combinación de la formación y supervisión de los dispensadores de atención de salud, la educación de los consumidores y el suministro de medicamentos en cantidades suficientes es eficaz para mejorar su uso racional, pero separadamente todas estas intervenciones tienen un impacto reducido.

Las consecuencias derivadas de la práctica de la prescripción inadecuada y el uso irracional de los medicamentos abarcan un amplio espectro:⁴²

1. **La resistencia a los antimicrobianos**, producto del uso excesivo de antibióticos. La resistencia prolonga las enfermedades, las estancias hospitalarias y puede llegar a causar la muerte; su costo es de US\$ 4–5 mil millones al año en los Estados Unidos de América, y de € 9 mil millones al año en Europa.
2. **Las reacciones adversas a los medicamentos y los errores de medicación**, originadas por su uso erróneo o por reacciones alérgicas; pueden ser causa de enfermedad, sufrimiento y muerte. Se calcula que las reacciones adversas a los medicamentos cuestan millones de dólares al año.
3. **El desperdicio de recursos**. Un 10 a 40% de los presupuestos sanitarios nacionales se gasta en medicamentos, afectando los fondos públicos y personales.
4. **La pérdida de confianza del paciente**. El uso excesivo de medicamentos escasos contribuye a menudo al agotamiento de existencias y al aumento de los precios hasta niveles inasequibles, lo cual merma la confianza del paciente. Los malos resultados sanitarios debidos al uso inadecuado de los medicamentos también pueden reducir la confianza.

Dentro de los factores que contribuyen al uso incorrecto de los medicamentos se pueden mencionar la falta de conocimientos teóricos y prácticos para la prescripción y dispensación adecuada de los medicamentos, la promoción inapropiada y contraria a la de los medicamentos por parte de las empresas farmacéuticas; los beneficios

económicos provistos por la venta de medicamentos sin prescripción, la disponibilidad de medicamentos sin restricciones que conducen al consumo excesivo, a la automedicación inapropiada y a la inobservancia de los regímenes posológicos; la sobrecarga de trabajo del personal sanitario que desemboca en diagnósticos y tratamientos deficientes. Así mismo la desactualización de conocimientos y la baja asequibilidad impiden ofrecer un tratamiento completo o induce a no comprar ningún medicamento en absoluto. Todos estos factores obligan al usuario a buscar alternativas de calidad no garantizada, adquiridas a través de Internet u otras fuentes, o a emplear los medicamentos que han sido prescritos a sus familiares o amigos⁴².

A lo anterior se suma la inexistencia de políticas farmacéuticas nacionales coordinadas, se conoce que las políticas básicas recomendadas por la OMS para garantizar el uso apropiado de los medicamentos solo se aplican en menos de la mitad de los países. Dichas políticas incluyen medidas e infraestructuras apropiadas para monitorizar y reglamentar el uso de los medicamentos, y para capacitar y supervisar a los profesionales sanitarios que realizan las prescripciones.⁴²

Bajo estos argumentos, es necesario ampliar el panorama hacia las medicinas alternativas y terapias complementarias.

3.2 Homeopatía e infección respiratoria alta

3.2.1 Homeopatía

Aunque la Homeopatía nace en el Siglo XVIII a manos del Doctor Samuel Hahnemann (1755-1843), desde antes ya existían algunos esbozos de su principal precepto: La similitud.

Empedocles Agriento (V a.C.), ya había notado en la naturaleza que los semejantes son atraídos por los semejantes, e Hipócrates, el padre de la medicina describe en su *Natura Morborum Medicatrix* el gran principio en el arte de curar enfermos: “primero no hacer daño”, argumentando precozmente la imperiosa necesidad de evitar el daño al enfermo, curación que se podía lograr de dos formas; mediante el principio “*similia similibus curantur*”, o por el principio “*contraria contrariis curantur*”, que habla de la curación de una enfermedad de acuerdo a la similitud o a la contrariedad del medicamento empleado con respecto a la entidad morbosa que se deseaba tratar⁹.

Más tarde, Paracelso introdujo el concepto del vitalismo, proponiendo al principio vital como el objeto a tratar, usando dosis mínimas y considerando también la similitud en su método terapéutico⁹.

Hahnemann luego de hacer experimentación pura en si mismo con quina, concluyó que los síntomas producidos por el consumo de una sustancia en su estado puro son similares a los de la enfermedad a la que está destinada a tratar. También descubrió que la dilución de las sustancias puras, minimizaba su toxicidad potencial y que junto a la trituración de sólidos o a la sucusión de los líquidos, se lograba despertar sus propiedades curativas.⁹

La doctrina médica homeopática se encuentra claramente expuesta en el Organón Del Arte de Curar, escrita en el idioma alemán por Hahnemann entre 1840 y 1841, publicada en 1921 y traducida al inglés en 1922, texto en el que plasmó los principios de la homeopatía y todos los preceptos para su correcto ejercicio, así como conceptos que serían más adelante redescubiertos, tales como el de las vacunas, en de la desensibilización y de inmunoterapia; o fenómenos como la dinamización que hoy en día encuentran una explicación lógica a la luz de la biología molecular y de la física cuántica. En esta obra se estructura en **cinco partes básicas**: “1. Las funciones del médico, 2. El conocimiento del enfermo (historia clínica, toma del caso), 3. El diagnóstico, 4. El conocimiento de las sustancias medicamentosas (experimentación pura) y 5. La prescripción (terapéutica)”.⁴⁵

La Homeopatía fue introducida en Estados Unidos por Constantino Hering (1800-1880) en donde fundó el primer centro de estudios homeopáticos del mundo. Su aporte fue la Ley de la Curación y la obra “Los síntomas guías de la materia médica”.⁹

James Tyler Kent (1849-1916) marcó otro hito histórico en la homeopatía, con la condensación del Repertorio de síntomas, y con la experiencia acuñada en sus escritos menores, a pesar de no haber conocido la Sexta edición del Organón de Hahnemann.⁹

La homeopatía como sistema médico, cuenta con reconocimiento en nuestro país desde hace varios años; actualmente es reconocida y oficializada por la ley 1164 de 2007.⁴⁶ Mundialmente la OMS otorga valor a la medicina complementaria definiéndola y dando pautas para su crecimiento permanente, orientando el proceso que la encauce hacia su legitimización global¹¹.

La Homeopatía se caracteriza por poseer una concepción holística, totalizadora, social e histórica del sujeto. En el concepto de enfermedad ve al hombre como una totalidad biopsíquica, inmerso en un contexto social y ambiental, el enfermo es una persona en un momento vital e histórico peculiar, que atraviesa etapas y crisis; así mismo, evalúa la salud en relación con la calidad de los vínculos, comunicación e inserción social de la persona; genera conciencia por parte de los agentes de la salud de sus propias limitaciones y da importancia a la comunicación permanente entre equipo terapéutico y comunidad.^{47,48}

Igualmente enfatiza en la comprensión del otro y de su sufrimiento, da cabida al aspecto emocional, le otorga relevancia fundamental a la comunicación, a la comprensión y al respeto mutuo como factores que contribuyen al éxito de los tratamientos; observa al medio ambiente físico en función de las personas y de sus etapas vitales; la formación de sus médicos es técnica y a la vez humana; finalmente, el medicamento es considerado como un auxiliar con aspectos positivos y negativos.⁴⁷

3.2.2 Principios de la homeopatía

La homeopatía se rige por seis principios básicos: Energía Vital, individualidad, similitud, dosis infinitesimal, medicamento único y experimentación pura.

La **energía vital** se considera como la dynamis, la esencia que anima la estructura orgánica del cuerpo humano, la que le imprime la capacidad de sentir, de vivir; esta debe mantenerse en perfecto equilibrio para conservar un estado de salud, convirtiéndose en el derrotero de la homeopatía en el proceso de búsqueda de la curación⁹.

La **similitud** o ley de la semejanza, infiere que para llegar a la curación, se debe disponer de un medicamento que en si mismo incluya la totalidad de los síntomas del individuo, (en los planos mental, emocional y orgánico), así como sus peculiaridades dadas por la individualidad, de tal manera que al ser administrado, sea capaz de producir una enfermedad idéntica ligeramente más intensa a la que origina el desequilibrio de la energía vital, desencadenando así una reacción que estimule el retorno a la salud por su capacidad de autocuración.⁹

A partir del análisis, del ordenamiento de la totalidad sintomática y de los hallazgos del examen físico, el médico homeópata hallará el medicamento específico, semejante que curará "lo semejante", este principio de la homeopatía parte de la premisa "lo semejante cura lo semejante", porque no concibe suprimir o destruir el síntoma, cuando la concepción es la de equilibrarlo a través de la energía del remedio, que generará una reacción en la fuerza vital, principio rector, organizador que conducirá a otra reacción, para lograr finalmente el equilibrio: la curación, la salud⁹.

Diferente es la alopatía que cura con el principio del contrario, dirigida a la parte afectada o sintomática con el fin de eliminar el síntoma, sin embargo lo hará transitoriamente, pues no restablece el equilibrio de la energía vital a su origen real. La aplicación de ambas posibilidades se puede encontrar actualmente en la alopatía, siendo comúnmente utilizado el contrario, por ejemplo con los "anti" (antiinflamatorios, antihistamínicos, antibióticos), que actúan suprimiendo, atacando y eliminando los síntomas del paciente; el similar se puede observar por ejemplo en antiarrítmicos como la digoxina que puede causar o empeorar las arritmias.⁴⁹

La **individualidad** se ciñe estrictamente a la subjetividad del individuo, a su forma peculiar de vivir, sufrir y asumir la enfermedad, basándose en la premisa que no hay enfermedades sino enfermos. El modelo homeopático, entiende que es la totalidad del individuo enfermo la que lleva a la enfermedad, en homeopatía no se usan remedios para enfermedades o síndromes como en alopatía, se usan remedios para cada enfermo en particular según la evaluación de su grupo sintomático individual, por tanto, ante un mismo síntoma que se presente en personas diferentes, se formularán remedios diferentes. Para la homeopatía la curación está dada por la desaparición de la totalidad de los síntomas, psicológico/mentales, funcionales y somáticos.⁵⁰

El principio de la **experimentación pura** es la base de la materia médica, principio y método científico con el que se conocen las propiedades curativas de las sustancias de origen natural, que al ser suministradas a sujetos sanos encargados de registrar cuidadosamente bajo condiciones controladas, los síntomas que desarrollan para luego ser incorporados a la imagen del medicamento para la curación de enfermedades con manifestaciones similares⁹.

Las **dosis infinitesimales** hacen referencia a las dosis mínimas capaces de producir una reacción sobre la energía vital desequilibrada y de inducir la autocuración, para ello, el

medicamento ha sido dinamizado por medio de la dilución y de la sucusión o la trituración, con el fin de desarrollar las propiedades curativas de la sustancia medicinal. La efectividad del medicamento es directamente proporcional a la dilución, capaz de superar la enfermedad natural y producir de esta manera una reacción en la energía vital del paciente ⁹.

El número de Avogadro es un concepto químico que se refiere a la cantidad de elementos o sustancia contenida en una mol, equivale a $6,02 \times 10^{-23}$ moléculas por mol y se considera que al sobrepasar este número en una dilución ya no hay moléculas presentes, hecho que ocurre en homeopatía a partir de la dilución 12CH. Este es un punto que hace que la homeopatía sea cuestionada en el medio académico científico, aunque en la práctica clínica se ha podido comprobar que el medicamento homeopático actúa eficazmente⁵¹.

A la luz de los conocimientos actuales se puede entender este planteamiento de Hahnemann. Como lo plantea la ley de Arndt- Shultz: las dosis muy grandes de un medicamento producen efectos nocivos/tóxicos, las dosis medianas producen un efecto nocivo o inhibición de un sistema/célula, mientras que las dosis pequeñas lo estimulan, efecto tal que corresponde al “estímulo medicamentoso homeopático o dosis infinitesimal”. La Hormesis plantea la respuesta bifásica, define que “dosis bajas son favorables y dosis altas provocan efectos adversos”, poniendo es estos extremos al medicamento homeopático y a la dosis tóxica de una sustancia respectivamente.⁵²

El **medicamento único** indica el uso de un solo medicamento por vez para que mueva la energía vital, evitando la mezcla de varias sustancias con el fin de prevenir los sesgos en el momento de evaluar los efectos producidos, ya que no sería posible atribuir las reacciones a un solo remedio cuando se ha trabajado con un conjunto de ellos. La alopátia tiene medicamentos generales para diferentes patologías, como tal, no posee un remedio único ni una individualización⁵³.

Ilustración 3-2 Principios de la Homeopatía



La Homeopatía es una de las formas de la Medicina Alternativa y Complementaria, que como sistema médico holístico, considera la existencia del ser humano como un cuerpo triádico, conformado por un componente material y un componente mental intercomunicados y regulados por una energía vital, ellos a su vez se encuentran unidos por un cuerpo espiritual. Por ello la homeopatía busca identificar los síntomas mentales, emocionales, físicos, espirituales y emocionales del individuo, así como sus experiencias personales.⁵⁴

Actualmente la psiconeuroinmunendocrinología, sustenta científicamente la tríada propuesta hace doscientos años por Hahnemann, basado en el estudio y en la determinación de la vías de neuropéptidos y neurotrofinas que se desencadenan tras estímulos ambientales y emocionales, induciendo como respuesta, manifestaciones localizadas orgánica o fisiopatológicamente⁵⁵.

El abordaje de la persona como un todo, como un ser íntegro en su corporalidad física, mental y espiritual, conduce al entendimiento del mundo interno del paciente, de su dinámica vital, de su esencia como ser humano y de la manera como fluye su energía en una autointeracción y en interacción con otros y con el entorno.⁵³

Esta dinámica vital le confiere a la homeopatía la propiedad de establecer una conexión entre los síntomas psicológicos y los síntomas fisiológicos que manifiesta el individuo, lo que permite establecer una visión integral de los múltiples factores causales y predisponentes que han desencadenado el desequilibrio de la corporalidad y de la dinámica vital, originando la manifestación de una enfermedad.¹⁵ Por ello es simple concluir, que cada persona es única e irrepetible en la manera de sufrir su padecimiento, de asumirlo y de vivirlo, deduciendo de este modo el principio de la individualidad, derivado de la subjetividad de la persona.⁵²

3.2.3 Homeopatía y Pediatría

El uso de la homeopatía se ha incrementado en las últimas décadas, convirtiéndose en un factor importante dentro de los sistemas de salud pública, debido a una mayor percepción de los usuarios de los servicios de salud en cuanto a las deficiencias de la medicina tradicional, tales como los efectos adversos, la falta de un abordaje holístico de las dolencias de la persona⁵⁶ y a las fallas terapéuticas de los medicamentos convencionales⁵⁷.

Por ejemplo, en el Reino Unido el número de consultas de homeopatía se cuadruplicaron entre los años 1991 y 1997; en Alemania, país de origen de la homeopatía, el 10% de los hombres y el 20% de las mujeres de la población general usan medicamentos homeopáticos, tanto para enfermedades agudas como para enfermedades crónicas.⁵⁸ En la India, la preferencia por el empleo de las Medicinas alternativas se constituye en la segunda causa para no consultar a los servicios de urgencias, debido a la insatisfacción de los usuarios de los servicios de salud frente a la medicina tradicional.⁵⁹

También existe la percepción que los niños son mejores respondedores a este tipo de medicina, a pesar de las controversias que se suscitan a nivel científico y que piden más y mejores estudios de la homeopatía, especialmente sobre la población infantil.⁶⁰ De hecho, se ha demostrado que la población infantil es muy sensible, en particular a los

efectos de los medicamentos homeopáticos, que prescritos adecuadamente, producen más y mejores efectos en comparación con tratamientos tradicionales.⁶¹

Los padres en general buscan una mejor opción para el tratamiento de condiciones dermatológicas, respiratorias, neurológicas y musculoesqueléticas principalmente, así como de las patologías de oídos, nariz y garganta. Se determinó además en un estudio de 8.5 años de seguimiento que el uso de productos homeopáticos en la población infantil se centra en el tratamiento de casos de diarrea, infecciones respiratorias agudas y para el síndrome de déficit de atención e hiperactividad⁶².

En Canadá se observó que el 18% de los niños ha recibido terapias alternativas, la mayoría de ellos con homeopatía, para el tratamiento de enfermedades dermatológicas, respiratorias altas y desórdenes emocionales; mientras que en Inglaterra el 15% de los niños diagnosticados con asma y el 35% con dermatitis atópica habían usado homeopatía. En Noruega se reportó además un considerable aumento de la demanda hacia la Homeopatía entre los años 1985 y 1998 (del 10 al 25%)⁶³.

El uso de la homeopatía para el manejo de las infecciones del trato respiratorio, se registra científicamente desde el 30 de Septiembre de 1850, fecha en la que se reportó por primera vez el uso exclusivo de medicamentos homeopáticos en el tratamiento de una niña de 12 años con resfriado común, obteniendo como resultado la disminución de la intensidad de los síntomas (cefalea, tos irritantes y fiebre) administrando en diferentes días Aconitum, Bryonia y Nux Vómica, describiendo también por primera vez la superioridad de la homeopatía sobre la medicina tradicional.⁶⁴ Un siglo más tarde, en el año 1961, se publicó la primera reseña en una revista alopática (British Medical Journal), de la curación de una persona con diagnóstico de pleuroneumonía mediante el tratamiento combinado con homeopatía y baños fríos.⁶⁵

A pesar de la consuetudinaria discusión de la efectividad de la homeopatía, comparada con la alopática⁶⁶, se ha logrado demostrar que la homeopatía es tan eficaz como el tratamiento con medicamentos tradicionales para el manejo de las infecciones respiratorias agudas, básicamente en lo concerniente a la reducción en la duración de síntomas en días, tanto en niños como en adultos, sin presentar reacciones adversas al tratamiento, conformando de esta manera una opción para el manejo primario de los estados respiratorios agudos⁶⁷, así como en la reducción de tratamientos quirúrgicos con adenoidectomías y amigdalectomías⁶⁸

La utilidad de la homeopatía es manifiesta tanto en el tratamiento de cuadros agudos, como en el de las recidivas y en el de los cuadros cronificados; por ejemplo, se ha observado que para pacientes con sinusitis, la calidad de vida mejora hasta 8 años después de haber recibido el tratamiento homeopático.⁶⁹

Por ello, hoy en día se observa una mayor receptividad de la comunidad en general hacia la homeopatía, tanto por pacientes como por los pediatras, que incluyen en las discusiones de tratamiento la opción para el uso de esta alternativa.⁷⁰

También se ha demostrado que la homeopatía ofrece como ventaja adicional, la reducción significativa de costos en salud en lo concerniente a los gastos incurridos por tratamiento de enfermedades del tracto respiratorio, al configurar al medicamento homeopático como un producto más económico que las presentaciones alopáticas,

permitiendo reducir la inversión hasta en un 35.8% en el primer año en pacientes con enfermedades respiratorias recurrentes ⁵⁷.

Los buenos resultados ha estimulado el aumento en el número de consultas con los servicios de homeopatía para el manejo de las infecciones respiratorias en la población infantil⁷¹, hasta el punto de originar fenómenos similares a los observados con la medicina tradicional: la autoprescripción, que tiende a presentarse cuando ya se conoce el medicamento constitucional del niño, facilitando el manejo de recidivas o para este caso, nuevos episodios de infección respiratoria alta aguda.⁷²

El uso de la homeopatía se ha globalizado como una opción para el tratamiento de diferentes patologías, no solo por el alto grado de satisfacción de sus usuarios en razón a la inexistencia de efectos secundarios que representa menores riesgos⁷³, sino que también por la facilidad que ofrece para el suministro de las presentaciones como los glóbulos, acompañado de un sabor agradable, contrario a la gran mayoría de las medicamentos alopáticos comercializados que son de difícil aceptación por parte de los niños⁷⁴. Muchos hospitales y entidades prestadoras de salud ya incorporaron en su plan de beneficios la práctica de la Homeopatía.⁷⁵

Es conocido en el ámbito de la Medicina Alternativa, que para la indicación de un medicamento homeopático es imprescindible la toma de la totalidad sintomática, la modalización completa de los mismos y de las condiciones que agravan o mejoran una manifestación clínica, incluyendo los síntomas de la esfera mental y emocional que acompañan al cuadro agudo⁷⁶. Es decir, la homeopatía es útil para tratar cuadros agudos y cuadros crónicos.

Los mejores resultados se obtienen tras una apropiada toma del caso, un completo examen físico, una adecuada jerarquización y repertorización de los síntomas, así como del conocimiento de la materia médica; se debe evitar la alopaticización de la homeopatía cuando se prescribe un medicamento de acuerdo a las manifestaciones agudas de una entidad morbosa, sino que por el contrario, se debe abordar al enfermo según sus modalidades reaccionales particulares, que finalmente son las que van a condicionar la aparición de los procesos infecciosos a repetición, las recidivas y las fallas terapéuticas⁷⁷, esto significa que cada persona hace su enfermedad en función de su terreno individual, único e irreplicable, sentando las bases para dar cumplimiento a la Ley de los Semejantes.

De hecho, en una serie de casos en la India, se logró demostrar la eficacia absoluta de homeopatía cuando el medicamento elegido es el constitucional, ajustado al momento de la enfermedad aguda del paciente, el cual puede variar una vez ceda la entidad morbosa, virando hacia un nuevo medicamento, cada uno de ellos regidos por la individualidad coyuntural de la persona⁷⁸.

Por lo anterior, es necesario que los estudios de investigación en homeopatía se rijan por el medicamento constitucional, evitando los modelos utilizados en la medicina convencional, ya que no se trata de un medicamento asignado para una enfermedad, sino para la que persona que la sufre, obligando a que se realicen diseños metodológicos juiciosos que respeten la doctrina de la homeopatía⁷⁹.

Con base en estos cuadros reaccionales particulares, se puede establecer una relación con las patogenesias conocidas de los remedios, haciendo una aproximación a la forma de enfermar de cada persona, dentro de unos síntomas estereotipados en cada una de las afecciones respiratorias –o de cualquier otro tipo- a pesar de las diferentes etiologías subyacentes. El medicamento por ningún motivo puede ser seleccionado por la enfermedad, sino por el conjunto de signos característicos del cuadro en el contexto de la subjetividad del paciente, respetando la individualidad del enfermo⁸⁰.

Si esta prescripción resulta ser acertada, basada en el principio de la individualización, la recuperación será más rápida, con un período de convalecencia mucho más corto⁸¹.

A continuación se mencionan los medicamentos más utilizados en cada una de las entidades que abarca las infecciones respiratorias altas, con una breve descripción de la particularidad del cuadro clínico que debe ser relacionada siempre con la esfera mental y emocional del paciente:

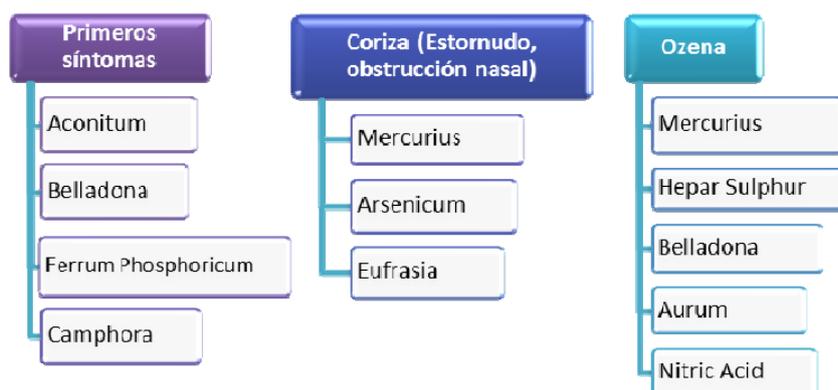
3.2.4 Homeopatía en la Infección Respiratoria Alta aguda

Gripe

Los cuadros infecciosos respiratorios altos suelen iniciar con síntomas generalizados leves localizados a nivel de nariz, cabeza y faringe, que posteriormente de acuerdo al individuo, pueden ubicarse en cualquier área del aparato respiratorio superior (conducto auditivo, senos paranasales, faringe, y amígdalas).

Para los síntomas comunes se usan con mayor frecuencia los siguientes medicamentos:

Ilustración 3-3: Medicamentos homeopáticos más utilizados para la Gripe. ^{76, 80, 81, 82, 83, 84}



La triada clásica de uso para el manejo de la rinofaringitis son Aconitum, Belladonna o Ferrum Phosphoricum⁸¹.

Aconitum: Es el gran remedio de la fase congestiva arterial y de los fenómenos inflamatorios, indicado para el manejo de los síntomas iniciales, generalmente es muy eficaz y de acción rápida. Los cuadros del individuo Aconitum se caracterizan por su aparición súbita y violenta tras la exposición al viento frío y seco. Cursan con ansiedad y agitación extrema del niño, se torna demandante de cuidados inmediatos, asociado a gran sed, sequedad quemante de la piel y dolor intolerable en la noche, que se agrava hacia la media noche.^{76, 80, 81, 82.}

Belladona: Es el medicamento indicado para los cuadros que preceden a las amigdalitis, que inician bruscamente con cefaleas intensas, calor febril intenso, radiante con transpiración abundante en sus partes cubiertas. Hay gran abatimiento, lentitud y somnolencia, así como sequedad de las mucosas, espasmo y fenómenos congestivos localizados (eritema timpánico, faringe congestiva, rubicundez facial, etc).^{80, 81.}

Ferrum Phosphoricum: Es el medicamento homeopático cardinal de los estados congestivos inflamatorios agudos o subagudos con tendencia hemorrágica (epistaxis, esputo con pintas de sangre, hemorragias timpánicas). Hay alternancia de enrojecimiento y palidez facial, y los dolores son cambiantes (de un oído a otro, hacia la laringe, etc). Generalmente son niños débiles, pálidos, poco resistentes y fatigados, que hacen fiebres no muy altas (no mayor de 38oC).^{80, 81.}

Otros posibles medicamentos son:

Mercurius solubilis: Marcado por el escurrimiento nasal espeso e irritante, purulento y verdoso, dolores óseos de la cara, con reacción de los senos paranasales maxilares y frontales. En los brotes hay hipersialorrea, la lengua está hinchada y con marcas dentales, acompañado de aliento fétido.^{82, 83.}

Kali Bichromicum: Indicado en personas con escurrimiento posterior abundante, espeso, amarillo o verdoso, filamentoso, las secreciones forman tapones que se adhieren a la mucosa, que se encuentra ulcerada con lesiones clásicas en sacabocados. También presenta dolor en los senos paranasales.^{76.}

Hydrastis canadensis: Util en los catarros crónicos, con secreciones amarillentas, filamentosas, viscosas y adherentes. Sensación de obstrucción nasal en ambiente caliente^{76, 83}

Pulsatilla: Es el medicamento de las afecciones catarrales, con mucosas que se encuentran congestionadas e inflamadas, rinorrea amarilla o amarillo-verdosa, diurna, el escurrimiento es espeso no irritante, de la mano de tos húmeda que agrava por el calor y mejora al aire libre. Tiende a la cronicidad.^{81, 83}

Arsenicum: El enfermo es propenso a los resfriados asociados a los cambios de clima, cursa con tos dolorosa, frecuente y húmeda, después de sonarse tiene sensación de ardor, con irritación de la nariz y del labio superior, cursa con obstrucción nasal unilateral y con sensación de agua helada o hirviendo corriendo por las venas. Tiene sensación de frío y sufre una postración rápida. La sed es de pequeñas cantidades de agua helada que vomita después de haberla tomado. Intolerancia a la vista y al olor de los alimentos. Los

vómitos son violentos concomitantes con diarrea frecuente, quemante, escasa y pútrida.^{76, 81}

Dulcamara: Indicada cuando los síntomas empeoran al buscar calor o abrigo, los estornudos y la tos se presentan en accesos, la congestión nasal y conjuntival predomina en recintos secos y cerrados.^{81, 82}

Eupatorium Perfoliatum: Cubre el resfrío clásico, con dolores osteomusculares intensos generalizados que agravan por el mínimo movimiento, con sensibilidad dolorosa en los globos oculares y sed de agua que es vomitada enseguida de haber sido ingerida, falta de apetito y de ánimo.⁸¹

Gelsemium: Típico de la gripe adquirida en tiempo húmedo y caliente, se acompaña de abatimiento, somnolencia, cara roja y párpados caídos, temblores y dolor de cabeza fuerte como si le apretaran con una venda.⁸¹

Rhus toxicodendron: Conviene a las gripes desencadenadas por tiempo frío y húmedo. Gran dolor corporal que lo obliga a moverse inquietamente en su cama, no hay posición en la que esté cómodo. Tiene escalofrío como si lo salpicaran con agua fría.⁷⁶

Bryonia Alba: La presentación de los síntomas es muy lenta, se alivia con la quietud y el reposo en cama, ya que el menor movimiento le provoca náuseas. Tiene sed de grandes cantidades que toma de una vez. Hay gran sequedad de las mucosas y tos que lo obliga a agarrarse la cabeza.⁸¹

Kali iodatum: Personas predisuestas al resfrío con cada exposición al frío o a corrientes de aire húmedo, la tos es fuerte, con secreciones acres y acuosas, asociado a dolor de cabeza de localización frontal, nariz roja e irritada, sed violenta. Su estado empeora con el calor.⁸¹

Phosphorus: Corresponde a estados gripales con tos que sacude todo el cuerpo, siente calores en tórax y espalda con sed ardiente de grandes cantidades de líquido que son vomitadas apenas las ingiere. Estos estados gripales tienden a evolucionar a neumonía.⁸¹

Allium cepa: Se caracteriza por producir secreción que lastima los bordes de la nariz acompañado de lagrimeo no irritante.⁷⁶

Euphrasia: Su característica más representativa es la secreción nasal es suave con lagrimeo irritante.⁸²

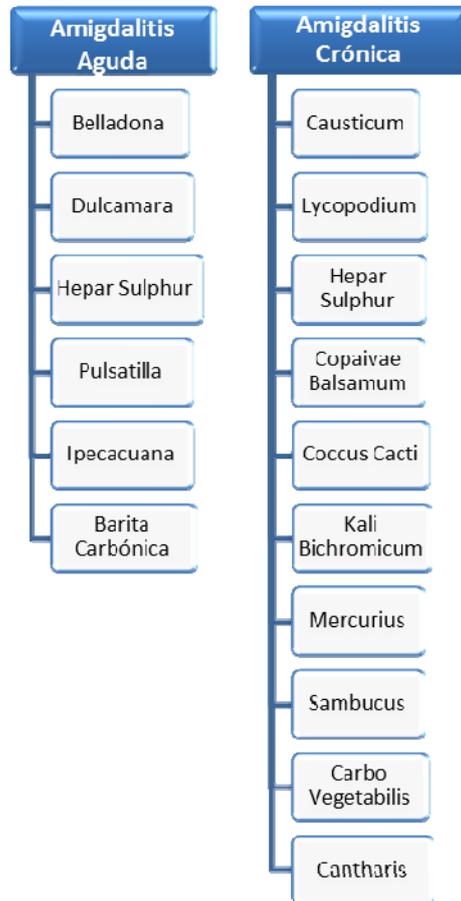
Aralia racemosa: La tos siempre inicia diariamente en el momento de acostarse.⁸⁰

Faringitis y amigdalitis

Cuando el cuadro agudo es de aparición violenta, es útil la medicación homeopática previa a la prescripción del remedio de fondo o constitucional. Los medicamentos

constitucionales más frecuentes suelen ser Silícea, Lycopodium, Sulphur, Calcárea entre otros.⁸¹

Ilustración 3-4: Medicamentos homeopáticos más utilizados para la Amigdalitis. ^{76, 80, 81, 83, 84}



Belladona: Es útil durante la fase aguda de inicio brusco, que cursan con una faringe de color rojo brillante, con amígdalas hipertróficas eritematosas sin exudado, disfagia intensa, ganglios dolorosos y aumentados de tamaño, sequedad de boca y garganta con espasmos faríngeos al ingerir líquidos que luego salen por la nariz. Se acompaña de fiebre intensa, abatimiento, transpiración y gran sed.^{80, 82.}

Mercurius Solubilis: Su intensidad es mucho menor a comparación de la Belladona, de inicio lento con poca fiebre, ganglios endurecidos y agrandados, la garganta es de color rojo-oscura, con puntos blancos en las amígdalas, con sensación de cuerpo extraño, lengua saburral con improntas dentales, salivación abundante fétida durante el sueño que moja la almohada, halitosis y disfagia con dolor que se irradia hacia los oídos.^{80,83.}

Mercurius Cyanatus: Los síntomas son similares a Mercurius solubilis, pero con mayor deterioro del estado general, acompañado de la presencia de falsas membranas grisáceas, espesas y adherentes con adenopatías cervicales.^{80.}

Ailanthus: El cuadro es de inicio rápido, con estado general muy deteriorado, asociado a sed y fatiga intensas. Hay sequedad bucal, la faringe se observa oscura y barnizada, generalmente se encuentra una adenopatía cervical única y dolorosa.^{80.}

Kali Bichromicum: Util en las amigdalitis con úlceras, profundas y de bordes bien definidos (en sacabocado), la lengua, faringe y amígdalas se encuentra eritematosas, con salivación espesa y halitosis.^{80.}

Phytollaca: Indicado cuando la persona refiere enfriamiento al exponerse a clima húmedo y frío, cursa con fiebre, garganta roja y pilares congestionados, lengua seca, tiene la sensación de tener un cuerpo extraño en la garganta que no puede deglutir, no puede tragar líquidos calientes. Presenta dolor muscular con rigidez de cuello, adenopatías y cansancio.^{80.}

Hepar Sulphur: Es el medicamento de las amigdalitis con tendencia supurativa, corresponde a dolor pulsátil, punzantes, como una astilla de madera que irradian al oído ipsilateral al tragar o bostezar. El cuello esta rígido, doloroso y no soporta el menor contacto. El niño es friolento e hipersensible al dolor.^{80.}

Ipecacuana: Indicada en las tumefacciones severas de la mucosa y en abscesos periamigalinos.^{74.}

Barita Carbónica: En niños predispuestos a enfermarse, hipersensibles al frío, con amígdalas hipertróficas rosadas, disfagia y adenopatías cervicales.^{80.}

Coccus Cacti: Irritación de la laringe con ronquera y sensación de sequedad de garganta.^{80.}

Apis Mellífica: Indicada en personas con gran edema de las amígdalas y del velo del paladar, con la úvula como un badajo de campana semitransparente. La mucosa faríngea esta roja, barnizada. Hay ausencia de sed, constricción con dolores punzantes y ardientes que agravan por el calor. Es muy útil en el terreno alérgico.⁸³

Acónitum: Cuadro que aparece bruscamente por un enfriamiento y después de la medianoche con tos perruna y dolor laríngeo al toser, fiebre alta, seca e intensa, la enfermedad se acompaña de intensa inquietud y temor a morir.^{76.}

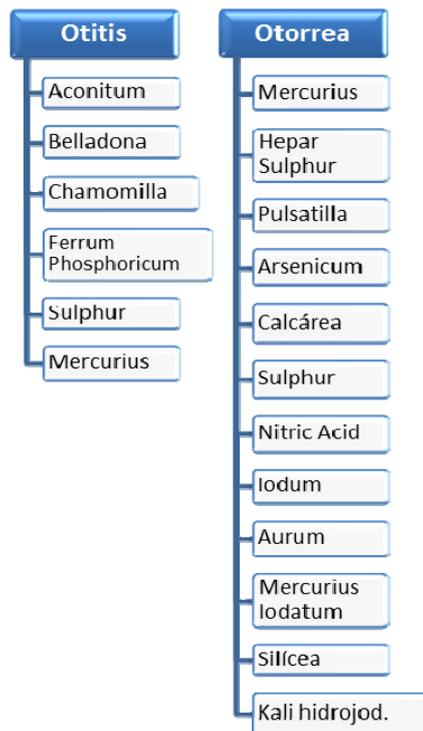
Spongia: Se despierta bruscamente con tos seca y un ruido como si serruchara madera, relacionado con sofocación intensa, palpitaciones violentas y temor a morir.^{76.}

Chlorum: Tiene sensación de constricción, sofocación con dificultad espiratoria, ojos fijos, salientes y cianosis facial.⁷⁶

Otitis

Capsicum: Predomina la otalgia violenta, con sensación de quemadura intensa y resequedad en la garganta que se irradia al oído. El trago y la región mastoidea son dolorosos al tacto.^{77, 82.}

Ilustración 3-5: Medicamentos Homeopáticos para la Otitis.⁸³



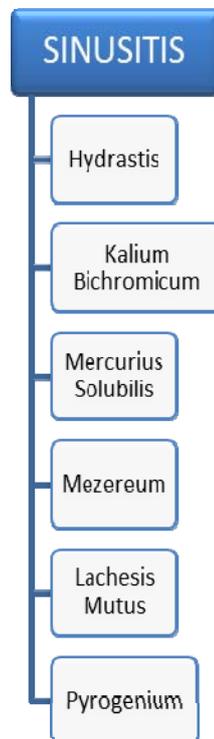
Chamomilla: Niños agitados con dolor intolerable, coléricos e hipersensibles al dolor, los tres síntomas cardinales son el enrojecimiento de sólo una mejilla, agitación extrema que mejora cuando el niño es tomado en brazos y agravación nocturna.^{77, 82.}

Kalium muriaticum: Apropiado en obstrucciones tubáricas crónicas, asociado a edema de la Trompa de Eustaquio y en otitis seromucosas.^{80.}

Sinusitis

Mezereum: Siente dolores ardientes en los huesos de la nariz y de la cara, rinorrea mucopurulenta sanguinolenta. Los síntomas se agravan en la noche, con el frío y con la presión en las zonas dolorosas.⁸⁰

Pyrogenium: Útil en fenómenos inflamatorios localizados con fase supurativa, mejoran con el calor local, sobre todo si se acompaña de una reacción febril.^{80.}

Ilustración 3-6: Medicamentos Homeopáticos para la Sinusitis.⁸¹

3.2.5 Medicamentos según el terreno

Para Jacques Jouanny, los mecanismos de autorregulación son afectados por diferentes factores (físicos, químicos, bacterianos, emocionales, etc), manifestados mediante síntomas objetivos y subjetivos, que varían de acuerdo al modo reaccional o “terreno” de cada persona. La presentación recidivante de cuadros respiratorios se encuentra relacionada con el terreno particular del individuo, el cual puede ser modificado con el medicamento homeopático individualizado.⁸³

- **Síntomas del modo reaccional psórico:**⁸³

Se caracterizan por ser episodios escalonados en el tiempo, con una periodicidad en sus manifestaciones, estas pueden ser alternantes o sustituidas unas con otras, usualmente tiene una repercusión importante sobre la esfera mental (irritabilidad y agitación) y una susceptibilidad a los ácaros cuando hay un fondo alérgico subyacente, los principales remedios son:⁸³

Ilustración 3-7 Síntomas del modo reaccional psórico

<p>Calcárea carbónica Calcárea phosphórica</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hipertrofia del tejido linfoide (ganglios cervicales, amígdalas, vegetaciones adenoideas) • Tendencia a la periodicidad de las manifestaciones. 	<p>Hepar sulfur</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fenómenos inflamatorios y supurativos. • Hipertrofia linfoide • Hipersensibilidad al tacto (ganglios cervicales) • Agravación con el frío • Mejoría con el calor • Sensación de astilla o de latidos dolorosos en las regiones afectadas. • Tendencia a estar irascibles durante la enfermedad. 	<p>Lycopodium</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes familiares o personales de litiasis y migrañas. • Trastornos metabólicos • Trastornos digestivos asociados a pobre apetito. • Trastornos cutáneos. • Tendencia a la amigdalitis, a la obstrucción nasal alternando con catarro fluido en el día.
<p>Sulphur</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asociación entre un proceso congestivo de mucosas y trastornos presentes o pasados que ya han justificado este remedio. • Presencia de fondo alérgico. 	<p>Sulphur Iodatum</p> <ul style="list-style-type: none"> • Niño o adolescente poco robusto, sensible al frío. • Adenopatías duras, pequeñas y dolorosas. 	<p>Natrum muriaticum</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rinitis a repetición • A veces acompañada de tos, de complicaciones bronquíticas o asma.

• **Modo reaccional psicósico:**⁸³

Las manifestaciones evolucionan por brotes que se hacen cada vez más largos e insidiosos, asociados a factores alimentarios, polución y supresiones (antibióticoterapia, corticoterapia, vacunas, desensibilizaciones, etc). Generalmente se acompaña de hipertrofia adenoidea.⁸³

Ilustración 3-8 Modo reaccional psicósico

<p>Dulcamara</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hipersensibilidad al frío húmedo. • Obstrucción nasal. • Tos seca o húmeda y productiva. • Adenopatías cervicales de aparición brusca. 	<p>Silícea</p> <ul style="list-style-type: none"> • Catarro crónico y tórpido de las mucosas. • Sobreinfecciones prolongadas. 	<p>Ihuja occidentalis</p> <ul style="list-style-type: none"> • Catarro crónico de instauración progresiva. • Agravación general por la humedad. • Desarrollo lento, insidioso y tórpido de los trastornos mórbidos. 	<p>Natrum sulfuricum</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sujetos friolentos, sensibles al frío • Episodios prolongados de rinorrea abundante, acuosa, amarillenta o verdosa. • Tos con expectoración en quintas.
---	--	---	---

• **Bioterápicos según el modo reaccional psíquico**⁸³

Ilustración 3-9: Bioterápicos según el modo reaccional psíquico

Tuberculinum	Psorinum	Aviaire	Medorrhinum
<ul style="list-style-type: none"> •Extrema sensibilidad al frío con afección catarral de todo el árbol respiratorio. •Astenia y adelgazamiento a pesar de tener buen apetito. •Periodicidad bastante corta de los episodios mórbidos. •Tos nocturna que no lo despierta. 	<ul style="list-style-type: none"> •Propensión a las rinofaringitis o a las otitis recidivantes con recrudescimiento invernal. 	<ul style="list-style-type: none"> •Cualquier afección de la caja del tímpano o de la Trompa de Eustaquio. 	<ul style="list-style-type: none"> •En mucosas particularmente rebeldes.

3.2.6 Bioterápicos según la etiología⁸³

De acuerdo a la etiología es posible la utilización de nosodes específicos si el paciente lo requiere y se ajusta a su cuadro en particular:

Ilustración 3-10: Bioterápicos según la etiología

Influenzinum	Pertussinum	Morbillinum	V.A.B.
<ul style="list-style-type: none"> •En las consecuencias de la gripe o de las vacunas antigripales. 	<ul style="list-style-type: none"> •En las consecuencias de la tos ferina o de las vacunas anti Pertussis. 	<ul style="list-style-type: none"> •En las consecuencias de la sarampión o de las vacunas antisarampión. 	<ul style="list-style-type: none"> •En las consecuencias de la BCG.

3.2.7 Caracterología

De igual manera se puede tomar una guía de acuerdo al carácter o rasgos comportamentales del niño que definen su patrón de conducta y/o su modo reaccional, asociado a la materia médica. Por ejemplo, para la escuela Mexicana se clasifica según el carácter de cólera, celos, timidez y ansiedad, de donde se pueden elaborar los siguientes cuadros⁸⁰:

Ilustración 3-11: Caracterología

Según Didier Grandgeorge, la caracterología puede ser presentada de la siguiente manera.⁸⁴

CÓLERA

- **Chamomilla:** Irritable, malvado, insoportable, caprichoso, cólera de violencia extrema, puede terminar en convulsión o espasmo del sollozo.
- **Cina:** Agitado, no desea que se le aproximen, lo toquen o lo miren por causa de la hiperestesia cutánea, no tolera que lo tomen en brazos.
- **Hepar Sulphur:** Accesos violentos de cólera por la menor contrariedad, grita por el menor contacto, nunca está satisfecho, la cólera es seguida por tristeza y ansiedad.
- **Nux Vómica:** Llama la atención y busca rivalizar para hacerse notar, se caracteriza por su impaciencia y su tendencia a la contradicción y a la oposición. La cólera se presenta en estallidos.
- **Aurum Metallicum:** Se presenta de dos formas: El niño moreno (de aspecto triste y desafortunado) o el niño rubio (aspecto angelical engañador). Tiene cóleras violentas, es sensible a la contradicción, muy susceptible, rencoroso e hipersensible. Solloza dormido sin despertarse.
- **Stramonium, Hyosciamus, Belladona:** Cóleras que cesan con la misma brusquedad con la que iniciaron.
- **Bryonia:** Explota a la menor contradicción o contrariedad.
- **Staphysagria:** Guarda las cóleras, es incapaz de manifestarlas.
- **Anacardium:** Cólera con injurias y groserías.

CELOS

- **Iachesis:** Niños locuaces, agrava por el calor y la ropa ajustada, mejora con las secreciones. Es peleonero, jactancioso y desconfiado, se siente perseguido y tiende a malinterpretar los actos de quienes le rodean.
- **Hyosciamus:** La violencia pasa con mayor facilidad a los hechos.
- **Nux Vómica:** Deriva la agresividad hacia los objetos (rompe cosas)
- **Platina:** Orgullo por sobreestimación de sí misma, susceptible, celosa y agresiva. Su vestimenta es particular, monta en cólera por cosas insignificantes, el disgusto dura varios días.
- **Lycopodio:** Serio, de actitud reflexiva. Es egoísta y déspota, no le gusta que le levanten la mano, rumia los castigos impuestos, tendencia a la soledad. Falta de confianza en sí mismo

TIMIDEZ

- **Pulsatilla:** Tímido, sensible, afectuoso, obediente, de carácter suave y fácil, llora fácilmente, su carácter es cambiante.
- **Silicea:** Tímido, ansioso, pusilánime, se fatiga fácilmente, tiene dificultad para fijar la atención, inteligente, pero tiene miedo de no poder hacer lo que se le ordena o de no hacerlo correctamente.

ANSIEDAD

- **Aconitum:** Angustia manifestada de manera brutal, miedo inminente a la muerte, agitación extrema, agrava en la oscuridad, en la multitud o en la soledad. Angustia después de la fiebre.
- **Arsenicum Album:** Cuidadoso, extrema agitación, miedo de estar enfermo o de morir, tienen manifestaciones psicósomáticas.
- **Calcárea Carbónica:** Miedo de todo lo que ve, su imaginación se exalta en la noche.
- **Phosphorus:** Ansiedad que se agrava en la noche, estando solo y durante las tormentas. Su estado anímico es alternante.

▪ **Niño celoso**

Es un comportamiento típico de los niños que han permanecido mucho tiempo solos y que han sido objeto del cuidado exclusivo de sus padres, pero que repentinamente dejan de ser el centro de atracción por la llegada de un hermano o hermana, comportamiento que ya se narra desde los tiempos de Abel y Caín. La forma simbólica del problema de los celos es el complejo de Edipo, en el que el niño rechaza al padre y desea un amor fusional con la madre.⁸⁴

En la materia médica se encuentran medicamentos cuyo núcleo mental incluyen los celos, entre otros están:

Ilustración 3-12: Niño celoso

<p>Lachesis</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamento principal del complejo de Edipo • Niño dictador, voluble. • Afecciones del lado izquierdo 	<p>Hyosciamus</p> <ul style="list-style-type: none"> • Locuaz, se hace el tonto, rie de forma alocada. • Exhibicionista • Tos con atelectasias y convulsiones febriles. 	<p>Pulsatilla</p> <ul style="list-style-type: none"> • Niño enganchado a la madre. • No deja el chupo o el biberón. • Celos profundos 	<p>Veratrum album</p> <ul style="list-style-type: none"> • Niño celoso y mentiroso. • Autoritario. • No deja el chupo. 	<p>NuxVómica</p> <ul style="list-style-type: none"> • Meticuloso, peleador • Friolento 	<p>Canchris</p> <ul style="list-style-type: none"> • Celoso, peleador, controlador. • Testigo de sus padres manteniendo relaciones sexuales "escena primordial" • Lateralidad derecha.
<p>Natrum muriaticum</p> <ul style="list-style-type: none"> • Celoso y reservado. • Estreñimiento • Deseos de sal. • Problemas con el padre (está ausente física o emocionalmente) 	<p>Staphysagria</p> <ul style="list-style-type: none"> • Celoso, frustrado y silencioso. • Provoca situaciones sadomasoquistas (busca la bofetada) 	<p>Lycopodium</p> <ul style="list-style-type: none"> • Niño celoso del poder de los demás. • Lateralidad derecha 	<p>Calcárea sulphurica</p> <ul style="list-style-type: none"> • Celos • Laringitis a repetición 	<p>Ignatia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Celoso del bienestar de los demás. • Tendencia a tener amores imposibles. 	<p>Anantherum</p> <ul style="list-style-type: none"> • Erotomanía • Agota sexualmente a su compañero

• **Niño Perezoso** ⁸⁴

Ilustración 3-13: Niño Perezoso

<p>Baryta carbónica</p> <ul style="list-style-type: none"> • No entiende matemáticas ni logra hacer abstracciones • Hace cuadros de odinofagias con hinchazón de ganglios linfáticos en el cuello. 	<p>Lachesis</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habla mucho y no se concentra • Niño celoso. 	<p>Aetusa cynapium</p> <ul style="list-style-type: none"> • Niño "embotado por exceso de trabajo mental", por ejemplo, antes de un examen. • No tolera la leche (la relación con la madre es difícil). 	<p>Kalim phosphoricum</p> <ul style="list-style-type: none"> • Agotamiento mental antes de un examen. • Necesita ayuda, pero prefiere hacer las cosas solo. 	<p>Taraxacum</p> <ul style="list-style-type: none"> • Su problema es empezar, una vez iniciado, el resultado puede ser muy bueno. • Lengua geográfica. • Hay un problema de fe y confianza.
<p>Fluoricum acidum</p> <ul style="list-style-type: none"> • Niño bueno en matemáticas pero con graves problemas en ortografía. • Nunca asume responsabilidades. • Demasiado preocupado por el sexo. 	<p>Sulphur</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desordenado • Descuidado • Prefiere estar con sus amigos que ir a clase. 	<p>Lac caninum</p> <ul style="list-style-type: none"> • No hace nada porque todo es una nulidad y todo lo que haga estará mal. • Angustia de castración subyacente. 	<p>Cannabis indica</p> <ul style="list-style-type: none"> • En casos de sospecha de consumo de psicofármacos. • Adormilado • Tiene accidentes con frecuencia. 	

• **Niño Tímido** ⁸⁴

Ilustración 3-14: Niño Tímido

<p>Silícea</p> <ul style="list-style-type: none"> • Niño brillante, vivo, emotivo, temor a hablar en público. • Tiene miedo a salir de la burbuja. • Miedo a las agujas. 	<p>Carbo vegetabilis</p> <ul style="list-style-type: none"> • Niño tímido y lento. • Padeció un nacimiento difícil y/o problemas respiratorios. • Problemática: El paso a dar. 	<p>Plumbum</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tartamudez • Cólicos abdominales
<p>Gelsemium</p> <ul style="list-style-type: none"> • Miedo y angustia por anticipación. • Se queda en blanco en las evaluaciones, no recuerda nada de lo estudiado. • Temblores • Problemática: Miedo a hacer el gesto que desencadenará la catástrofe. 	<p>Ambra grisea</p> <ul style="list-style-type: none"> • No soporta las caras risueñas. • No tolera tener mucha gente a su alrededor. • Problemática: Acumula las cosas negativas del entorno. 	<p>Baryta carbónica</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tímido y vergonzoso porque tiene dificultades de tipo intelectual. • Se esconde detrás de los muebles. • Amígdalas grandes. • Ronquidos.

• **Niño Triste** ⁸⁴

Usualmente se asocia a eventos vitales importantes como fallecimientos en la familia, mudanzas, etc. Debe abordarse rápidamente previendo la complicación con depresión.

Ilustración 3-15: Niño Triste

<p>Abrotanum</p> <ul style="list-style-type: none"> •Niño que intenta vampirizar a los demás, captando su energía vital mediante el lacto. •La separación le descompensa 	<p>Arsenicum album</p> <ul style="list-style-type: none"> •Niño maniático, ávaro, rígido, coleccionista. •Miedo a los microbios. •No quiere molestar a los demás. •Trastornos por un duelo mal resuelto. •Problemática: Miedo a la muerte, piensa que no hay nada después. 	<p>Calcárea carbónica.</p> <ul style="list-style-type: none"> •Niño miedoso •Miedo a todo: a perros, a la oscuridad, al colegio. Este miedo lo agota. •Problemática: Su propia fragilidad. 	<p>Causticum</p> <ul style="list-style-type: none"> •Miedo a la oscuridad y a los perros. •Dislexia •Tartamudeo •Ha vivido un drama (parto traumático - fractura de clavículas), tiene miedo a que vuelva a suceder. •Problemática: La espada de Damocles.
<p>Carcinosinum</p> <ul style="list-style-type: none"> •Niño precoz, serio, meticuloso. •Sensible a la música. •Deseo de chocolate •Problemática: Se deja invadir, no sabe decir "no". Le resulta imposible estar fusionado. 	<p>Lachesis</p> <ul style="list-style-type: none"> •Locuacidad o mutismo en un niño celoso. •Atrae las picaduras de insectos. •Problemática: Complejo de Edipo. 	<p>Rhux toxicodendron</p> <ul style="list-style-type: none"> •Le gusta moverse: "el movimiento es la vida" •Se siente impedido en su acción. 	<p>Sulphur</p> <ul style="list-style-type: none"> •Sufre al tener que respetar las normas de convivencia, el aprendizaje, etc.

• **Niño mentiroso** ⁸⁴

El niño se refugia en un mundo imaginario y miente constantemente.

Ilustración 3-16: Niño mentiroso

<p>Veratrum album</p> <ul style="list-style-type: none"> •Niño mentiroso y mandón. •Se chupa el dedo o no deja el biberón. •Problemática: Tiene la impresión que ha caído del pedestal. 	<p>Opium</p> <ul style="list-style-type: none"> •Trastornos por sustos •Antecedente de anestesia o de padres que han consumido psicofármacos. 	<p>Argentum nitricum</p> <ul style="list-style-type: none"> •Niño que siempre tiene prisa, come medio sentado, medio de pie. •Miedo a llegar tarde. •Miedo a las alturas. •Problemática: Nunca ha aceptado el destete. 	<p>Ethylicum</p> <ul style="list-style-type: none"> •Niños con antecedentes de "mamar" a edades avanzadas
---	--	---	---

• **Niño que se pelea** ⁸⁴

Ilustración 3-17: Niño que se pelea

Lachesis	Hyosciamus	Nux vómica	Cenchrus
<ul style="list-style-type: none"> •Niño locuaz, autoritario. •Lateralidad izquierda 	<ul style="list-style-type: none"> •Celoso y exhibicionista •Se hace el niño pequeño, risas tontas. 	<ul style="list-style-type: none"> •Celoso, necesitado. •Cóleras si todo no está de la manera que para él es conveniente. •Abuso de alimentos fuertes. 	<ul style="list-style-type: none"> •Niños testigo de la "escena primordial" •Atraído por la pornografía en la adolescencia. •Lateralidad derecha.

• **Niño mal hablado** ⁸⁴

Es típico de la fase anal.

Ilustración 3-18: Niño mal hablado

Anacardium	Nitricum acidum	Lycopodium	Staphysagria.	Natrum muriaticum	Nux vómica:
<ul style="list-style-type: none"> •Dualidad angel/demonio. •Frecuente en las familias en las que hay gemelos. •Crueldad con los animales. 	<ul style="list-style-type: none"> •Mal carácter, rencoroso. •Rígido •Se ofende fácilmente •Problemática: El perdón no existe. 	<ul style="list-style-type: none"> •Dictador y provocador, pero con falta de confianza en sí mismo. 	<ul style="list-style-type: none"> •Busca la bofetada •Ambiente sadomasoquista 	<ul style="list-style-type: none"> •Reservado, habla poco •Problemática: Problema con el padre. 	<ul style="list-style-type: none"> •Mal hablado y fatigado. •Toma muchas sustancias estimulantes para seguir el ritmo.

4. Metodología

4.1 Tipo de estudio

Se trató de un ensayo clínico controlado aleatorizado, doble ciego, que comparó el tratamiento convencional más placebo con tratamiento convencional más homeopático, en niños de 6 meses a 5 años con infección respiratoria aguda de vía aérea superior (resfriado común), en la comunidad del Jardín Infantil de la Universidad Nacional de Colombia en la ciudad de Bogotá.

4.2 Hipótesis conceptual

El porcentaje de morbilidad, complicaciones y recurrencias de resfriado común en pacientes que reciben tratamiento homeopático, es menor que el porcentaje de pacientes que son manejados convencionalmente. Las medianas de los niveles de intensidad de los síntomas, se reducen con la intervención homeopática.

4.3 Hipótesis estadísticas^{1,85}

H_0 : La mediana de días de duración del resfriado para los tratados con homeopatía = a la mediana de días de duración del resfriado para los tratados con placebo + manejo convencional.

H_a : La mediana de días de duración del resfriado para los tratados con homeopatía \neq a la mediana de días de duración del resfriado para los tratados con placebo + manejo convencional.

H_0 : La mediana de la presencia de cada síntoma del resfriado (inapetencia, decaimiento, rinorrea, tos y obstrucción nasal) para los niños tratados con homeopatía = La mediana de la presencia de cada síntoma del resfriado (inapetencia, decaimiento, rinorrea, tos y obstrucción nasal) para los niños tratados con placebo.

Las cosas son de una determinada forma, y este planteamiento inicial, normalmente relacionado con no cambiar y continuar en su estado inicial, se denomina hipótesis nula (H_0). Esto es lo que se cree, a no ser que los datos se contradigan, en cuyo caso se considerará que se cumple la hipótesis alternativa (H_a). (Las hipótesis nula y alternativa se plantean de forma que sean excluyentes).

H_a: La mediana de la presencia de cada síntoma del resfriado (inapetencia, decaimiento, rinorrea, tos y obstrucción nasal) para los niños tratados con homeopatía ≠ La mediana de la presencia de cada síntomas del resfriado (inapetencia, decaimiento, rinorrea, tos y obstrucción nasal) para los niños tratados con placebo.

H_o: La mediana de nivel de intensidad (1:+, 2:++, 3:+++, 4:++++) para cada uno de los síntomas registrados (inapetencia, decaimiento, rinorrea, tos y obstrucción nasal) con el tratamiento homeopático = La mediana de nivel de intensidad (1:+, 2:++, 3:+++, 4:++++) para cada uno de los síntomas registrados (inapetencia, decaimiento, rinorrea, tos y obstrucción nasal) tratados con placebo.

H_a: La mediana de nivel de intensidad (1:+, 2:++, 3:+++, 4:++++) para cada uno de los síntomas registrados (inapetencia, decaimiento, rinorrea, tos y obstrucción nasal) con el tratamiento homeopático ≠ La mediana de nivel de intensidad (1:+, 2:++, 3:+++, 4:++++) para cada uno de los síntomas registrados (inapetencia, decaimiento, rinorrea, tos y obstrucción nasal) tratados con placebo.

4.4 Población objeto

Se tomó una muestra de niños entre 6 meses y 5 años que asistieron a la consulta de homeopatía en el Jardín Infantil de la Universidad Nacional de Colombia ubicado en el campus universitario de la ciudad de Bogotá, entre los años 2009 a 2011. Los niños que presentaron síntomas respiratorios agudos y que cumplían con los criterios de inclusión entraron al estudio. Se valoró la proporción de pacientes que presentaron los desenlaces a evaluar con y sin la intervención con homeopatía y que completó el seguimiento de 2 meses. Este grupo fue de cuarenta y nueve (49) niños.

4.4.1 Estrategia de la muestra

Se trató de un muestreo no probabilístico toda vez que se incluyeron los pacientes por conveniencia, es decir, que cursaron con la patología específica (Infección Respiratoria Alta no complicada) y con consentimiento informado. Esta estrategia no permitió realizar un muestreo de tipo probabilístico.

4.5 Información a la comunidad

Durante el inicio de cada período escolar se realizó un proceso de sensibilización y educación a la comunidad, por medio de charlas informativas a los padres y docentes del Jardín, respecto al manejo convencional del resfriado común, los signos de alarma, la existencia de la Maestría en Medicina Alternativa en la Universidad Nacional, los principios de la homeopatía y la importancia de la investigación para el desarrollo de políticas en salud y la apertura de nuevos espacios, que además de la Homeopatía se ha ampliado a otras disciplinas como la Osteopatía y la Medicina Tradicional China.

A los padres de familia les fue entregado un folleto informativo para que en caso que su hijo presentara resfriado común (gripa) pudiera asistir a consulta sin ningún costo y de esta manera brindarle la oportunidad de participar en el estudio.

4.6 Plan de trabajo

Posterior a la aprobación por el comité de ética, se hizo presencia en el jardín 1 a 2 días por semana para realizar consulta médica.

Los niños candidatos para ingresar al estudio debían presentar signos de infección respiratoria aguda de vía aérea superior no complicada y debían cumplir con los criterios de inclusión y no de exclusión. A los padres les fue explicado la mecánica del estudio y luego se diligenció un consentimiento informado (ver Anexo 1) que fue firmado por uno de los padres o acudiente con autorización de ellos o de quien ejerciera la patria potestad del menor.

Los niños fueron valorados por un médico pediatra y por un médico con formación en Homeopatía, se registró en un formato de historia clínica los datos clínicos completos (ver Anexo 2) teniendo en cuenta el estado nutricional y todos los signos y síntomas presentes en cada paciente. A los padres o acudientes les fue entregado un folleto informativo (ver Anexo 3) y un cuadernillo impreso para registrar los datos requeridos durante el tiempo del seguimiento (ver Anexo 4).

Antes de iniciar el proceso, un epidemiólogo externo ajeno al estudio, realizó la aleatorización de 60 tarjetas en el programa Microsoft Excel Office 2007, unos corresponderían a tratamiento homeopático y otros a placebo; luego se introdujeron en sobres, se sacó un duplicado exacto y se enumeraron los sobres por parejas iguales; estos sobres se sellaron y se enumeraron, una copia quedó en el jardín y la otra en la farmacia encargada de proveer el medicamento o el placebo.

Después de cumplir los criterios de inclusión y ser evaluados clínicamente, se seleccionó el medicamento homeopático para cada caso en particular de acuerdo a la doctrina homeopática unicista.

A medida que cada niño fue ingresando al estudio, se le asignó un número de sobre consecutivo, se marcó la fórmula con ese número, luego se contactó a la farmacia indicando el número de sobre que le correspondía; en la farmacia abrían el sobre, lo anotaban en una lista donde registraban si le había sido asignado medicamento homeopático o placebo, el número de identificación, el medicamento y la potencia enviada, para llevar un historial de cada niño. Allí fue preparado el medicamento homeopático o el placebo según correspondiera a la prescripción y a la aleatorización, posteriormente fue enviado debidamente marcado al jardín (nombre completo del niño, nombre del medicamento, potencia, fecha de preparación y de expiración) para entregarlo al familiar del niño.

La información del contenido del sobre sólo fue conocida por el farmacéuta, este no tuvo contacto con los médicos tratantes y sólo se dio a conocer al epidemiólogo externo al

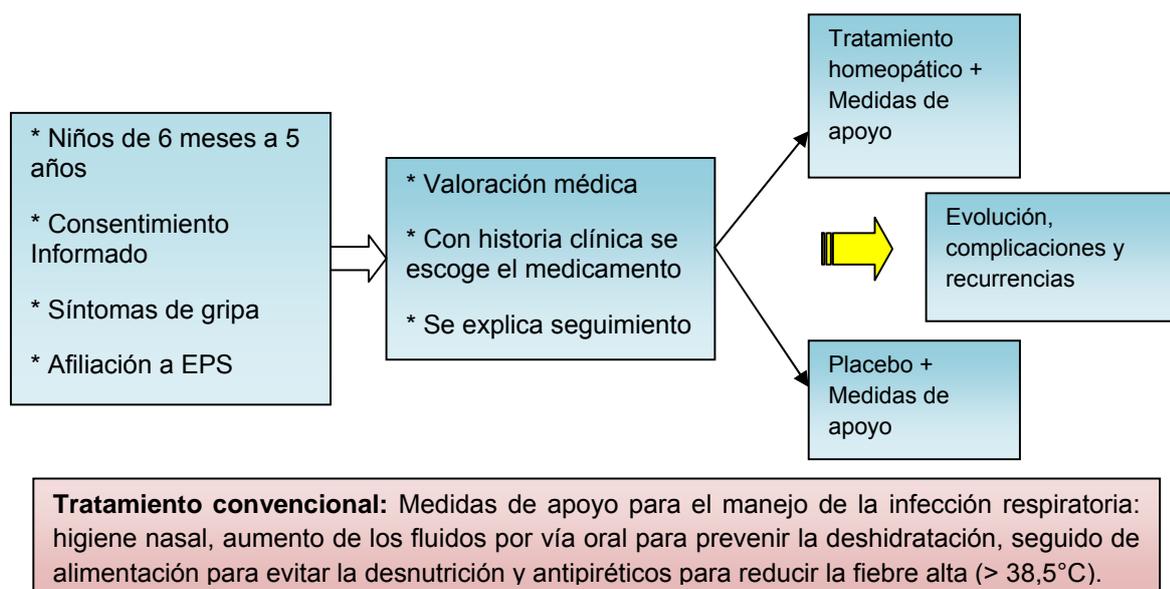
terminar el estudio para hacer el análisis de datos, después de que los investigadores llenaron la base de datos.

Al final de la consulta se explicó a los padres cómo administrar el medicamento y cómo diligenciar diariamente la libreta de seguimiento y evolución de los síntomas, en ella estaban indicados los signos de alarma por los cuales debían consultar como urgencia al servicio de salud.

A todos los pacientes les fue prescrito como tratamiento convencional lavado nasal con suero fisiológico y acetaminofén, cuya recomendación fue usarlo si el niño o niña presentaban fiebre mayor a 38,5°C, asociado a tomas más continuas de medicamento homeopático o el placebo, según correspondiera.

Los medicamentos fueron elaborados según las técnicas de la farmacopea mexicana por un laboratorio reconocido en Homeopatía (Equilibrio) que tiene registro INVIMA vigente y que cumple con buenas prácticas de manufactura.

Ilustración 4-1 Plan de trabajo



4.6.1 Presentación y posología

La farmacia Homeopática de las características descritas se encargó de la rotulación del medicamento homeopático y del placebo, estos tuvieron exactamente las mismas características físicas, por lo cual no se podía diferenciar si la presentación correspondía a placebo o a medicamento homeopático.

▪ Presentación:

- El tratamiento estaba presentado en un frasco del mismo color, con agua como solvente con una baja alcoholatura, que contenía medicamento homeopático o placebo. El tamaño, sabor, olor y color fue el mismo tanto para el placebo como para el medicamento. El frasco fue debidamente rotulado incluyendo el nombre completo del niño y el número de su documento de identificación.
- Cada paciente fue identificado con el nombre y el número de historia clínica y durante todo el estudio permaneció siempre en el mismo grupo: placebo o medicamento homeopático, en caso de requerir una segunda o tercera prescripción. Para los casos que se retiraron del estudio y reingresaron posteriormente durante un nuevo episodio gripal, fueron aleatorizados nuevamente.
- Los frascos con medicamento o placebo fueron suministrados por el estudio a cada paciente.

▪ Dosificación:

Se suministró de acuerdo a la prescripción del médico con formación en homeopatía según el caso individual, aunque se manejó una guía base de administración así:

- Una gota cada 4 horas por 24 horas (respetando el sueño).
- Luego dar una gota cada 8 horas hasta observar mejoría.
- En caso de presentar fiebre (temperatura mayor o igual a 38°C)
 - Si el niño estaba muy decaído, debía iniciar una gota cada 15 minutos por una hora.
 - Si el estado general era bueno, no aumentar la frecuencia (seguir cada 4 horas o cada 8 horas según correspondiera)

No obstante, la posología fue susceptible de variación de acuerdo a la energía vital, la edad, el plano comprometido y la severidad de los síntomas en cada niño.

▪ Potencia:

Se utilizaron las escalas cincuenta milesimal (LM) en potencias 0/6 y 0/12; o Centesimales (CH) en potencias 6a, 7a, 9a, 30a, de acuerdo al criterio del médico tratante, teniendo en cuenta la apreciación de la energía vital, la sensibilidad del paciente, la severidad de los síntomas y los aspectos sociales para la administración del remedio.

▪ Elección del medicamento homeopático:

Después de realizar la historia clínica completa previa toma del caso con la información obtenida del paciente, de los padres o acudientes y de las profesoras del jardín, se incluyó la totalidad de los síntomas (mentales, generales y particulares), se efectuó la jerarquización de los síntomas y se llevó a cabo la repertorización en medio electrónico (AcuHom ®, RADAR ®⁸⁶ o Minotti ®⁸⁷) con apoyo de los repertorios impresos de Kent o

Synthesis. Con base a este análisis y a la comparación del cuadro mórbido contra la materia médica se escogió el medicamento más adecuado para cada enfermo, respetando todos los principios de la homeopatía.

4.6.2 Criterios de inclusión de la muestra

- Niño o niña con edad entre 6 meses a 5 años.
- Presencia de dos o más signos o síntomas de infección respiratoria aguda como: rinorrea, estornudos, tos, congestión nasal y dolor de garganta; asociado o no a síntomas generales como febrícula, fiebre, malestar general, lagrimeo, cefalea, adenopatías cervicales, cambio en el estado de ánimo, cambios en el apetito. En caso de presentar rinorrea o tos persistente (crónica, más de 15 días), se planteó si se trató de agravación o recaída de un cuadro crónico de acuerdo al criterio subjetivo de la madre o del acudiente.
- Firma del consentimiento informado por uno de los padres o acudientes con autorización de los padres o de quien ejerciera la patria potestad del menor.
- Estar afiliado a un sistema de salud.

4.6.3 Criterios de exclusión

Fueron excluidos los niños que presentaron las siguientes condiciones durante el ingreso:

- Signos de dificultad respiratoria según los criterios de AIEPI: Los niños fueron valorados y remitidos a su EPS para diagnóstico complementario y tratamiento.
- Presencia de otorrea, otorragia o dolor de oído en la primera consulta.
- Signos de croup con presencia de estridor, los niños fueron valorados y remitidos a su EPS para diagnóstico complementario y tratamiento.
- Antecedentes de enfermedad respiratoria crónica: Uso de corticoides orales continuos al momento de la valoración, hipertensión pulmonar, displasia broncopulmonar y alteraciones del parénquima pulmonar graves.
- Inmunodeficiencias diagnosticadas.
- Uso de medicamentos citotóxicos, esteroides o antibióticos regularmente.
- Uso de homeopatía en el último mes.
- Cardiopatías.

- Malformaciones congénitas múltiples.
- Enfermedades neurológicas graves.

Durante el período de observación fueron excluidos los niños con las siguientes condiciones

- Uso concurrente de otras medicinas o terapias alternativas.

4.7 Identificación y clasificación de variables

4.7.1 Variables independientes

- **Edad:** En meses cumplidos al ingresar al estudio.
- **Género:** (variable nominal): Masculino o femenino.
- **Antigüedad en el jardín:** En meses contados desde el primer mes que ingresó al jardín.
- **Estrato socioeconómico:** (variable ordinal). Según el recibo del acueducto de la vivienda en la que vivía al momento de ingresar al estudio: 1 al 6.
- **Peso bajo al nacer menor a 2.500 grs:** Sí o no.
- **Tiempo de lactancia materna:** En meses, al inicio del estudio.
- **Condiciones de hacinamiento:** Si o no. Definido como dormir tres o más personas en una misma habitación regularmente.
- **Exposición al humo:** Sí o no. Exposición al humo de cigarrillos.
- **Uso de inhaladores previamente:** Si o no, usó alguna vez inhaladores antes del ingreso a la investigación.
- **Peso bajo:** Al inicio del estudio, en kilogramos inferior al percentil 3 según tablas de la OMS 2005.
- **Talla baja:** Al inicio del estudio, en centímetros, se tomaron 3 medidas a las cuales se les halló el promedio, la medida fue tomada con el niño o niña sin ropa apoyando 3 puntos (talón, glúteos y espalda) de pie para niños de 2 años o mayores, a los menores se les tomó en decúbito dorsal utilizando infantómetro.
- **Peso al ingreso:** (variable ordinal). En kilogramos y ubicación en el percentil al inicio del estudio: Menor a 3, de 3 a 14, de 15 a 49, de 50 a 84, de 85 a 97, mayor a 97.

Los niños fueron pesados sin ropa y se anotaron los percentiles correspondientes según las tablas de la OMS 2005⁸⁸.

- **Número de episodios de infección respiratoria este año:** En número entero.
- **Número de gripas antes de ingresar al estudio:** Teniendo en cuenta la fecha de ingreso a la investigación.
- **Presencia de rinorrea habitual:** si o no subjetivamente referida por los padres o acudientes.

Los siguientes datos fueron tomados durante la consulta de ingreso al estudio:

- **Días de evolución del resfriado al momento de la consulta:** En números enteros o con decimales si se precisa (ejemplo día y medio= 1,5).
- **Horas de fiebre:** Temperatura mayor a 38°C medida a nivel axilar con termómetro de mercurio, o subjetiva referida por la madre. Antes del ingreso al estudio, desde el primer pico de fiebre hasta el último registrado por los padres o cuidadores.
- **Número de dosis de acetaminofén:** En número entero, dosis administradas por día (desde la madrugada hasta antes de la media noche) en este episodio respiratorio.
- **Días de inapetencia:** Número entero, días de disminución subjetiva de la ingesta por el cuidador, (proporcionalmente menor de lo usual) según la escala de Likert:
 - Medida de 0: Normal o no presenta el síntoma
 - +: Escasos síntomas (apetito menor de lo usual)
 - ++: Síntomas moderados (apetito reducido a la mitad de lo normal)
 - +++: Síntomas incrementados (Acepta sólo líquidos)
 - ++++: Síntomas muy incrementados (Mínimo apetito).
- **Días de decaimiento e hipoactividad:** Número entero, expresado en días de decaimiento, referidos por la madre o cuidador.
- **Días de tos:** Número entero, días con tos referidos por la madre o cuidador.
- **Días de rinorrea:** Número entero, días de rinorrea referidos por la madre o cuidador.
- **Días de obstrucción nasal:** Número entero, días de referido por la madre o cuidador.

4.7.2 Variables dependientes

Seguimiento del primer episodio respiratorio después de la intervención.

- **Recibió medicamento homeopático:** Si o no (placebo)

- **Días de evolución del resfriado después de iniciada la intervención:** En números enteros o con decimales si se hubiese requerido (ejemplo día y medio= 1,5).
- **Horas de fiebre:** Temperatura mayor a 38°C medida a nivel axilar con termómetro de mercurio o percibida subjetiva y cualitativamente como alta. Después de iniciada la intervención (administración de remedio homeopático o placebo), desde el primer pico de fiebre hasta el último registrado por los padres o cuidadores.
- **Número de dosis de acetaminofén:** En número entero, número de dosis administradas por día (desde la madrugada hasta antes de la media noche) después de iniciada la intervención.
- **Días de inapetencia:** Número entero, refleja los días de la disminución subjetiva de la ingesta, observada por el cuidador (proporcionalmente menor de lo usual).
- **Máxima Intensidad de la disminución del apetito:** Medida subjetivamente según la escala de 0 (normal) a 4 cruces (++++) inapetencia muy marcada.
 - Medida de 0: Normal o no presenta el síntoma
 - +: Escasos síntomas (apetito menor de lo usual)
 - ++: Síntomas moderados (apetito reducido a la mitad de lo normal)
 - +++: Síntomas incrementados (Acepta sólo líquidos)
 - ++++: Síntomas muy incrementados (Mínimo apetito).
- **Días de decaimiento e hipoactividad:** Número entero, referido por la madre o cuidador.
- **Máxima intensidad de la disminución de la actividad:** Medida subjetivamente:
 - Medida de 0: Normal o no presenta el síntoma
 - +: Escasos síntomas (actividad menor de lo usual)
 - ++: Síntomas moderados (actividad reducida a la mitad de lo normal)
 - +++: Síntomas incrementados (Actividad muy disminuida)
 - ++++: Síntomas muy incrementados (Actividad mínima, requiere reposo).
- **Días de tos:** Número entero, referido por la madre o cuidador.
- **Máxima intensidad de la tos:** Medida subjetivamente:
 - Medida de 0: Normal o no presenta el síntoma
 - +: Escasos síntomas.
 - ++: Síntomas moderados.
 - +++: Síntomas incrementados
 - ++++: Síntomas muy incrementados (Tos intensa)
- **Días de rinorrea:** Número entero, días con rinorrea referido por la madre o cuidador.
- **Máxima intensidad de la rinorrea:** Medida subjetivamente:
 - Medida de 0: Normal o no presenta el síntoma
 - +: Escasos síntomas.
 - ++: Síntomas moderados.

- +++: Síntomas incrementados
- ++++: Síntomas muy incrementados (Exceso de moco nasal)
- **Días de obstrucción nasal:** Número entero, días de obstrucción referidos por la madre o cuidador.
- **Máxima intensidad de la obstrucción nasal:** Medida subjetivamente:
 - Medida de 0: Normal o no presenta el síntoma
 - +: Escasos síntomas.
 - ++: Síntomas moderados.
 - +++: Síntomas incrementados
 - ++++: Síntomas muy incrementados (Ronquido, respiración oral)

Seguimiento durante el período de observación de dos meses.

- **Peso al egreso de la investigación:** Tomado en kilogramos, en número entero con un decimal.
- **Variación del peso:** En kilogramos, la variación del peso entre el inicio de la intervención y el final del estudio.
- **Recibió antibiótico :** Sí o no, indicación y nombre del antibiótico
- **Número de horas de fiebre al iniciar el antibiótico:** Fueron medidas el total de horas de fiebre desde el primer pico febril.
- **Presencia de otitis media aguda:** Si o no, definida por presencia de fiebre asociado a líquido en el oído medio, asociada a signos y síntomas de inflamación aguda local: eritema, abombamiento, opacidad o ruptura timpánica (otorrea) y/o otalgia.
- **Presencia de otras complicaciones:** Sí o no y cuáles: faringoamigdalitis bacteriana, sinusitis, adenoiditis purulenta, croup, bronquiolitis, apnea, neumonía y sus complicaciones como derrame, atelectasias, sepsis y aún la muerte.
- **Número de episodios de otitis media aguda y otras complicaciones, durante el período de observación:** En número entero y cuáles: faringoamigdalitis bacteriana, sinusitis, adenoiditis purulenta, croup, bronquiolitis, apnea, neumonía y sus complicaciones como derrame, atelectasias, sepsis y otras.
- **Requerimiento de hospitalización:** Si o no en el primer episodio evaluado.
- **Número de episodios de Infección respiratoria aguda:** Durante el período de observación, en número entero.
- **Número de días de enfermedad respiratoria:** En número entero, durante los dos meses de observación.

- **Recuperación de los episodios gripales subjetivamente fue:** Más rápida, igual, más lenta, o unas más rápidas y otras más lentas, calificadas subjetivamente de acuerdo a la observación del cuidador.
- **Número de veces que usó antibiótico:** durante el período de observación indicado por problema respiratorio: en número entero.
- **Número de veces que fue hospitalizado:** durante el período de observación: en número entero.
- **Número de veces que consultó a urgencias por infección respiratoria aguda:** En número entero, durante el período de observación.
- **Número de días de ausencia al jardín por infección respiratoria:** Número entero, durante el período de observación.
- **Uso de inhaladores durante el período de observación de dos meses:** si o no.
- **Presencia de otras enfermedades** diferentes a las respiratorias durante el período de observación. Si o no, cuáles, de acuerdo a la observación de los padres o cuidadores.
- **Tendencia de la otra enfermedad asociada durante el período de dos meses de observación:** Mejor, igual o peor, de acuerdo a la observación de los padres o cuidadores.
- **La evolución del estado general fue:** Mejor, igual o peor, de acuerdo a la observación de los padres o cuidadores.
- **Otros cambios en el carácter y desempeño diario fueron:** Positivos, sin cambios, negativos, unos positivos y otros negativos.
- **Descripción de cambios en el carácter o desempeño:** en las palabras expresadas por los padres, profesores y/o acudientes.

4.8 Recolección, procesamiento y análisis de la información

4.8.1 Plan de recolección

El niño o niña fue valorado en el jardín, en compañía de sus padres o acudientes, previo diligenciamiento del consentimiento informado, luego el pediatra y el pediatra con formación en homeopatía recolectaron la información necesaria para la historia clínica y las variables determinadas para el estudio.

Al padre o acudiente le fue entregada una libreta impresa y le fue explicada la forma de diligenciarla, en esta se encontraba indicada la forma de tomar el medicamento y los signos de alarma para consultar por urgencias. En esta cartilla, los familiares o cuidadores registraron diariamente la evolución por un tiempo de dos meses. Si era necesario, los adultos responsables del niño podían comunicarse con el médico pediatra con formación en homeopatía para recibir orientación y/o podían llevarlo al servicio de urgencias de su EPS.

Seguimiento:

- Los acudientes del niño participante diligenciaron el cuadernillo de la evolución de los síntomas, donde anotaban periódicamente los cambios registrados cada día (desde la madrugada hasta antes de la media noche). Ver Anexo 4.
- Se realizó seguimiento telefónico o personal diario durante los primeros días, para valorar la evolución clínica, determinar mejoría, la tendencia estacionaria de la enfermedad o la presentación de complicaciones. Según su evolución, el niño fue valorado de nuevo por el pediatra y el médico con formación en homeopatía, además fueron explicados a los padres o cuidadores los signos de alarma para consultar por el servicio de urgencias de su EPS si era necesario.
- Si luego de dos llamadas consecutivas el niño ya se encontraba en mejor estado, se suspendía el seguimiento telefónico. Los padres o acudientes contaban con el número telefónico del pediatra con formación en homeopatía para comunicarse por vía telefónica con él si era necesario.
- Los niños se siguieron por un periodo de alrededor de 2 meses para valorar recaídas, durante el tiempo del estudio el niño permaneció siempre en el mismo grupo (placebo o medicamento homeopático) en caso de haber requerido otro medicamento, ninguno de los investigadores conoció el grupo al que pertenecía el paciente.
- Para el seguimiento se diligenció el formato de historia clínica diseñado para el jardín y la libreta de seguimiento diario con los cambios registrados de la información recolectada por los médicos y lo referido por los acudientes y los profesores del jardín. (Ver anexo 4).

4.8.2 Procesamiento y análisis de la información

Se elaboró una base de datos en el programa Microsoft Excel Office 2007 en el que se registraron los datos obtenidos del diario llevado por los padres y de las historias clínicas recopiladas durante las consultas de homeopatía. La información fue depurada por un especialista en bioestadística y se analizaron los datos en el programa Stata⁸⁹ usando la prueba de Mann-Whitney, que es la prueba utilizada para comparar grupos independientes en muestras muy pequeñas, esta prueba usa como parámetro de centralidad la mediana.

4.8.3 Instrumentos:

Los instrumentos empleados para la ejecución del trabajo fueron:

- a. Historia clínica.
- b. Formato de recolección de datos.
- c. Báscula con tallímetro Healt´o Meter ®. (Para niños mayores de 2 años)
- d. Infantómetro (Para niños menores de 2 años).
- e. Báscula pesa bebé Healt´o Meter ®.
- f. Cinta métrica.
- g. Tablas de crecimiento y desarrollo OMS-2005.)peso, talla, peso para la talla, perímetro cefálico).
- h. Cartilla de seguimiento (para los padres).
- i. Plantilla de tabulación de datos en programa Microsott Excel ®
- j. Programa Stata, Prueba Mann-Whitney.

5. Aspectos éticos

Para la elaboración de este proyecto se tuvo en cuenta la Resolución N° 008430 de 1993, del Ministerio de Salud. República de Colombia; **por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.**

Respecto a las **disposiciones generales**, esta investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que pueden contribuir a la prevención y control de los problemas de salud (infección respiratoria aguda alta en la niñez) y al estudio de técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud (homeopatía) y puede orientar a la producción de otros insumos para la salud (medicamentos homeopáticos a través del Ministerio de Salud).

El proyecto se acogió a las consideraciones de los **aspectos éticos de la investigación en seres humanos** mencionadas en los **artículos 5 y 6** donde prevalece el criterio del respeto a la dignidad del ser humano y la protección de sus derechos y su bienestar.

Se utilizó un método aleatorio de selección de los grupos según lo contemplado en el **artículo 7**. La privacidad del individuo fue protegida durante el desarrollo del estudio. (**art 8**).

Teniendo en cuenta la **clasificación del riesgo según el artículo 11**, que determina tres tipos de investigaciones en humanos (investigaciones sin riesgo, investigaciones con riesgo mínimo e investigaciones mayor que el mínimo); para esta investigación se planteó un **riesgo mínimo** donde se consideraron los estudios prospectivos, que emplean el registro de datos a través de procedimientos comunes consistentes en exámenes físicos o psicológicos de diagnóstico o tratamientos rutinarios, entre los que se establecen: investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico y registrados en el Ministerio de Salud o su autoridad delegada, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos que se definen en el artículo 55 de la Resolución No 008430 de 1993.

La gran mayoría de los estudios realizados en homeopatía han sido clínicos y su uso en Colombia es rutinario, incluso ha sido de venta libre. Esta investigación no cumple los criterios con riesgo mayor que el mínimo, porque los dos grupos de aleatorización recibieron el tratamiento convencional indicado por la OPS en sus guías de manejo para la infección respiratoria alta que es: aumento de fluidos, lavado nasal y administración de acetaminofén a necesidad.

Se tuvo en cuenta el **artículo 12** para la suspensión de un sujeto en la investigación y el **artículo 13**, por el cual se establece que todo niño que ingrese a la investigación debía tener seguridad social activa.

Fue criterio de inclusión para ingresar a la investigación el diligenciamiento del consentimiento informado por alguno de sus padres o quien ejerciera la patria potestad del niño o alguien a quien ellos autorizaran, según el **artículo 14**. En este fue permitida su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos, beneficios y riesgos a que se sometería, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna. El consentimiento informado se realizó teniendo en cuenta todos los puntos contemplados en los **artículos 15 y 16** de la presente resolución.

La investigación también contempló todos los artículos del capítulo III, **sobre la investigación en menores de edad** o discapacitados y acató el **artículo 23** que se refiere a cumplimiento de todos los artículos de este capítulo.

Cumplió con el **artículo 24** teniendo en cuenta que existen investigaciones previas en este grupo de edad y en mayores, con medicamentos homeopáticos y con el acetaminofén que es también un medicamento de uso frecuente en la población a estudio. Obedeciendo el **artículo 25** se elaboró el consentimiento informado, el cual fue firmado por los padres o por sus representantes legales o por quienes ejercieran la patria potestad del menor antes de ingresar a la investigación. Por ser menores de 5 años de edad no le fue tomado el consentimiento informado formal a los niños.

El estudio cumple el **artículo 27**, pues la investigación trae consigo un beneficio igual o mayor a otras alternativas ya establecidas para su diagnóstico y tratamiento.

Respecto al **artículo 28**, los menores recibieron un beneficio directo por la atención y seguimiento médico. La intervención no representó ningún riesgo, ya que en el protocolo y en la hoja de seguimiento se especificaron los signos de alarma para consultar en caso que hubiesen presentado alguna complicación del estado gripal como dolor de oído y signos de dificultad respiratoria entre otras.⁹⁰

No hay estudios de investigación farmacológica (farmacocinética y farmacodinámica) en los medicamentos homeopáticos porque la cantidad del medicamento se trata de dosis infinitesimales (no medible con los métodos actuales), por tanto se deben hacer estudios que evalúen su eficacia en las patologías que afectan la población. Si los hallazgos preliminares en el curso de la investigación hubiesen conducido al investigador a evidenciar ventajas de una intervención, la terapéutica hubiese sido ofrecida por igual a casos y controles, motivo por el cual se llevó a cabo un estudio piloto previamente.

En proyectos con menores de edad no pueden admitirse los procedimientos o las intervenciones que ofrezcan un riesgo previsible para la salud, malestares, trastornos, molestias psicológicas o físicas excesivas para el niño. En este estudio no existieron riesgos para los menores involucrados en el estudio, los medicamentos homeopáticos han sido utilizados por más de 200 años, sin que se haya descrito efectos tóxicos o reacciones alérgicas, simplemente porque su dilución y contenido de solución alcoholada o glóbulos minimizan la presentación de estos fenómenos.⁹¹

La investigación se llevó a cabo siguiendo las pautas de la declaración de Helsinki, 1964, corregida en 1.975, donde se afirma que en la investigación biomédica en seres humanos “los intereses de la ciencia y de la sociedad no pueden anteponerse al bienestar del individuo”.⁹²

Bradford propuso unas preguntas que se debe plantear ante un ensayo clínico y son las siguientes ¿Es inocuo el tratamiento propuesto?, ¿Es ético negar a los pacientes un nuevo tratamiento?, ¿Qué pacientes deben entrar en el ensayo clínico y a cuáles se les deben asignar al azar los distintos tratamientos?, ¿Es necesario obtener el consentimiento del paciente para incluirlo en un ensayo clínico?, ¿Es ético usar un placebo o un tratamiento simulado? y ¿Es pertinente que el Médico desconozca el tratamiento que se le administra a su paciente?⁹³

Al respecto, se puede considerar que los medicamentos homeopáticos ya han demostrado beneficio en el manejo del resfriado común y en los estudios en los que no se han encontrado diferencias, tampoco se ha descrito que tienen efectos tóxicos. Todos los pacientes recibieron tratamiento de acuerdo a las recomendaciones de tratamiento de la estrategia AIEPI de OPS-OMS, de acuerdo al criterio del médico pediatra tratante, el estudio en ningún momento modificó el manejo convencional instaurado.

No existen interacciones medicamentosas del medicamento homeopático con cualquier medicamento que el médico tratante hubiese utilizado, tampoco reacciones medicamentosas demostradas. Ante cualquier duda o inquietud del médico tratante con respecto a la homeopatía, los investigadores se encontraban disponibles para recibir sus inquietudes. Este estudio solo ofreció un posible beneficio para el paciente que participó en el estudio.

6. Resultados

6.1 Descripción de la población

Se tomó la población de niños que asistieron a la consulta de pediatría y homeopatía durante los períodos de lluvias de marzo a abril y de agosto a noviembre de los años 2009 a 2011, a quienes se les hizo seguimiento por un lapso de dos meses en promedio.

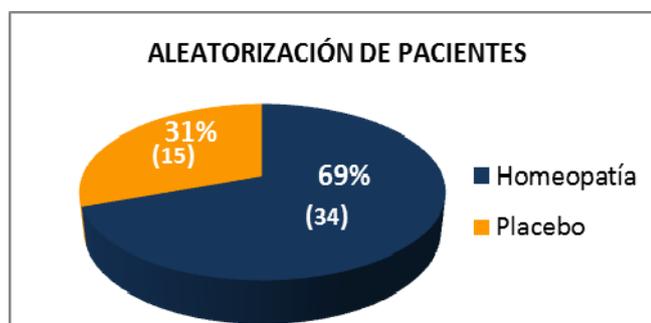
Se realizaron 289 consultas que incluyeron un manejo integral de pediatría y homeopatía, de las cuales 127 fueron de primera vez, de ellas ingresaron al estudio 56 niños que tenían infección respiratoria aguda sin complicaciones.

Durante el desarrollo del estudio se perdieron 7 niños así:

- 1 niño se excluyó por haber recibido simultáneamente tratamiento homotoxicológico.
- 1 niño se retiró en el segundo año del estudio y reingresó en el tercer año durante un nuevo episodio agudo.
- 1 niño se retiró en el primer semestre del tercer año del estudio y reingresó en el segundo semestre durante un nuevo episodio agudo.
- 1 niño no recibió el tratamiento homeopático ordenado.
- 3 niños se retiraron por cambio de ciudad.

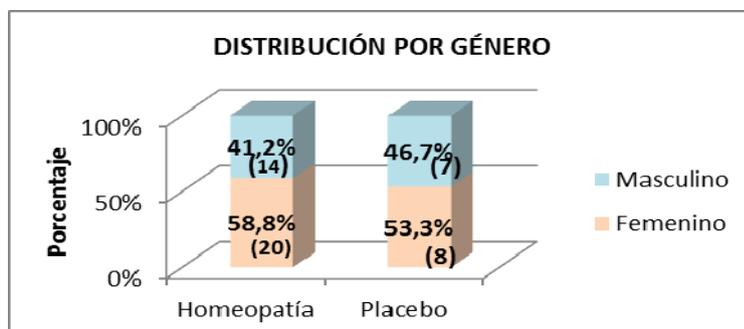
De los 49 niños incluidos en el estudio, 34 (69%) fueron aleatorizados en el grupo que recibió tratamiento homeopático y 15 (31%) en el grupo placebo.

Gráfica 6-1: Aleatorización de pacientes



En el grupo de Homeopatía 14 pacientes fueron de género Masculino (41.2%) y 20 (58.8%) fueron de género femenino. En el grupo placebo 7 pacientes fueron de género masculino (46.7%) y 8 de género femenino (53.3%).

Gráfica 6-2: Distribución por género



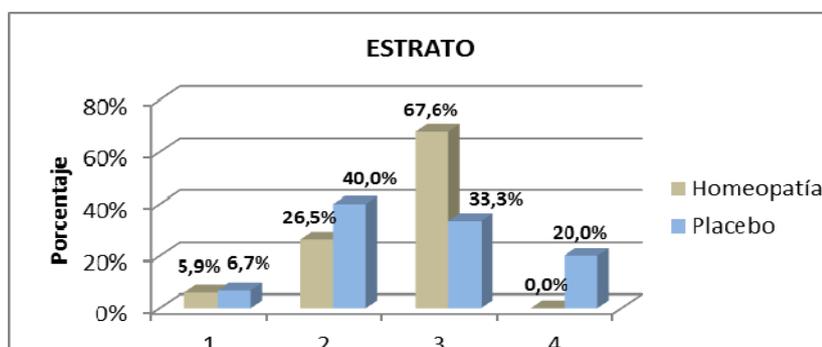
Con referencia a los grupos de edad, el 26.7% de los niños del grupo placebo y el 44.1% del grupo con homeopatía se encontraron en el rango entre 7 y 24 meses de edad, el 26.7% y el 38% en el grupo entre 25 y 36 meses; y el 46.6% y el 17.7% en el grupo entre 37 y 59 meses de edad respectivamente.

Respecto a la escolaridad de los pacientes, en el grupo de homeopatía predominó el nivel de párvulos con 17 niños (50%), mientras que en el grupo placebo predominaron los niveles de Párvulos y de Prejardín (33.3% cada uno). La jornada escolar que predominó fue el de “Mañana y tarde” en los dos grupos, seguidos por el horario de la Mañana.

En cuanto al estrato social de los niños observados, en el grupo de homeopatía el 67.3% de los niños pertenecía al estrato 3, el 40% al estrato 2 (40%) y el 6.7% al estrato 1; mientras que en el grupo placebo predominó el estrato 2 (40%) seguido por el estrato 3 (33.3%) y por el estrato 4 (20%).

Respecto al régimen de seguridad social, la totalidad de los niños pertenecía a algún sistema prestador de servicios de salud, la mayoría recibía atención en una EPS (el 86.7% del grupo placebo y el 73.5% del grupo con homeopatía), seguidos por una ARS (el 11.8% del grupo con homeopatía y el 6.7% del grupo placebo), luego por otro tipo de servicio (8.8% del grupo de homeopatía y el 6.7% del grupo placebo) y por último adscritos a un régimen especial (5.9% del grupo con homeopatía).

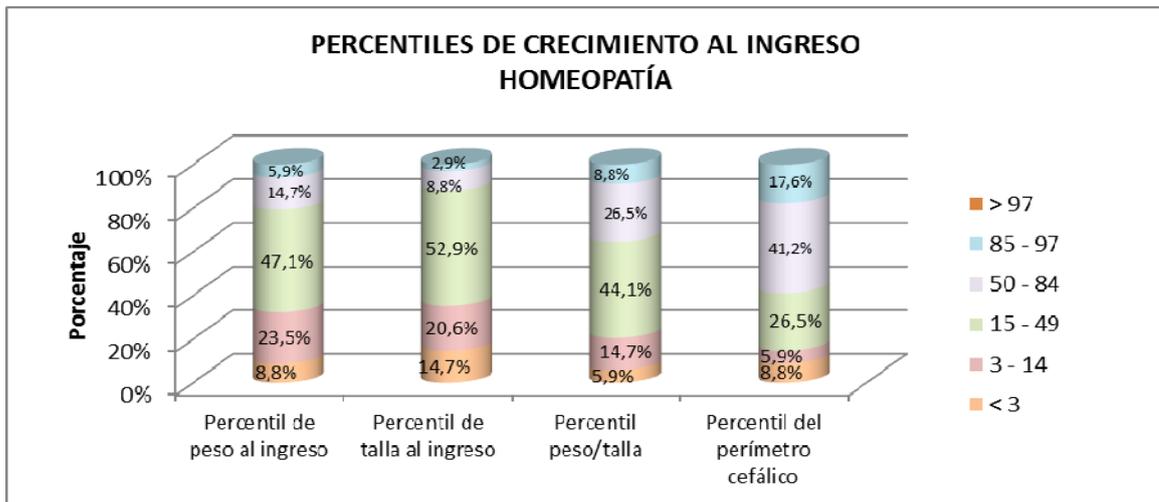
Gráfica 6-3: Estrato.



6.1.1 Factores de riesgo

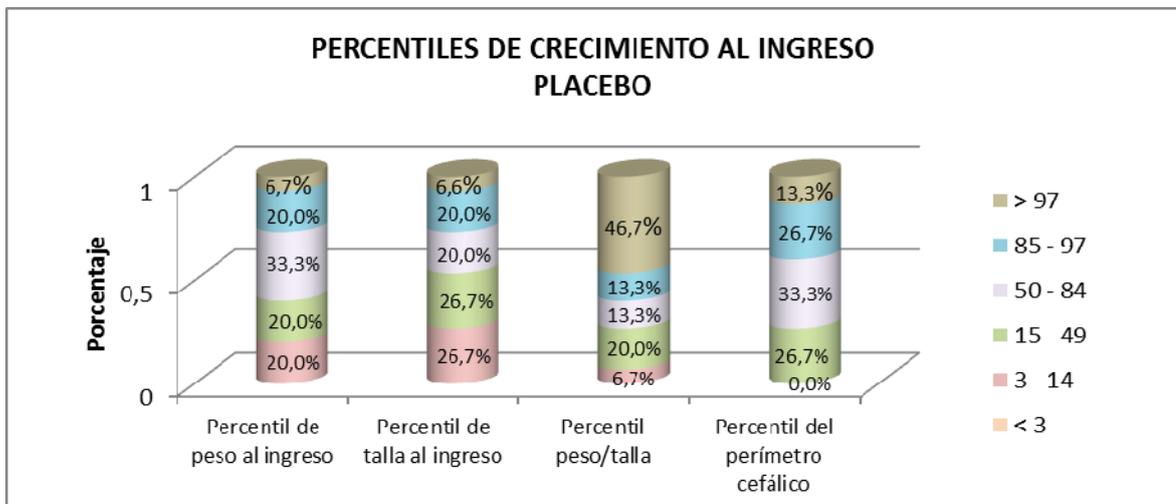
Al ingreso al estudio, en el grupo con homeopatía, el 8.8% de los niños se encontraba por debajo del percentil 3 para el peso y para el perímetro cefálico, el 14.7% por debajo del percentil 3 para la talla y el 5.9% por debajo del percentil 3 para la relación peso/talla. Entre los percentiles 3 y 14 se encontraba el 23.5% para el peso, el 20.6% para la talla, el 14.7% para la relación peso/talla y el 5.9% para el perímetro cefálico.

Gráfica 6-4: Percentiles de crecimiento al ingreso. Homeopatía.



En el grupo placebo, el 20% de los niños se encontraba al ingreso entre los percentiles 3 y 14 para el peso, en el mismo percentil se encontraba el 6.7% para la talla y el 6.7% para la relación peso/talla. Por encima del percentil 97 se encontraba el 6.7% de los niños para el peso, el 6.6% para la talla y el 46.7% para la relación peso/talla.

Gráfica 6-5: Percentiles de crecimiento al ingreso. Grupo Placebo.



Sólo el 20.6% de los niños del grupo con homeopatía y el 26.7% de los niños del grupo placebo tuvieron el antecedente de peso menor de 2.500gr al nacer.

El 33.3% de los niños del grupo placebo recibió lactancia materna hasta los 8 meses, el 46.7% hasta los 16 meses, el 13.3% hasta los 24 meses y el 6.7% por más de 24 meses. En el grupo con homeopatía, el 50% de los niños recibió leche materna hasta los 8 meses, el 32.3% hasta los 16 meses, el 11.8% hasta los 24 meses y el 5.9% por más de 24 meses.

En cuanto a la antigüedad en el jardín, el 46.6% de los niños del grupo placebo tenían menos de 3 meses de permanencia en el jardín, el 26.7% tenía entre 3 y 18 meses y el 26.7% más de 18 meses. En el grupo con homeopatía, 50% de los niños tenía menos de 3 meses de antigüedad en el jardín, 44.1% entre 3 y 18 meses y el 5.9% tenía más de 18 meses de permanencia.

El 14.5% de los niños del grupo con homeopatía y el 33.3% de los niños del grupo placebo tenían antecedente de exposición al humo de cigarrillo.

Respecto al número de personas que compartieron la habitación con el niño, en el grupo con homeopatía el 20.6% lo hacía hasta con una persona, el 47% con dos personas y el 32.4% con más de 2 personas. En el grupo placebo el 33.3% de los niños cohabitó con una persona, el 53.3% con dos personas y el 13.4% con más de 2 personas.

El 35.3% de los niños del grupo con homeopatía, y el 66.7% de los niños del grupo placebo recibía inhaladores antes del estudio.

El 58.8% del grupo con homeopatía tenía antecedente de rinorrea habitual, así como el 80% de los niños del grupo placebo.

El 33.3% de los niños del grupo placebo presentó más de 3 episodios de gripa durante el año, mientras que el 44.1% de los niños del grupo con homeopatía tenía el mismo antecedente. El 66.7% del grupo con homeopatía y el 55.9% del grupo placebo presentaron 3 o menos episodios gripales durante el año.

No se establecieron diferencias significativas entre los dos grupos en cuanto a los factores de riesgo predisponentes para infección aguda del tracto respiratorio superior se refiere.

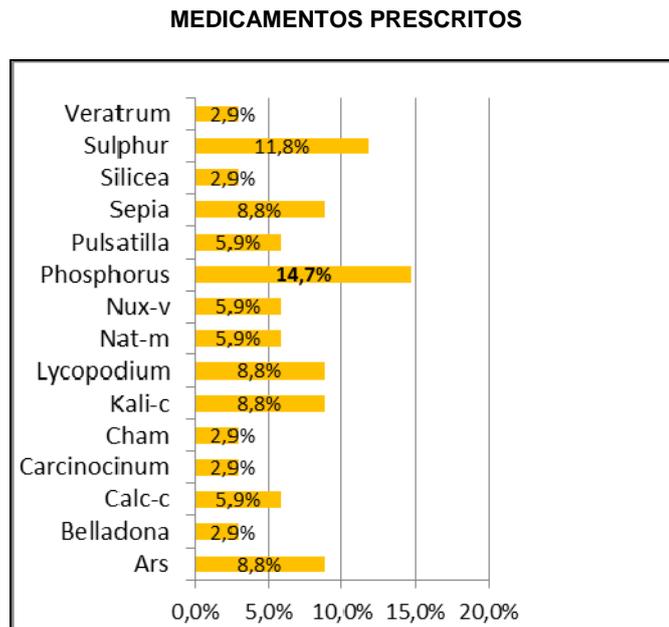
6.2 Evolución de signos, síntomas y complicaciones del primer episodio de infección respiratoria

Al momento del ingreso al estudio, el 44.1% de los niños del grupo que recibió homeopatía tenía una semana de evolución de síntomas, el 17.6% entre 1 y 2 semanas; y el 38.2% más de 2 semanas. El 20% de los niños del grupo placebo tenía 1 semana de evolución de síntomas, el 33.3% entre 1 y 2 semanas; y el 46.7% más de 2 semanas.

El promedio en días de síntomas previos a la consulta fue de 9.44 en el grupo que recibió homeopatía y de 8.8 en el grupo placebo.

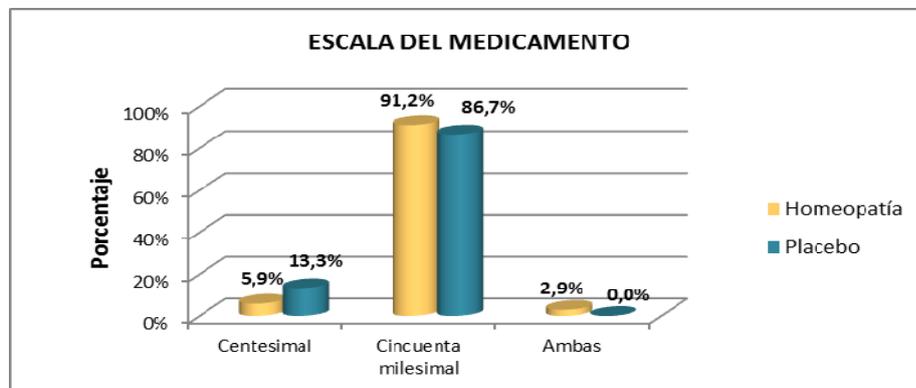
Los medicamentos prescritos con mayor frecuencia fueron Phosphorus (14.7%), Sulphur (11.8%), Sepia, Kali-carbonicum, Arsénicum album y Lycopodium (8.8% cada uno), Pulsatilla, Natrum muriaticum, Calcárea carbónica y Nux-vómica (5.9% cada uno), Veratrum album, Chamomilla, Belladonna y Carcinocinum (2.9% cada uno).

Gráfica 6-6: Medicamentos prescritos.



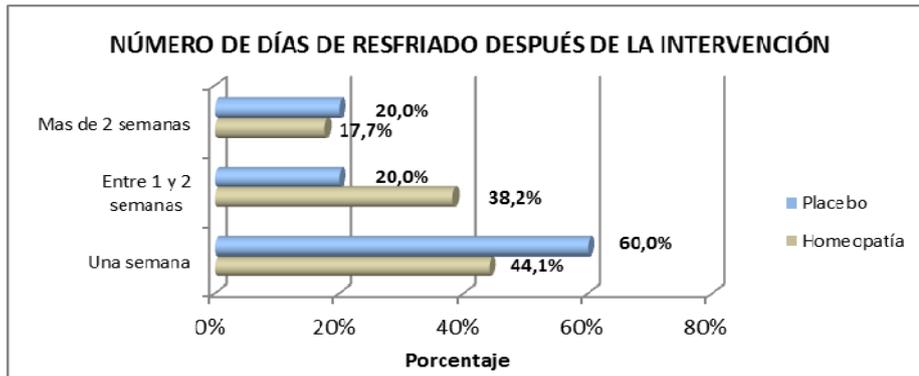
La escala prescrita con mayor frecuencia fue la Cincuenta milesimal (91.2% en el grupo con homeopatía y 86.7% en el grupo placebo), seguida por la escala Centesimal (13.3% en el grupo placebo y 5.9% en el grupo con homeopatía). El 2.9% de los niños con homeopatía recibió las dos escalas.

Gráfica 6-7: Escala del Medicamento.



La duración del resfriado en el grupo intervenido con homeopatía fue de una semana en el 44.1% de los casos, entre 1 y 2 semanas en el 38.2% y mayor de 2 semanas en el 17.7%. En el grupo placebo fue de una semana en el 60%, entre 1 y 2 semanas en el 20% y mayor de 2 semanas en el 20% de los niños.

Gráfica 6-8: Número de días de resfriado después de la intervención.



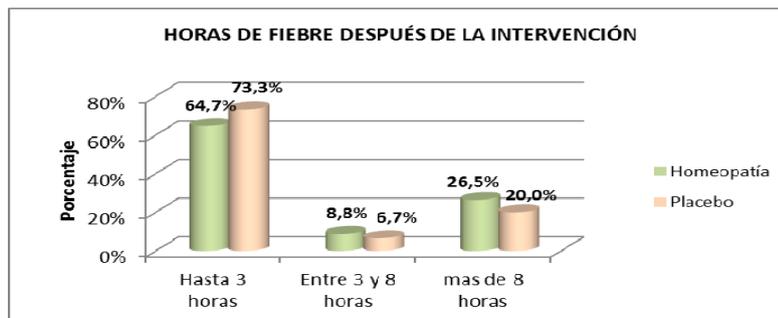
El promedio de duración en días del episodio agudo fue de 21 para el grupo con homeopatía y de 26 días para el grupo placebo.

Gráfica 6-9: Número de duración en días del episodio agudo.



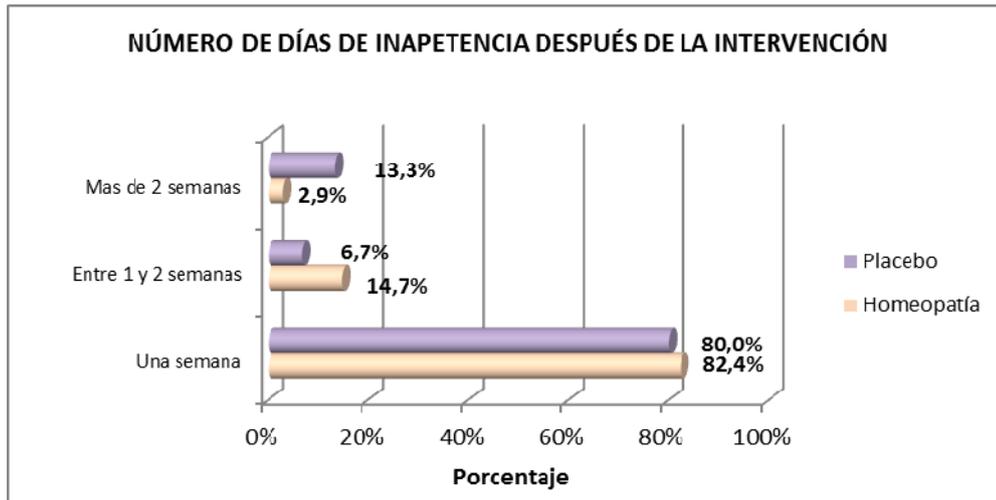
Después de la intervención con remedio homeopático, la duración de la fiebre fue hasta de 3 horas en el 64.7%, entre 3 y 8 horas en el 8.8% y mayor de 8 horas en el 26.5%. En el grupo que recibió placebo la duración de la fiebre fue en el 73.3% hasta de 3 horas, en el 6.7% entre 3 y 8 horas y en el 20% tuvo una duración mayor de 8 horas.

Gráfica 6-10: Horas de fiebre después de la intervención.



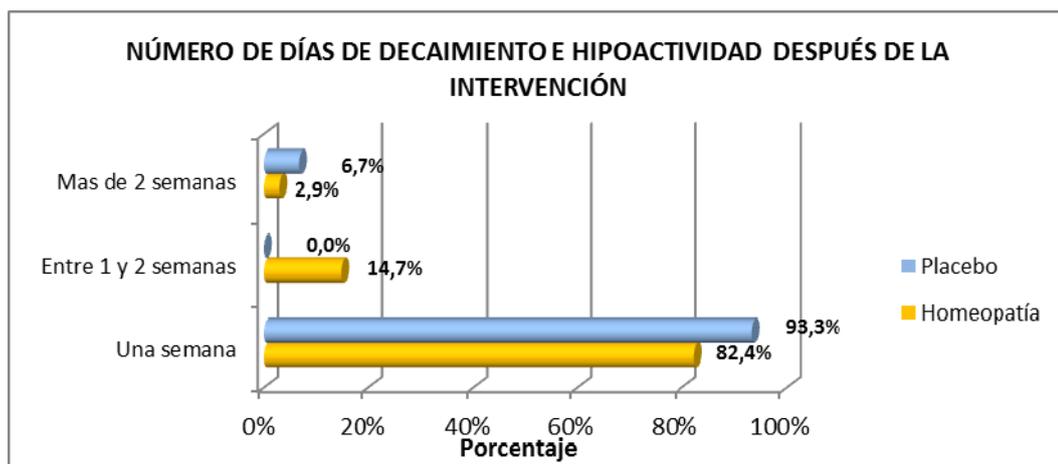
El comportamiento de los síntomas después de la intervención fue el siguiente: La inapetencia en el grupo con homeopatía tuvo una duración de 1 semana en el 82.4% de los casos, entre 1 y 2 semanas en el 14.7%; y más de 2 semanas en el 2.9% de los casos. En el grupo placebo la duración de la inapetencia fue de 1 semana en el 80% de los casos, entre 1 y 2 semanas en el 6.7% y más de 2 semanas en el 13.3%.

Gráfica 6-11: Número de días de inapetencia después de la intervención.



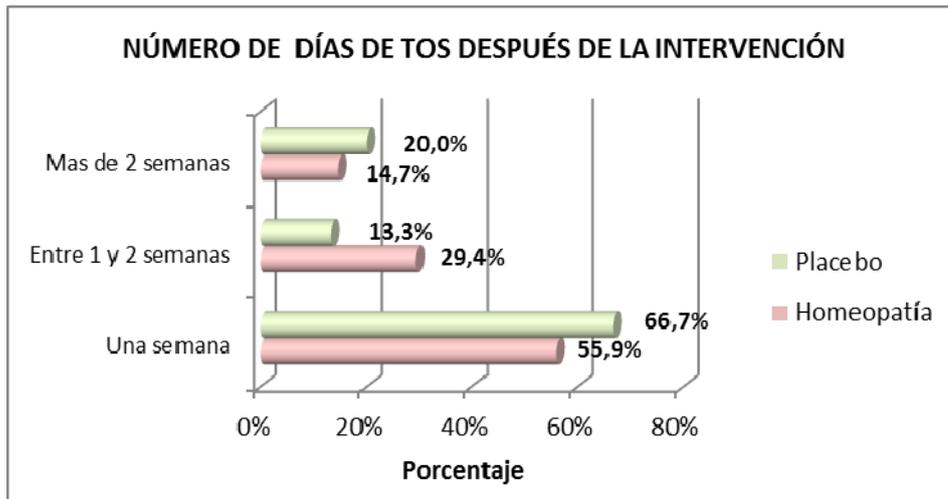
El decaimiento en el grupo con homeopatía tuvo una duración de 1 semana en el 82.4% de los casos, entre 1 y 2 semanas en el 14.7% y mayor de 2 semanas en el 2.9%. En el grupo placebo fue de 1 semana en el 93.3% y mayor de 2 semanas en el 6.7%.

Gráfica 6-12: Número de días de decaimiento e hipoactividad después de la intervención.



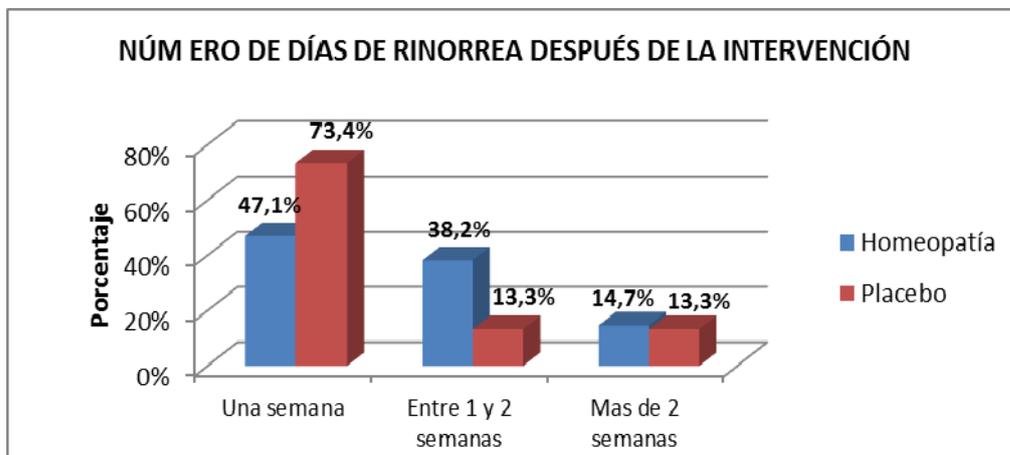
La duración de la tos en el grupo con homeopatía fue de 1 semana 55.9%, entre 1 y 2 semanas en el 29.4% y mayor de 2 semanas en el 14.7% de los casos. En el grupo placebo la duración fue de 1 semana en el 66.7% de los casos, entre 1 y 2 semanas en el 13.3% de los casos y mayor de 2 semanas en el 20.0% de los casos.

Gráfica 6-13: Número de días de tos después de la intervención.



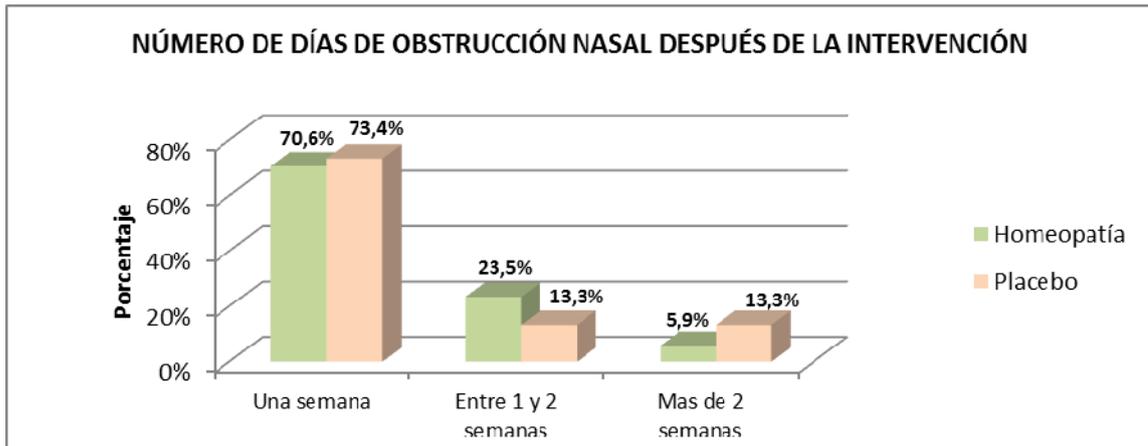
La duración de la rinorrea en el grupo con homeopatía fue de 1 semana en el 47.1%, entre 1 y 2 semanas en el 38.2% y mayor de 2 semanas en el 14.7% de los casos. En el grupo placebo fue de 1 semana en el 73.4%, entre 1 y 2 semanas o mayor de 2 semanas fue de 13.3% en cada uno de ellos.

Gráfica 6-14: Número de días de rinorrea después de la intervención.



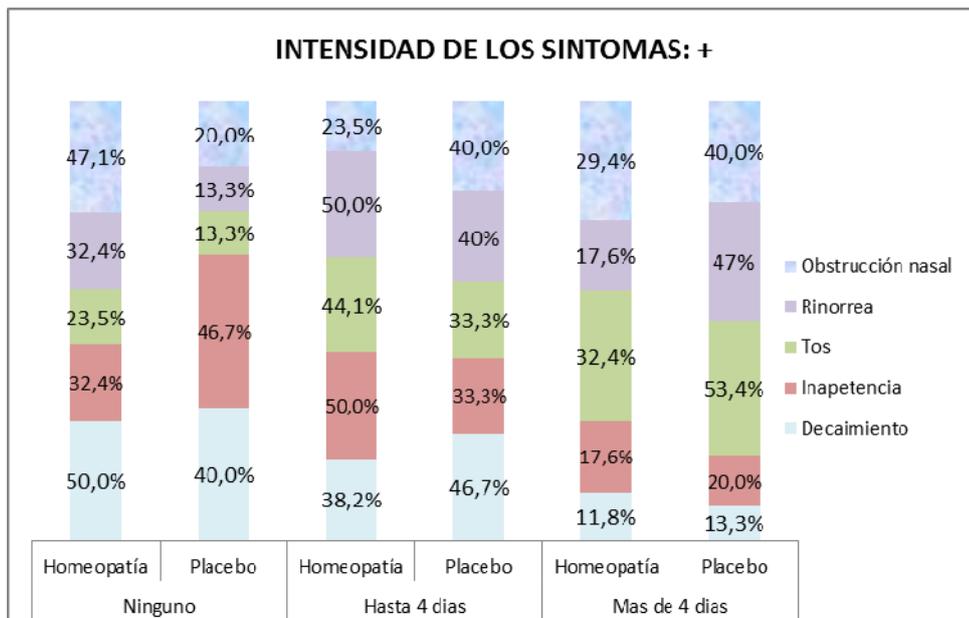
La duración de la obstrucción nasal en el grupo con homeopatía fue de 1 semana en el 70.6%, entre 1 y 2 semanas en el 23.5% y mayor de 2 semanas en el 5.9% de los casos. En el grupo placebo fue de 1 semana en el 73.4%, entre 1 y 2 semanas o mayor de 2 semanas fue de 13.3% en cada uno.

Gráfica 6-15: Número de días de obstrucción nasal después de la intervención.

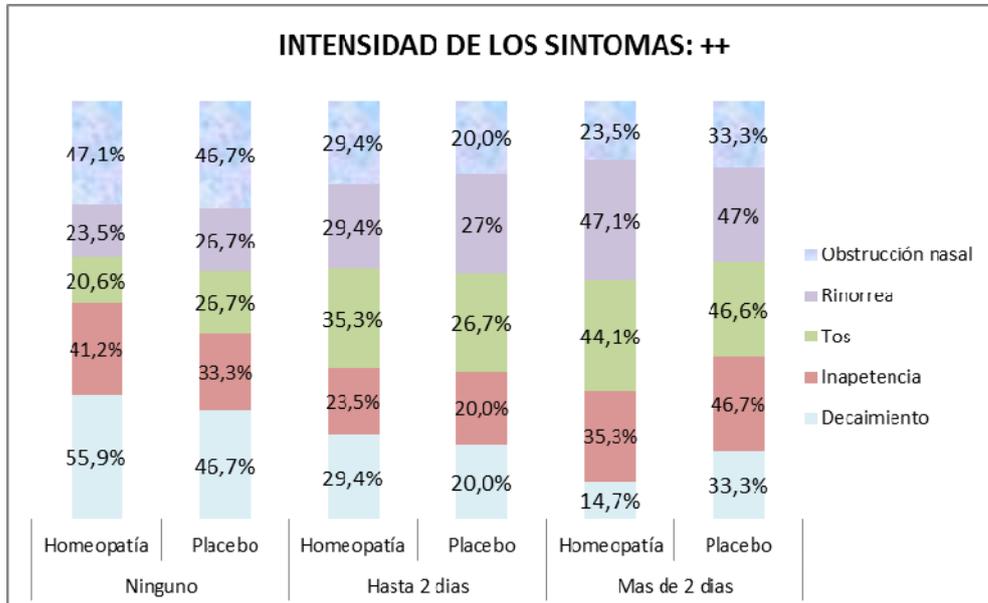


El comportamiento de la intensidad de los síntomas fue variable entre los dos grupos:

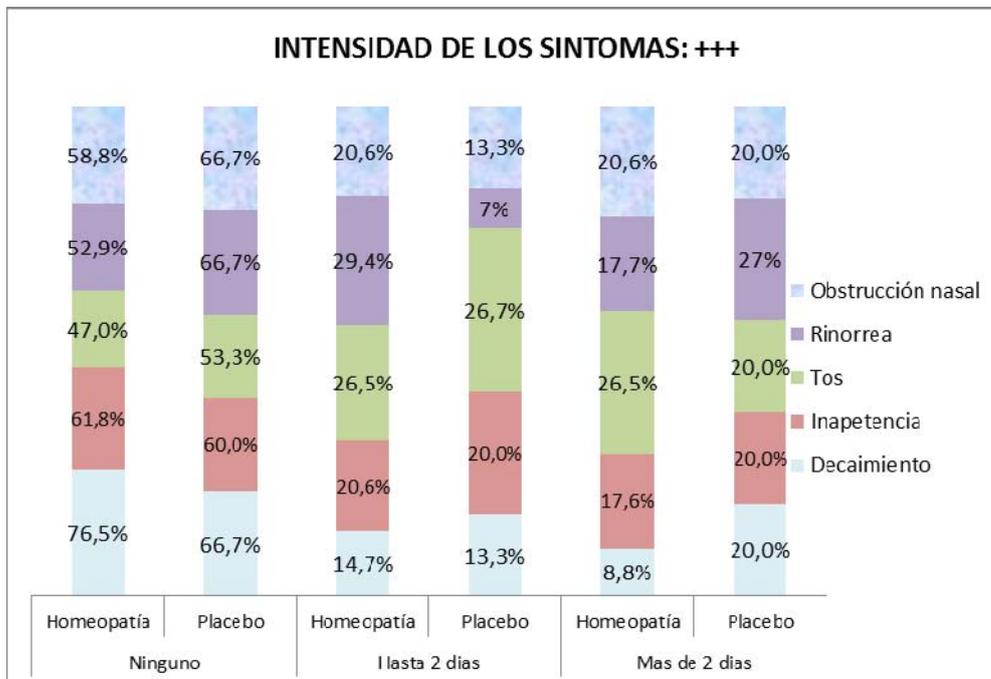
Gráfica 6-16: Intensidad de los síntomas: +, durante el episodio agudo.



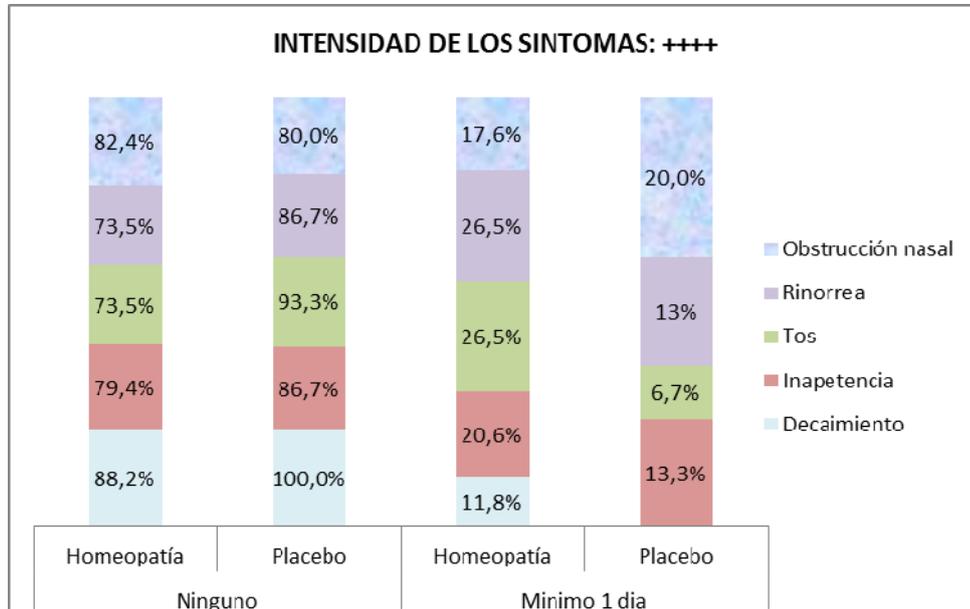
Gráfica 6-17: Intensidad de los síntomas: ++, durante el período de observación.



Gráfica 6-18: Intensidad de los síntomas:+++, durante el episodio agudo.



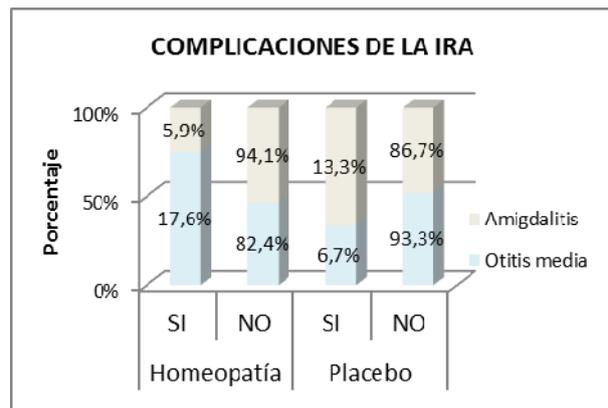
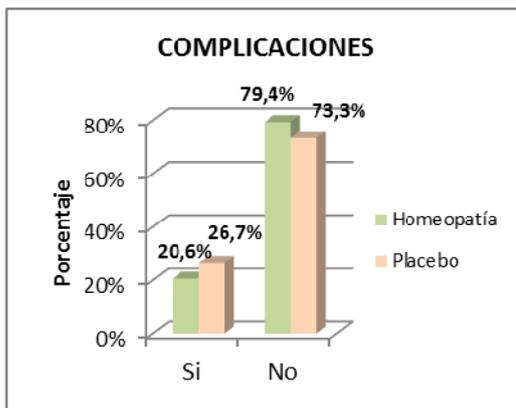
Gráfica 6-19: Intensidad de los síntomas: +++, durante el episodio agudo.



Las complicaciones se presentaron en el 20.6% de los niños del grupo con homeopatía y en el 26.7% del grupo placebo, de ellas predominó la otitis media en el grupo con homeopatía (17.6%) y la Amigdalitis en el grupo placebo. (13.3%)

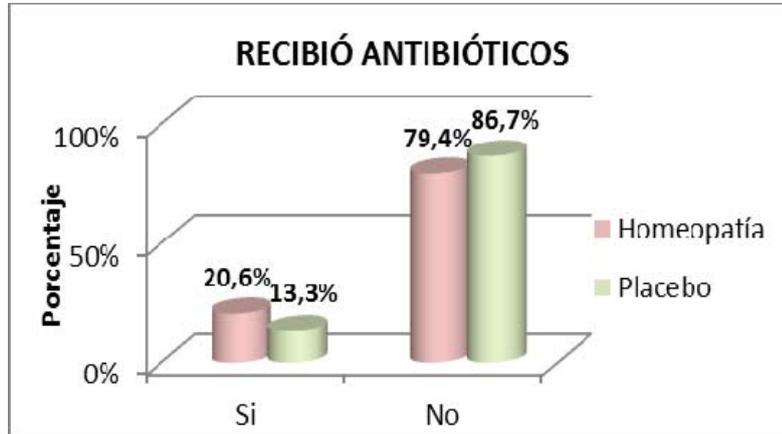
Gráfica 6-20: Número de complicaciones durante el resfriado

Gráfica 6-21: Tipo de complicaciones



El 20.6% de los pacientes tratados con homeopatía recibieron antibiótico durante el resfriado, mientras que 13.3% de los niños del grupo placebo fueron medicados con antibiótico. En el análisis de proporciones no se encontró evidencia estadística suficiente para afirmar que existe una diferencia significativa entre los dos grupos respecto a la administración de antibiótico durante el resfriado (Homeopatía; 21%, Placebo:13%; IC: 95%, p=0.5455).

Gráfica 6-22: Recibió antibióticos

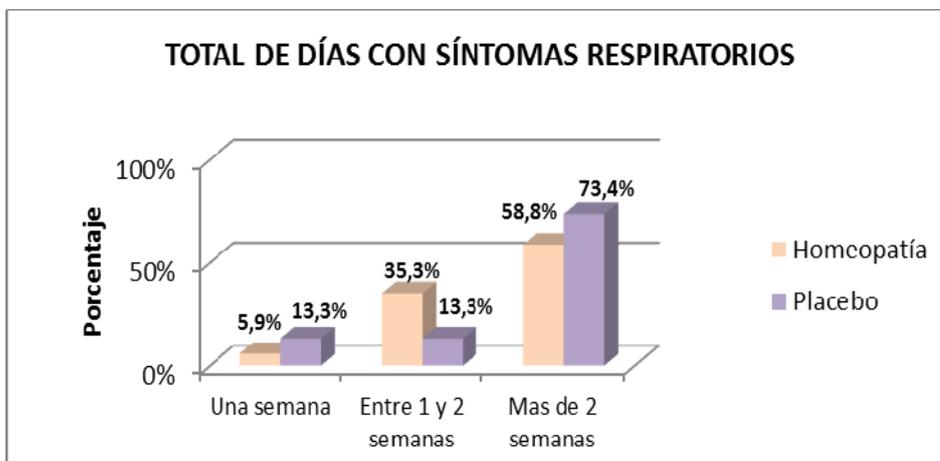


6.3 Resultados para los dos grupos en el período de observación

El tiempo de observación fue de 3 meses para el 66% de los casos que recibieron homeopatía y para el 76.5% de los casos que recibieron placebo. El 14.7% del grupo con homeopatía fue seguido por 2 meses, así como el 26.7% del grupo placebo. El 6.6% del grupo con homeopatía y el 8.8% del grupo placebo fue seguido por más de 3 meses.

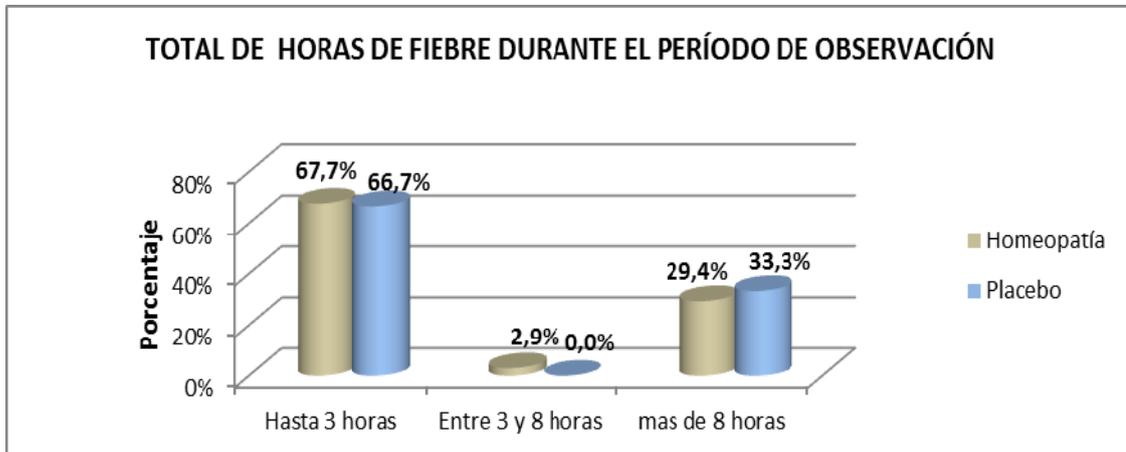
Durante el período de observación los días de resfriado para el grupo de homeopatía fue de una semana en el 5.9%, entre 1 y 2 semanas en el 35.3% y mayor de 2 semanas en el 58.8%.

Gráfica 6-23: Número total de días de resfriado durante el período de observación.



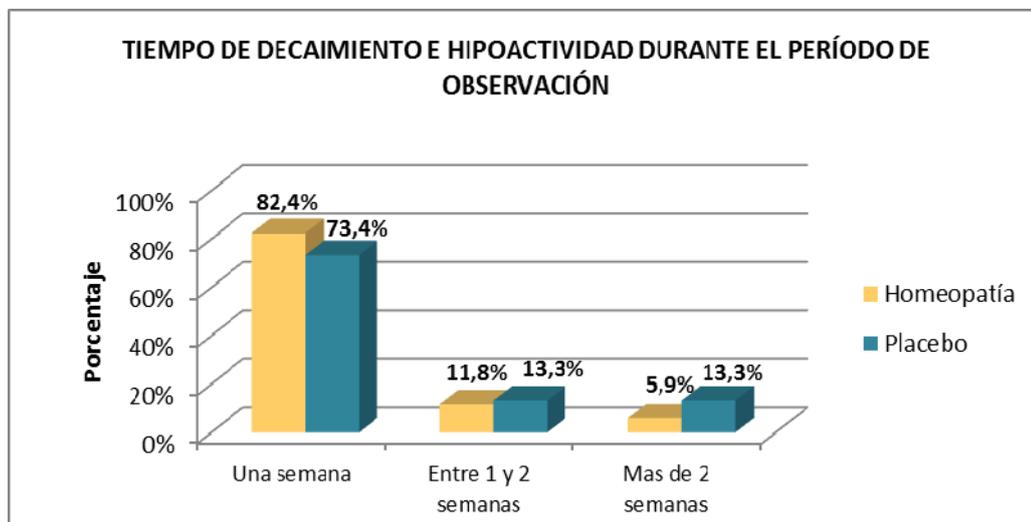
No hubo diferencia significativa entre las proporciones de las horas de fiebre en ambos grupos durante el período de observación.

Gráfica 6-24: Número total de horas de fiebre durante el período de observación.



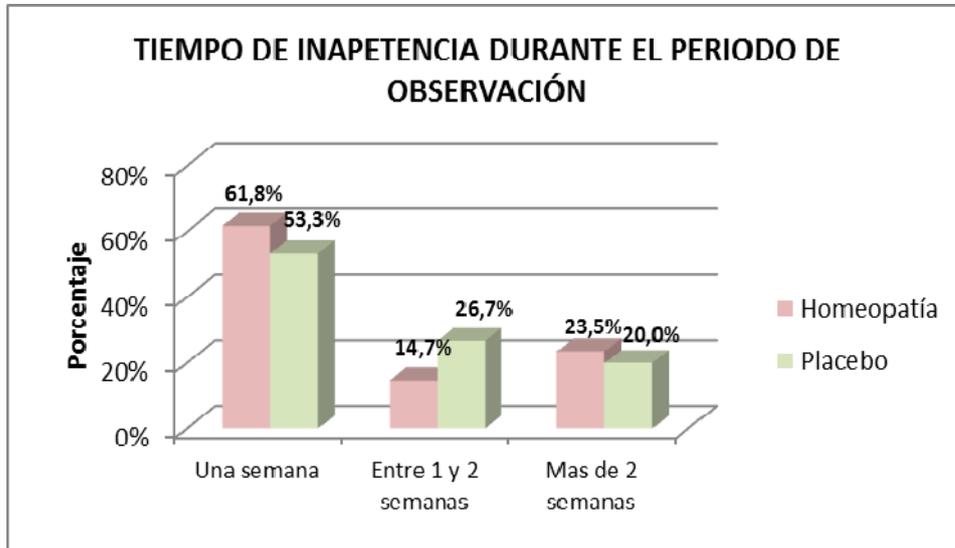
El número total de tiempo de decaimiento e hipoactividad durante el período de observación en el grupo de homeopatía fue de 1 semana en el 82,4%, entre 1 y 2 semanas en el 11,8% y mayor de 2 semanas en el 5,9%.

Gráfica 6-25: Tiempo de hipoactividad durante el período de observación.



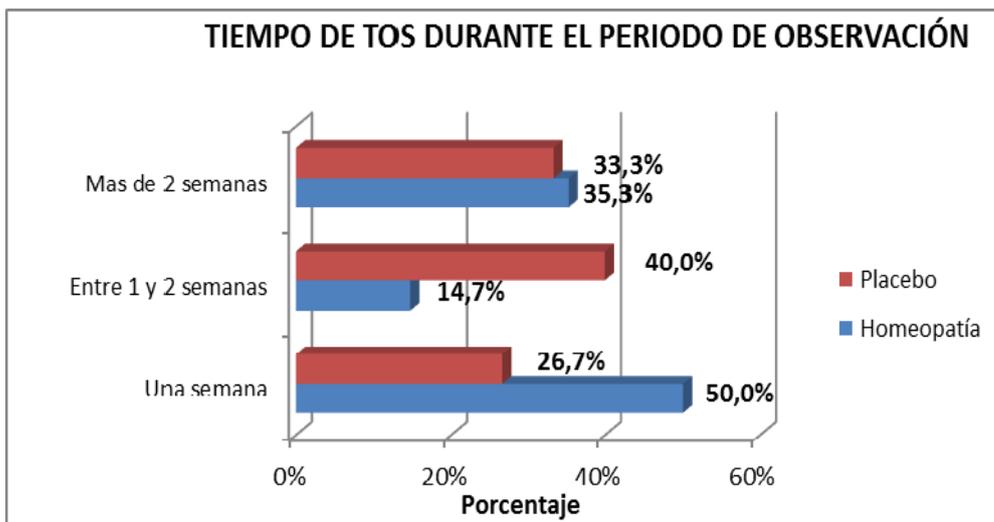
La evolución de la inapetencia en el grupo con homeopatía fue de 1 semana en el 61,8%, entre 1 y 2 semanas en el 14,7% y mayor de 3 semanas en el 23,5% de los casos.

Gráfica 6-26: Tiempo de inapetencia durante el período de observación



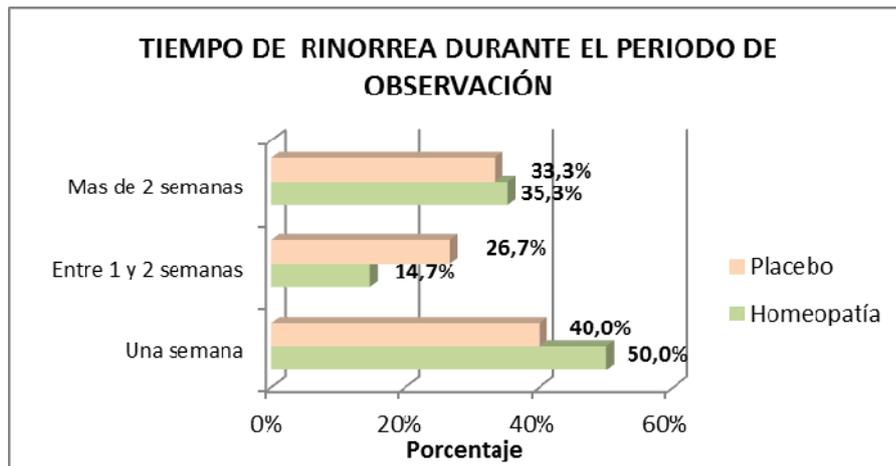
El tiempo de evolución de la tos en el grupo con homeopatía fue de 1 semana en el 50% de los casos, de 1 a 2 semanas en el 40% de los casos y mayor de 2 semanas en el 35.3% de los casos.

Gráfica 6-27: Tiempo de tos durante el período de observación.



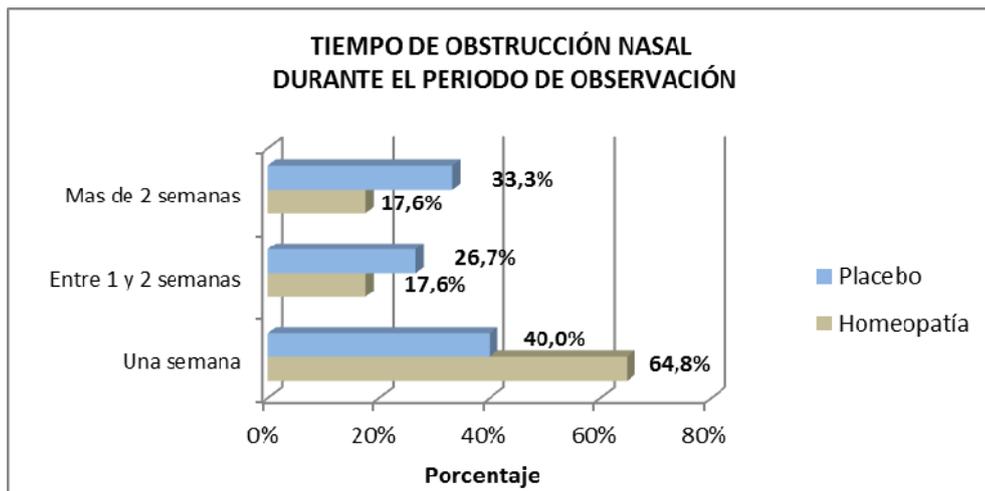
El tiempo de presentación de rinorrea en el grupo de homeopatía fue de 1 semana en el 50% de los casos, entre 1 y 2 semanas fue del 14.7% y mayor de 2 semanas en el 35.3%.

Gráfica 6-28: Tiempo de rinorrea durante el período de observación



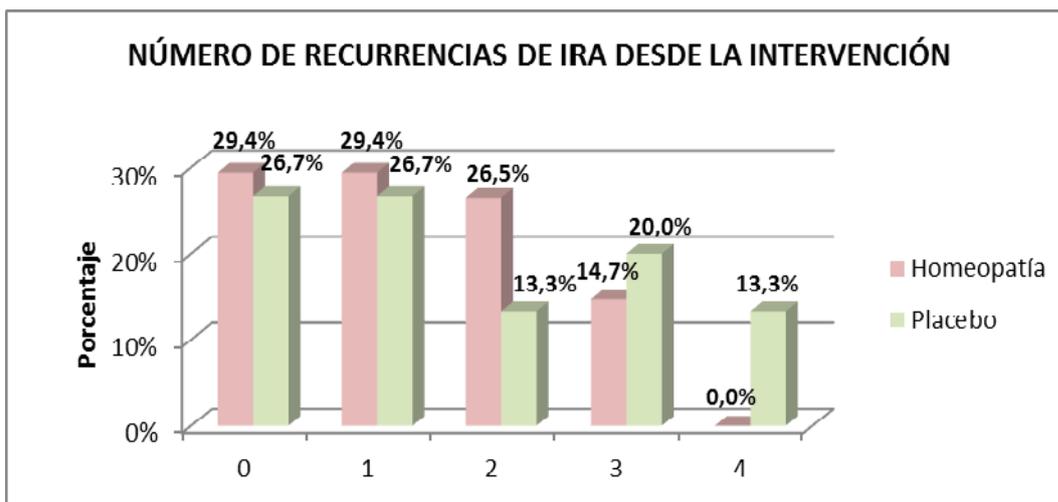
El tiempo de presentación de obstrucción nasal en el grupo de homeopatía fue de 1 semana en el 64.8% de los casos, entre 1 y 2 semanas fue del 17.6% y mayor de 2 semanas en el 17.6%.

Gráfica 6-29: Tiempo de obstrucción nasal durante el período de observación.



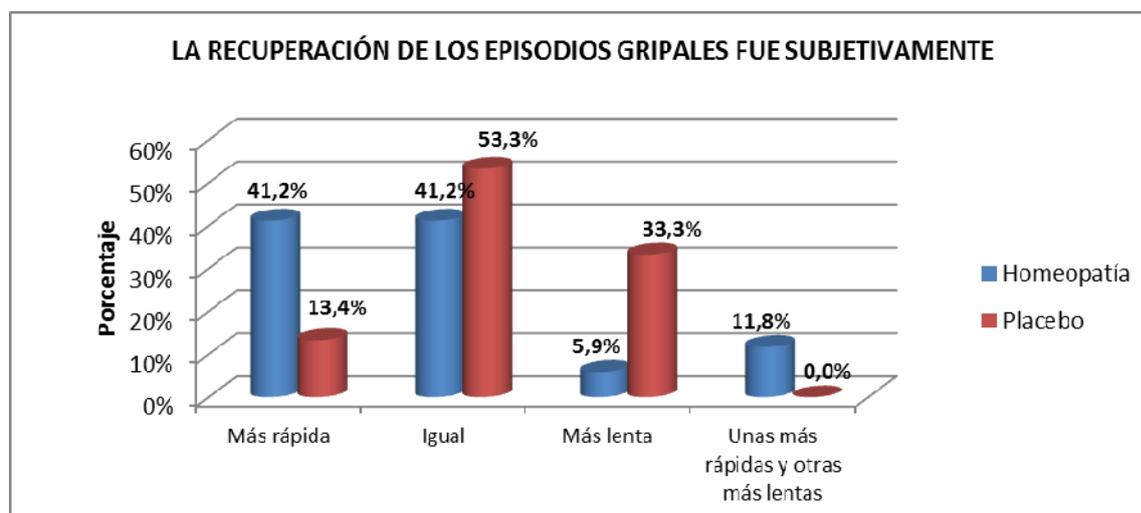
El número de recurrencias se presentaron para el grupo de homeopatía a razón de 0 y de 1 en el 29.4% de los niños, de 2 en el 26.5%, de 3 en el 14.7%, mientras que el grupo placebo fue de 0 y 1 en el 26.7%, de 2 en el 13.3%, de 3 episodios en el 20% y de 4 episodios en el 13.3%.

Gráfica 6-30: Número de recurrencias de IRA desde la intervención.



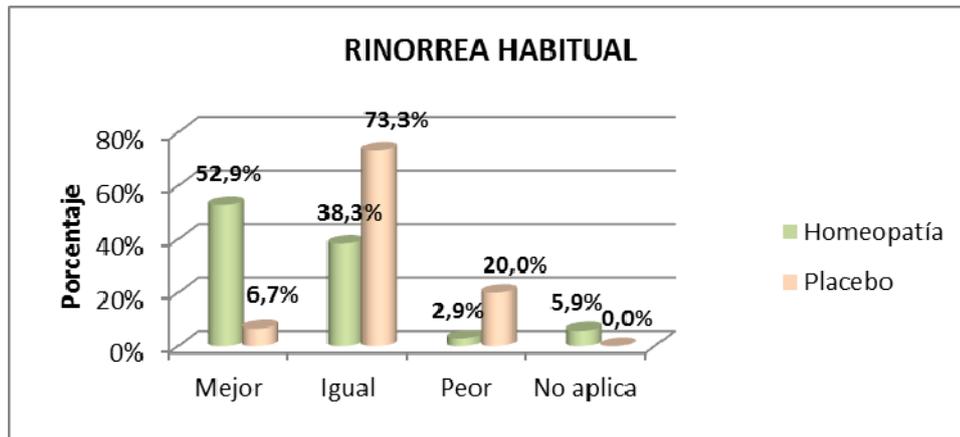
De estos episodios, la recuperación fue calificada subjetivamente como “más rápida” en el 41.2% de los casos con homeopatía y en el 13.4% del grupo placebo; la recuperación fue “igual” en el 41.2% en el grupo con homeopatía y en el 53.3% del grupo placebo, “más lenta” en el 5.9% y en el 33.3% respectivamente; y “unas más rápidas y otras más lentas” en el 11.8% en el grupo con homeopatía.

Gráfica 6-31: Calificación subjetiva de la recuperación de los episodios gripales.



La rinores habitual fue calificada “mejor” en el grupo de homeopatía en el 52.9%, “igual” en el 38.3% y “peor” en el 2.9%. En el grupo placebo fue “mejor” en el 6.7%, “igual” en el 73.3% y “peor” en el 20%. No aplicó en la población que no presentaba rinores habitual.

Gráfica 6-32: Rinores habitual.



El total de días de ausencia escolar por enfermedad respiratoria aguda fue en su mayoría de una semana (Homeopatía: 82.4% y Placebo: 86.6%). Entre 1 y 2 semanas fue de 14.7% en el grupo de homeopatía y en el 6.7% en el grupo placebo; mayor de 2 semanas en el 2.9% de los niños que recibieron homeopatía y 6.7% en los niños que recibieron placebo.

Respecto a la presentación de otras enfermedades durante el tiempo de observación, estas fueron del 35.3% en el grupo con homeopatía y del 33.3% en el grupo placebo.

Gráfica 6-33: Otras enfermedades durante el tiempo de observación.



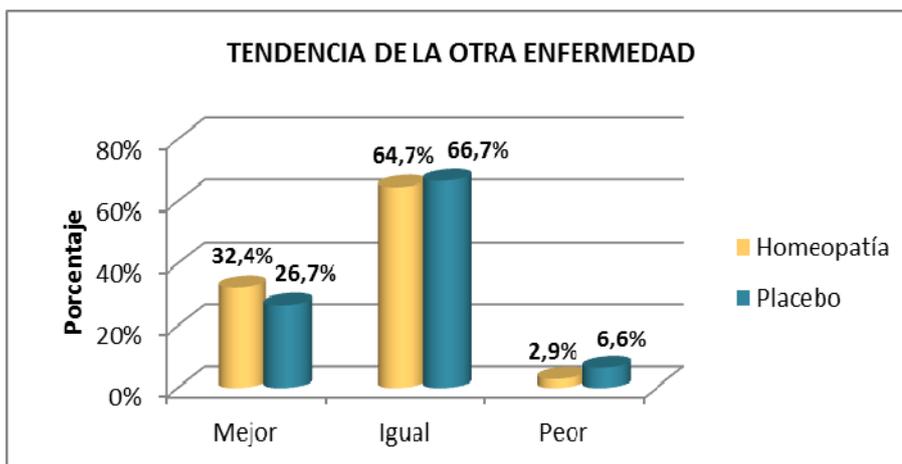
La diarrea fue la otra enfermedad que predominó en los dos grupos:

Tabla 6-1: Otra enfermedad.

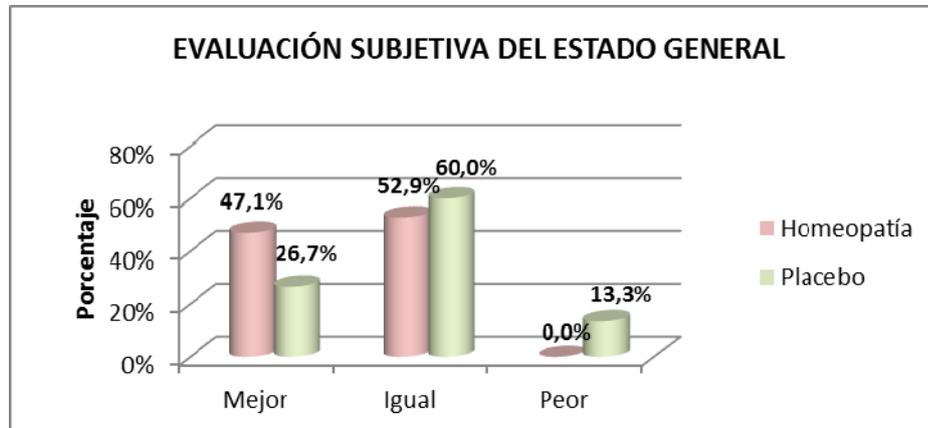
GRUPO-TIPO DE ENFERMEDAD		Frecuencia	Porcentaje
HOMEOPATÍA	Sin otra enfermedad	22	64,7
	Celulitis	1	2,9
	Conjuntivitis	2	5,9
	Diarrea	3	8,8
	Luxación codo	1	2,9
	OMA	1	2,9
	Prúrigo	2	5,9
	RGE	1	2,9
	Varicela	1	2,9
	Total	34	100,0
	PLACEBO	Sin otra enfermedad	10
Amebiasis		1	6,7
Diarrea		3	20,0
Exantema		1	6,7
Total		15	100,0

La tendencia de la otra enfermedad en el grupo con homeopatía fue “mejor” en el 32.4%,”igual” en el 64.7% y “peor” en el 2.9%. En el grupo placebo fue “mejor” en el 26.7%,”igual” en el 66.7% y “peor” en el 6.6%.

Gráfica 6-34: Tendencia de la otra enfermedad.



La evaluación subjetiva del estado general en el grupo con homeopatía fue “mejor” en el 47.1% e “igual” en el 52.9%, mientras que en el grupo placebo fue “mejor” en el 26.7% de los casos, “igual” en el 60% y “peor” en el 13.3%.

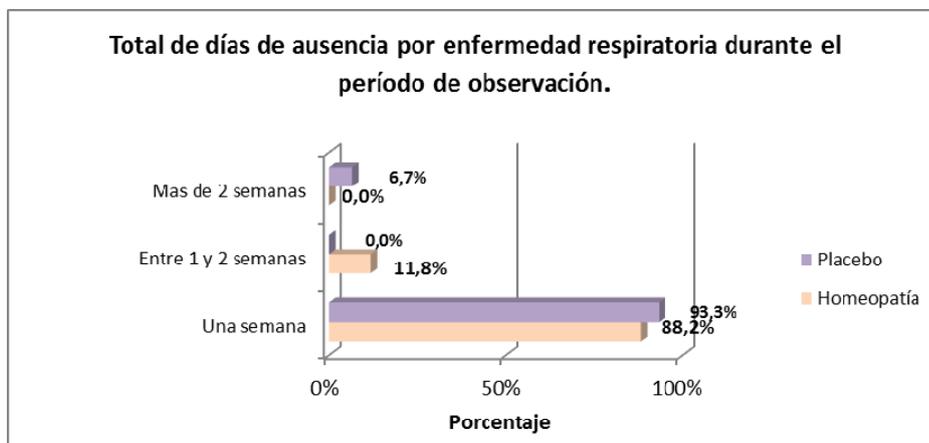
Gráfica 6-35: Evaluación subjetiva del estado general.

Durante el período de observación se presentaron otras complicaciones independientes del primer episodio, como amigdalitis, bronquitis y faringitis, sin diferencia significativa entre las dos proporciones (bronquitis y faringitis 2.9% en el grupo con homeopatía; Amigdalitis y bronquitis en el 6.7% en el grupo placebo).

El 26.5% de los pacientes del grupo con homeopatía usó inhaladores durante el período de observación. En el grupo placebo lo usó el 33.3% de los niños.

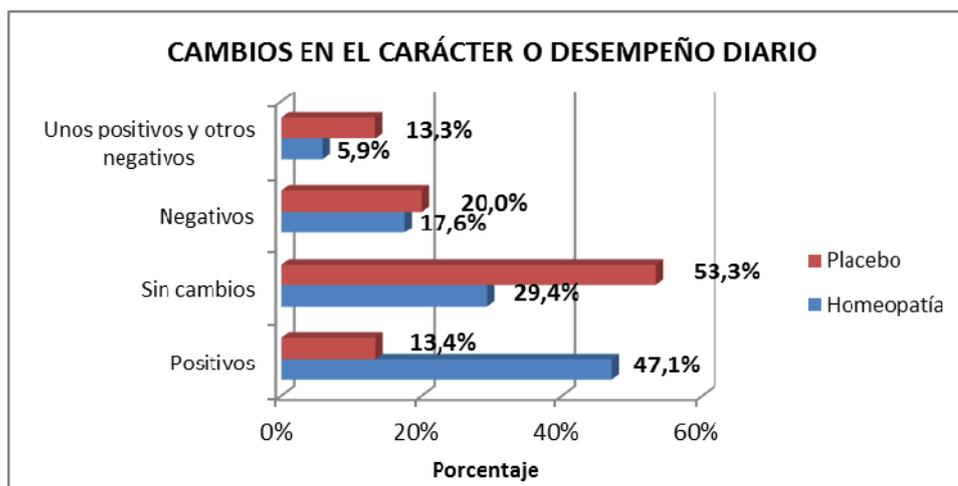
El 8.8% del grupo con homeopatía requirió hospitalización, mientras que en el grupo placebo ningún paciente la necesitó.

En cuanto a la ausencia por enfermedad respiratoria durante el período de observación, predominaron las fallas escolares hasta una semana. (93.3% en el grupo placebo y 88.2% en el grupo con homeopatía).

Gráfica 6-36: Total de días de ausencia por enfermedad respiratoria durante el período de observación.

Los cambios en el carácter o en el desempeño diario en el grupo de homeopatía fueron positivos en el 47.1%, negativos en el 17.6%, sin cambios en el 29.4%, y unos positivos y otros negativos en el 5.9%. En el grupo placebo, fueron positivos en el 13.4%, negativos en el 20%, sin cambios en el 53.3% y unos positivos y otros negativos en el 13.3% de los casos.

Gráfica 6-37: Cambios en el carácter o desempeño diario.



A continuación se presentan los resultados que sostienen significancia estadística, los datos no contemplados no presentaron relevancia en razón a que la interpretación puede presentarse por el reducido tamaño de la muestra con la que se realizó la prueba.

En cuanto a los factores de riesgo, no se evidenció diferencia estadísticamente significativa entre los dos grupos en cuanto a la exposición al humo de cigarrillo (Homeopatía: 15%, Placebo:33%; IC: 95%, $p=0.1359$); al número de personas en la habitación del niño (más de 2 personas), (Homeopatía:32%, Placebo: 13%) no hubo diferencia significativa (IC: 95%, $p=0.16$), en el bajo peso al nacer, la lactancia materna o el tiempo de permanencia en la guardería.

De igual manera se observa que la diferencia de proporciones entre los grupos en la presencia de rinorrea habitual no es significativa (Homeopatía:59%, Placebo: 15%; IC: 95% $p=0.1512$), por lo tanto no se puede considerar que la presencia de los factores de riesgo afectara el estado o la evolución del grupo que recibió placebo u homeopatía.

En la evaluación de los síntomas **después de la intervención**, se evidenció que la diferencia entre los grupos **respecto a la duración de la rinorrea por una semana fue estadísticamente y significativamente menor en los niños tratados con homeopatía (Homeopatía: 47%, Placebo:73%, con un nivel de confianza del 90%, ($p < 0,1$)). Para la rinorrea con intensidad (+) (Homeopatía: 17%, Placebo: 47%), con un nivel de confianza del 95%, se encuentra evidencia estadística suficiente para afirmar**

que existe diferencia significativa entre las dos proporciones a favor de la homeopatía. ($p=0.033$).

Con un 90% de confianza, existe evidencia estadística suficiente para confirmar la diferencia entre las medias de la intensidad de la tos + después de la intervención en el grupo de homeopatía (3.97) que fue más baja que la intensidad de la tos + en el grupo placebo (7) ($p=0.065$).

Con un nivel de confianza del 95%, se encuentra evidencia estadística suficiente para confirmar la diferencia entre la presentación de la intensidad de la rinorrea + más baja en el grupo de homeopatía (17%) y la intensidad de la rinorrea + en el grupo placebo (47%) ($p = 0.028$).

Con un 90% de confianza, existe evidencia estadística suficiente para confirmar la diferencia entre el número de días de obstrucción nasal después de la intervención entre la media del grupo de homeopatía (7.24) y el número de días de obstrucción nasal en el grupo placebo (15) que fue más alta. ($p= 0.076$)

Con un 90% de confianza, existe evidencia estadística suficiente para confirmar la diferencia de la media entre la intensidad de la obstrucción nasal + después de la intervención en el grupo de homeopatía (2.97) que fue inferior a la media de la intensidad de la obstrucción nasal + en el grupo placebo (7.07) ($p=0.076$).

Respecto a la recuperación más rápida de los episodios gripales (Homeopatía: 41% Placebo: 13%), con un nivel de confianza del 94%, se encuentra evidencia estadística suficiente para afirmar que existe diferencia significativa entre las dos proporciones, ($p < 0,06$). Analizada la proporción respecto a cuál grupo presentó una recuperación subjetivamente más lenta de los episodios gripales (Homeopatía: 0.5%, Placebo 30%), con un nivel de confianza del 95%, se encuentra evidencia estadística suficiente para afirmar que existe diferencia significativa entre las dos proporciones, ($p=0.0113$).

No obstante, se encuentra que en la evolución del estado general con un nivel de confianza del 95%, no hubo evidencia estadística suficiente para afirmar que existe diferencia significativa entre las dos proporciones (Homeopatía:47%, Placebo: 26%; $p=0.1807$).

En la evaluación del seguimiento se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos para los cambios positivos en el carácter y desempeño diarios (Homeopatía: 47%, Placebo: 13%) con un nivel de confianza del 95%, $p= 0.024$.

7. Discusión

Considerando la infección respiratoria como una de las enfermedades de mayor prevalencia en la población colombiana^{1, 24} y que asociada a las condiciones climáticas y socioeconómicas actuales en la ciudad de Bogotá que favorecen la presentación de esta entidad en la población de niños menores de 5 años, durante los años 2009 a 2010, en especial por la circulación de virus como el Adenovirus, el virus Influenza A y el virus AH1N1⁹⁴, se observa que la muestra empleada para efectos de este estudio es reducida en razón a que se llevó a cabo en la consulta del jardín Infantil de una universidad pública que sufrió múltiples interrupciones de sus actividades académicas por motivos sociopolíticos⁹⁵, hecho que afectó la asistencia de los estudiantes a clases y de sus hijos a la consulta de la guardería.

No obstante, se observa como ventaja que la apertura del espacio para la consulta de Medicina Alternativa en el jardín no se limitó únicamente a la Homeopatía, sino que también permitió la apertura de espacios para otras disciplinas como la Osteopatía y la Medicina Tradicional China aplicadas a la población infantil.

En el diseño del estudio y en su ejecución se contó con la ventaja de haber incluido en su ejecución a un Pediatra y a un médico con formación en homeopatía, permitiendo hacer una evaluación objetiva de la presentación y de la evolución de los síntomas.

La percepción de la diferencia numérica de los enfermos incluidos en uno u otro grupo (placebo vs homeopatía) se puede atribuir a las pérdidas sufridas durante el estudio, por retiro o exclusión y a los niños que reingresaron durante un nuevo episodio gripal, que probablemente fueron aleatorizados en el grupo correspondiente a la intervención con homeopatía.

En el aspecto demográfico, se encontró que la enfermedad predominó en el género femenino, contrario a lo descrito en la literatura,¹ probablemente por el tamaño de la muestra.

Se observó que en el grupo placebo predominó el grupo etáreo que se encontraba entre 37 a 59 meses de edad, el cual se caracteriza por ser el que tiene menor tendencia a enfermar, en comparación con los niños más pequeños con ingreso reciente al jardín (párvulos), aún así, no existe diferencia significativa que permita inferir que este aspecto afecte los resultados en contra de la Homeopatía, teniendo en cuenta que dentro del grupo de riesgo de niños menores de 5 años, los más susceptibles de enfermar son los más pequeños en razón a la madurez inmunológica que se alcanza hacia los tres años de vida.

Por otra parte, en el estudio predominaron en la consulta los pacientes pertenecientes a los estratos 2 y 3, diferente a los resultados publicados en la literatura mundial en donde se describe un mayor uso de lo homeopatía por los grupos de estratos altos y de los denominados trabajos de “cuello blanco”⁹⁶, este fenómeno se dio probablemente por la condición pública de la Universidad Nacional en la que se halla diversidad poblacional enmarcada por el conocimiento y por los méritos académicos; y en la que el servicio de jardín se presta a los hijos de los estudiantes con condiciones económicas menos favorables.

La jornada escolar de la “Mañana y tarde” fue la más usada en relación con las actividades académicas de los padres de los niños.

Respecto a los factores de riesgo, la totalidad de los niños incluidos en el estudio pertenecía a algún régimen prestador de servicios de salud del país, fruto de que esta es una de las condiciones que el jardín exige a toda la población infantil para ser aceptados.

Para la ejecución de este trabajo no se tomó el antecedente de vacunación con el programa Ampliado de Vacunación (PAI) ni con los biológicos que se encuentran fuera de este, ya que en la formación alopatía la inmunización es un factor de riesgo que se tiene en cuenta solamente en las complicaciones de la Otitis Media Aguda.

En el momento de ingreso al estudio en el grupo que recibió homeopatía, el 8.8% de los niños tenía un peso inferior al percentil 3, y el 14.7% se encontraba en el mismo percentil para la talla y el perímetro cefálico; mientras que ningún niño del grupo placebo presentó este factor de riesgo. En este grupo sólo se encontró un paciente con sobrepeso. Se evidencia así que en el aspecto pondoestatural, los niños que recibieron homeopatía ingresaron en condiciones menos favorables para su recuperación, aunque no se estableció una diferencia significativa entre los dos grupos. El comportamiento de el pobre desarrollo ponderal como factor de riesgo para presentar síntomas por infección viral del tracto respiratorio superior es similar al reportado para el mismo grupo poblacional en la ciudad de Bogotá (8.7%)⁹⁷

No hubo una diferencia significativa entre los grupos respecto a los niños con antecedente de peso menor de 2500gr al nacer. (Homeopatía 20% vs Placebo 26.7%), por lo que en este factor de riesgo no constituyó diferencia en el comportamiento del enfermo con uno u otro tratamiento; al igual que la duración de la lactancia materna ni en la presencia de rinorrea habitual.

Todos los niños recibieron lactancia materna, con un promedio del 42% de población total lactada por lo menos hasta los 8 meses de vida, hecho que se puede explicar por el efecto de los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad dirigidos hacia la población estudiantil gestante al interior de la Universidad. No hubo diferencias significativas entre los dos grupos respecto a la lactancia

El grupo que más tendió a la enfermedad respiratoria aguda fue el de los niños cuya permanencia en el jardín era menor de 3 meses en el jardín, que se asocia a una reciente exposición a patógenos dentro de la guardería como factor de riesgo para infección aguda de las vías respiratorias altas y al desarrollo incompleto del sistema inmune, tal como ya se ha descrito en la literatura de la medicina convencional.^{1,8.}

La exposición al humo predominó en el grupo placebo, (Homeopatía 14%, Placebo 33%). En el grupo con homeopatía se presentó mayor condición de hacinamiento (32%) mientras que el grupo placebo fue de 13%, diferencias que no fueron relevantes para los resultados.

No hubo una diferencia significativa entre los grupos respecto al uso previo de inhaladores, así como en la presencia de rinorrea habitual (58 vs 80%), aunque se debe resaltar la presencia de este factor como síntoma indicador de la presencia de una condición crónica tipo rinitis alérgica subyacente^{1-8, 98}.

El 55% del grupo que recibió Homeopatía presentó más de 3 episodios gripales al año, vs 66% en el grupo placebo, que indica una mayor tendencia a enfermar en los dos grupos probablemente asociada a las actuales condiciones climáticas del país^{1,8}.

Respecto a los factores de riesgo no se demostró ninguna diferencia significativa en general entre los dos grupos, determinando de este modo que tanto los niños que recibieron placebo como los niños que recibieron tratamiento con homeopatía, se encontraron en igualdad de condiciones pre-mórbidas y que estas no afectan los resultados, hecho que permite realizar una evaluación imparcial de los mismos.

Para una misma patología (infección respiratoria alta) se emplearon 15 medicamentos homeopáticos diferentes, 7 de origen mineral, 7 de origen vegetal, 1 de origen animal y 1 nosode, fruto de la individualización de cada enfermo y de cada enfermedad confrontada ante la peculiaridad de la imagen de un medicamento⁴⁵, eligiendo de esta manera el remedio más adecuado para cada niño en particular, en cumplimiento estricto de la doctrina de la homeopatía unicista.

En cuanto a la observación del episodio agudo, se encontró una diferencia en el tiempo promedio de la evolución en la presentación de los síntomas del episodio agudo previo a la intervención, que fue de 0.6 días (Homeopatía 9.4 días vs Placebo 8.8 días); así como en **la duración de la enfermedad después de iniciado el tratamiento que fue de 5 días (Homeopatía 21 días vs Placebo 26 días). La presentación de síntomas respiratorios durante el seguimiento mostró una diferencia de 6 días en promedio (Homeopatía 22 días vs Placebo 28 días)**, aunque se requiere de una mayor muestra para hallar significancia estadística.

La duración de los síntomas en ambos grupos se ve aumentada en comparación a lo descrito en la literatura, cuyo promedio oscila entre 7 a 10 días²⁷, fenómeno que se relaciona con los factores de riesgo (estancia en guardería, edad) y a los cambios climáticos que perpetúan los picos de circulación viral en el ambiente. A pesar que la diferencia no fue significativa es visible la tendencia de una evolución más corta en aquellos niños que recibieron homeopatía junto con el tratamiento convencional.

Se observó además que el tiempo de duración de la tos entre 1 y 2 semanas, fue mayor para el grupo placebo (40%) que para la homeopatía (14.7%). Aunque la diferencia a favor de la homeopatía es evidente numéricamente, se requiere de una muestra mayor para que los resultados sean estadísticamente significativos.

En el grupo que recibió homeopatía se observó una tendencia a la disminución de las recurrencias de los episodios gripales, mientras que esta se mantenía en el grupo que recibió placebo, fenómeno que ya ha sido descrito en enfermedades

crónicas, cuya presentación de recurrencias o de recaídas, así como la duración e intensidad de las mismas se ven reducidas en personas que reciben tratamiento con convencional más homeopatía⁵⁶.

La calificación subjetiva del tiempo de recuperación fue más rápido en el grupo con homeopatía, a la vez que este mismo tiempo de recuperación fue más lento en el grupo que recibió placebo; como ya fue descrito por Haidvol⁶⁷ y Steinbeck⁷².

La presentación de la rinitis fue menor en el grupo con homeopatía, que se interpreta como una mejoría de un síntoma que se presentó con mayor cronicidad que se relaciona con un fondo alérgico, terreno en donde la homeopatía produce efectos muy favorables.^{27,37}

La tendencia de otras enfermedades presentadas durante el período de observación fue mejor en el grupo que recibió homeopatía (32.4% vs 26.7%), aunque la diferencia tampoco es relevante estadísticamente.

La evaluación subjetiva del estado general fue mejor en el grupo con homeopatía (47.1% vs 26.7%), similar a los estudios de Haidvol⁶⁷ y Steinbeck⁷².

Se presentaron más complicaciones en el grupo placebo (9.45 vs 8.6%) y el uso de inhaladores fue mayor en el grupo placebo, aunque la diferencia en estas dos variables tampoco fue relevante en razón al tamaño de la muestra.

La infección respiratoria alta aguda es una entidad autolimitada³ por lo que los cambios en la evolución de los síntomas no fue significativo, pero muestra un efecto importante en la recurrencia de los episodios respiratorios, en la tendencia de la enfermedad, en el comportamiento de otras enfermedades durante el período de observación, y especialmente en la esfera mental y emocional del niño favoreciendo su desarrollo en el entorno social y familiar.

Durante el presente proyecto se trató el mismo diagnóstico con diferentes medicamentos a la luz de la doctrina homeopática, fundamentada en siete principios encaminados hacia la búsqueda del medicamento más semejante a la individualidad del paciente que rige el tratamiento del enfermo y no de la enfermedad⁶. La selección del medicamento se llevó a cabo bajo un abordaje holístico que condujo al más similar para el momento agudo.

No se pudo apreciar diferencias significativas entre la presentación de complicaciones y el uso de antibiótico en razón al tamaño de la muestra, pero que de mantenerse la tendencia observada, a largo plazo dichos resultados pueden llegar a evidenciar una diferencia relevante.

A la luz de la doctrina, **se confirma una vez más que el tratamiento homeopático es útil para el manejo de patologías agudas,** y no sólo para patologías de evolución crónica como se muestra en la mayoría de los estudios⁵⁶.

Si bien las patologías agudas son de resolución autolimitada^{44, 99}, en este estudio **se identificaron ventajas numéricas con la homeopatía para el manejo de la infección respiratoria alta aguda, tales como la disminución de la intensidad de los síntomas presentados en nuevas enfermedades diferentes a la infección respiratoria aguda**

durante el período de observación; en la menor tendencia a presentar otras enfermedades o recurrencias de patologías respiratorias, en la reducción estadísticamente significativa de la intensidad y en la duración de síntomas previos crónicos como la rinorrea y en la mejoría de los síntomas mentales, efectos ya observados en estudios previos .^{67,68,69,71,72,73,75,77,78,79}

Igualmente ya se habían demostrado las mismas ventajas, por ejemplo, Trichard en el año 2005 durante un estudio de observación de 6 meses, halló diferencias significativas que le otorgan mejores resultados a la homeopatía vs placebo, tales como en la disminución del número de episodios gripales (55% vs 86%), en el tiempo de duración de la enfermedad (9.5% vs 31%), en la presentación de complicaciones (21% vs 31%), todo ello sin la presentación de efectos adversos y a la mejoría en la calidad de vida del enfermo.¹⁰⁰

El objetivo del remedio homeopático prescrito en casos agudos es acelerar los procesos naturales que se pusieron en marcha para buscar la curación, basados sobre la totalidad de los síntomas de la fase aguda.⁹⁰

Por ello, se considera que la aplicación de este tipo de diseños de investigación es más apropiada para patologías de evolución crónica, estableciendo períodos de observación más amplios (uno a dos años) que permitan evaluar además del comportamiento de los síntomas, el nivel de calidad de vida y los cambios en la esfera mental del paciente, así como la documentación de posibles curaciones de la enfermedad.

Durante el estudio se observó que los pacientes que tenían factores de riesgo se comportaron como una enfermedad crónica, sin grandes mejorías en un período corto de observación, lo que justifica diseños con períodos de evaluación más amplios.

Se observaron cambios positivos significativos en el carácter en los niños que recibieron homeopatía (47.1 vs 13.4%), lo que hace sugerir para futuros trabajos la inclusión de variables como el efecto sobre los trastornos de comportamiento concomitantes propios de la edad infantil, trastornos de aprendizaje, relaciones psicosociales, etc, ya que por ser un grupo etáreo extremo de la vida se hace más sensible al tratamiento con homeopatía⁶⁰.

De igual forma es conveniente brindar un mayor y mejor soporte científico a la homeopatía, llevando a cabo estudios que cuantifiquen los niveles séricos de citoquinas, de Interleuquina 1,2 y 6, y de Interferón, ya que están directamente asociados a los cambios en la esfera mental durante la enfermedad.

En el análisis de resultados la tendencia es encontrar más resultados a favor de la homeopatía, por lo que este diseño llevado a cabo con una mayor muestra, podrá reflejar mayor cantidad de diferencias significativas entre los resultados de los dos grupos, en relación con la tendencia observada de una mayor ventaja del tratamiento con manejo convencional más homeopatía sobre el grupo que recibió tratamiento convencional más placebo.

8. Conclusiones y recomendaciones

8.1 Conclusiones

1. Se encontró una gran aceptación y acogida por parte de la comunidad del jardín infantil para la participación en el estudio y en la consulta de homeopatía, así como la apertura de espacios para otras disciplinas de la Medicina Alternativa.
2. Si bien las enfermedades agudas son autolimitadas por definición, el uso del tratamiento homeopático con medicamento constitucional en aquellos pacientes con infección respiratoria alta aguda disminuye la severidad y la duración de los síntomas, así como el tiempo entre recurrencias, especialmente en aquellos enfermos que poseen factores de riesgo o tendencia a la cronicidad de la enfermedad.
3. Se empleó más de un mismo medicamento homeopático para tratar la misma condición mórbida, con diferentes escalas y potencias; en atención a la individualidad del enfermo, como diferencia fundamental de la homeopatía frente al manejo de una enfermedad con una misma molécula y un mismo protocolo de prescripción.
4. Durante el estudio no se presentaron reacciones adversas ni efectos secundarios asociados a la administración del tratamiento homeopático.
5. El uso de la homeopatía unicista puede ser considerado para el manejo de procesos agudos como acelerador de los procesos naturales puestos en marcha para la curación.
6. Es necesario contar con una muestra mayor de 60 pacientes con el fin de poder aplicar modelos de regresión logística multivariados para obtener una mayor cantidad de resultados significativos, cuya tendencia es a favor de la homeopatía respecto al uso de medicamentos convencionales, la tendencia a otras enfermedades, la evolución de las mismas y el ausentismo escolar.

8.2 Recomendaciones

1. Es necesario el diseño y ejecución de ensayos clínicos con homeopatía, preferiblemente con grupo de control, que permita establecer diferencias entre la medicina convencional y la medicina alternativa, y publicar los resultados con una metodología apropiada que le otorgue seriedad y peso científico a un arte y ciencia cuyos beneficios y propiedades son conocidos desde el siglo XVIII.
2. Para la obtención de más resultados estadísticamente significativos, es necesario completar una muestra de por lo menos 60 enfermos, teniendo en cuenta que la tendencia es la de encontrar una ventaja de la homeopatía más tratamiento convencional sobre el tratamiento convencional.
3. Se recomienda realizar estudios a largo plazo para evaluar los efectos en el plano físico y mental del enfermo, incluyendo como una de las variables la calidad de vida y la evaluación de los costos,
4. La Implementación de programas de atención primaria con Homeopatía y de fácil acceso a la comunidad se constituirían en una herramienta valiosa para el manejo de la salud pública.
5. La extensión de la prestación de servicios de Homeopatía a los sectores sociales menos favorecidos, permiten una mayor y mejor atención a las poblaciones vulnerables.
6. Este tipo de diseños puede ser útil para describir el comportamiento del remedio homeopático en situaciones que requieran la intervención con el genio epidémico en el contexto actual de cambio climático, crisis económica y mayor circulación de agentes infecciosos.

A. Anexo: Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

EFFECTIVIDAD DE LA HOMEOPATÍA COMO COADYUVANTE EN LA MORBILIDAD DEL RESFRIADO COMÚN EN NIÑOS DE 6 MESES A 5 AÑOS EN EL JARDIN INFANTIL DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL, EN BOGOTÁ, COLOMBIA.

JUSTIFICACION Y OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN:

La infección respiratoria es un grave problema de salud pública en niños menores de 5 años en nuestro país y en el mundo. El resfriado común (o gripa) es una infección principalmente producida por virus que se transmiten por el aire o por las manos contaminadas. En espacios cerrados y al ingresar al jardín los episodios de gripa son más frecuentes, ocasionando malestar en el niño, visitas frecuentes al médico, ausencias en el jardín y de los padres en el trabajo, además complicaciones.

La homeopatía es una medicina que se aplicada desde el siglo XVIII. Es natural porque estimula los mecanismos propios de cada persona para curarse y los medicamentos son elaborados de sustancias naturales. Es científica, basada en la experimentación en personas. Tiene en cuenta al ser humano como una unidad entre mente, cuerpo y energía vital que lo integra y anima, además de los factores hereditarios, físicos, psíquicos y ambientales asociados. Aplica los principios de individualidad (cada persona es única), de semejanza (se busca el medicamento que más se parezca a los síntomas que sufre cada persona para que estimule en el organismo los procesos de autocuración), experimentación pura (toda sustancia medicinal es experimentada antes de ser administrada a los enfermos para conocer su potencial curativo) y dosis infinitesimales (los medicamentos son muy diluidos y dinamizados). De esta manera la Homeopatía promueve la conservación y recuperación de la salud.

En la investigación, todos los niños van a recibir el tratamiento convencional: aumento de líquidos orales, lavados nasales y acetaminofen a necesidad. Al azar se les administrará unos glóbulos que pueden o no tener medicamento homeopático y se seguirán, se les entregará una libreta donde deben anotar los cambios observados y los signos de alarma que indican que pueden presentarse complicaciones, se les hará seguimiento telefónico y/o personal y/o consultarán a urgencias por su EPS. La homeopatía podría traer grandes ventajas y mejoría en la salud, la calidad de vida y a bajos costos. Los riesgos del tratamiento son menores que con el tratamiento convencional.

Certifico además que el niño está afiliado y con carné vigente a un seguro médico en la EPS (o ARP) de nombre: _____.

Teniendo en cuenta lo anterior, Yo, _____ mayor de edad, con documento de identificación N° _____, en representación del menor _____, manifiesto que he recibido información suficiente por parte del Doctor _____, especialista en pediatría y/o Homeopatía,

con respecto al estudio de resfriado común que se va a realizar en el jardín, y los tratamientos necesarios que serán practicados según valoración del pediatra y el médico homeópata.

Manifiesto que he entendido la información en la cual se me explica de manera clara y concisa, en qué consiste la homeopatía y en qué consiste el estudio. Se aplicará el tratamiento de acuerdo al criterio médico en beneficio de la salud del niño o niña, para lo cual autorizo plenamente y asumo los posibles riesgos inherentes al tratamiento.

Mis dudas respecto al procedimiento, riesgos y beneficios de la investigación, fueron resueltos en debida forma y de manera clara por parte del médico, me comprometo a seguir de manera clara y cumplida las recomendaciones médicas relacionadas, con las frecuencias de los controles, la administración de medicamentos, los estilos de vida saludables (modificaciones nutricionales y demás que sean necesarios para el manejo de la condición de salud del menor).

Reconozco que en cualquier momento puedo revocar este consentimiento y lo comunicaré oportunamente, de igual manera entiendo que las responsabilidades adquiridas por las partes son de medio y no de resultados, por lo tanto el procedimiento no puede ser garantizado.

En constancia de lo anterior, firmo en la ciudad de Bogotá, a los _____ días del mes de _____ del año 2011.

Nombre del representante legal del niño

Parentesco:

Dirección

Teléfono:

Nombre del testigo

Parentesco:

Dirección:

Teléfono:

Nombre del médico

*Un duplicado de este consentimiento se entregará al representante legal del menor.

B. Anexo: Modelo historia clínica

HISTORIA CLÍNICA PEDIÁTRICA INTEGRAL JARDÍN INFANTIL UNIVERSIDAD NACIONAL



Fecha de apertura: _____ Hora: _____

IDENTIFICACIÓN

NOMBRE COMPLETO: _____
 Documento de identidad (tipo y número): _____
 Fecha y lugar de nacimiento: _____
 Edad (años y meses cumplidos): _____ Género: _____
 Procedencia: _____
 Dirección: _____
 Teléfono: _____
 Régimen de seguridad social: Tipo y nombre: (ARS, EPS) _____

Fecha de ingreso al jardín (por primera vez): _____
 Escolaridad: _____ Jornada a la que asiste actualmente: _____

Informante (parentesco y descripción): _____

Datos del Padre:

Nombre: _____ Edad: _____
 Teléfono: _____ Ocupación: _____
 Escolaridad: (estudiante anotar carrera y semestre): _____

Horario de trabajo: _____ Ingreso
 mensual: _____
 Personas a cargo: _____ Servicio médico:

Datos de la Madre:

Nombre: _____ Edad: _____
 Teléfono: _____ Ocupación: _____
 Escolaridad: (estudiante anotar carrera y semestre): _____

Horario de trabajo: _____ Ingreso
 mensual: _____
 Personas a cargo: _____ Servicio médico:

Datos de la pareja:

Casada __, Solteros __, Unión libre __, Separados __, Viudo __, Estable __,

JARDÍN INFANTIL UNIVERSIDAD NACIONAL
HISTORIA CLÍNICA PEDIÁTRICA N° _____

Nombre: _____ Fecha: _____ N° Pag. ____

ANTECEDENTES

☉ **Social** (gráfica y/o relato):

* **Familiograma:** estructura, relaciones (entre padres, hermanos, cuidadores), dinámica familiar, patologías.

* **Ecomapa:**, interacción del núcleo familiar con la familia extensa, educación (relación con otros niños, profesores), recreación, religión, amigos, trabajo, salud y el flujo de recursos económicos, socialización en el jardín...

* **Personalidad** de los padres y cuidadores.

* **Situaciones de estrés o traumáticas** (Relaciones interpersonales, llegada de hermanito, adaptación al jardín, etc)

☉ **Antecedentes Familiares:** Patológicos: _____

☉ **Perinatales:**

* **Preconcepcionales:** deseado, estado emocional de la madre, exámenes:

* **Prenatales:** (embarazo) edad materna _____, # embarazos _____, puesto ocupado _____, condición nutricional, psicoafectiva y laboral, _____ #CPN _____, enfermedades, consanguinidad, exposición a tóxicos o radiación: _____

* **Natales:** (nacimiento), EG _____, espontáneo o no (intervención) _____, vía del parto: _____, presentación _____, anestesia _____. APGAR _____, talla _____, PC: _____.
 Tamizaje: _____

Peso al nacer: _____ grs. Menor a 2.500 grs, sí ____ o no ____

☉ **Patológicos y hospitalizaciones:** (gravedad, quien lo cuidó, cómo la asumió)

—

JARDÍN INFANTIL UNIVERSIDAD NACIONAL
HISTORIA CLÍNICA PEDIATRICA N° _____
 Nombre: _____ Fecha: _____ N° Pag. __

ANTECEDENTES

- ⊙ **Alimentarios:**
 - **Lactancia materna:** exclusiva ___ meses, final de LM: ___ meses.
 Problemas con el amamantamiento: _____
 - **Complementaria:** edad de inicio ___ m, cómo la inicio _____
 _____, # ___ comidas al día, # ___ seno al día, # ___ biberones al día
 Leche que usa y modo de preparación _____
 - **Calidad de los alimentos** (hacer recuento de un día) _____
Apetito y problemas con la alimentación: _____
- ⊙ **Quirúrgicos:** _____
- ⊙ **Transfusionales:** _____
- ⊙ **Intoxicaciones:** _____
- ⊙ **Alergias:** _____
- ⊙ **Traumas físicos:** _____
- ⊙ **Traumas emocionales (cómo se manejó)** _____
- ⊙ **Medicamentos:** convencionales y alternativos: _____
- ⊙ **Ambiental:** cigarrillo, humo, plaguicidas, consumo de sustancias, químicos, fábricas, riesgo de accidentes: _____
Contaminación (auditiva, visual, olfativa, campos electromagnéticos): _____
 Cuantas **personas duermen** con el paciente en la misma habitación # _____
- ⊙ **Vacunas:** PAI completo si ___ o no _____,
Reacciones o cambios posteriores: _____

Vacuna / edad	1*	2*	3*	RF	RF	
BCG						
DPT						
Polio						
HIB						
HEP B						
Rotavirus						
Neumococo						
MMR						
Sarampión						
HEP A						
Varicela						
Infuenzae						
Otra						

JARDÍN INFANTIL UNIVERSIDAD NACIONAL
HISTORIA CLÍNICA PEDIATRICA N° _____

Nombre: _____ Fecha: _____ N° Pag. __

HÁBITOS Y OTROS

- ⊙ **Higiene del sueño:** (cómo y con quien duerme, posición) _____

- ⊙ **Higiene oral:** (# cepillado, crema con fluor) _____
- ⊙ **Higiene en manos:** (cantidad y calidad) _____
- ⊙ **Control de esfínteres:** edad de inicio _____, edad de logro _____,
inconvenientes _____, enuresis ____, encopresis_____.
- ⊙ Quien cuida al niño el mayor tiempo: _____
- ⊙ Con quien juega el niño: _____
- ⊙ Qué juguetes prefiere: _____
- ⊙ Comidas preferidas: _____
- ⊙ # Horas al día de T.V. y programas preferidos: _____
- ⊙ Elementos transicionales, mascotas: _____
- ⊙ Cómo y quién hace la disciplina, cómo se comporta ante la autoridad o cuando lo regañan: _____

- ⊙ Personalidad (cómo describe al niño la familia: ansioso, apático, alegre, cariñoso, irritable, afectuoso, miedoso,... etc): _____

- ⊙ Como describe al niño (a), los profesores : _____

- ⊙ Relación con otros niños y autoestima: _____

- ⊙ Cómo reacciona a la música, a la luz, ruidos, dolor, contacto, caricias, consuelo, ruido, frío, calor, cambios atmosféricos y a la compañía: _____

- ⊙ Dificultades escolares (concentración, memoria, adaptación, cómo asume sus deberes): _____

- Otros: _____

Realizado por:

JARDÍN INFANTIL UNIVERSIDAD NACIONAL
HISTORIA CLÍNICA PEDIATRICA N° _____

Nombre: _____ Fecha: _____ N° Pag. ____

REVISION POR SISTEMAS:

- ⊙ Generales: animo, apetito, _____
- ⊙ Neurológico si _____ no _____ Lateralidad _____
- ⊙ Mental: si _____ no _____
- ⊙ Ojos: si _____ no _____
Examen visual: _____
- ⊙ ORL: si _____ no _____
Examen auditivo: _____
- ⊙ Endocrinológico: si _____ no _____
- ⊙ Cardiovascular: si _____ no _____
- ⊙ Respiratorio: si _____ no _____
- ⊙ Gastrointestinal: si _____ no _____
- ⊙ Genitourinario: si _____ no _____
- ⊙ Osteomusculoarticular: si _____ no _____
- ⊙ Hematológico: si _____ no _____
- ⊙ Piel y faneras: si _____ no _____
- ⊙ _____

SÍNTOMAS GENERALES:

- ⊙ Sed: (cambios con la enfermedad) _____
- ⊙ Sudor (color, olor): _____
- ⊙ Calor vital (prefiere calor o frío): _____
- ⊙ Temores: _____
- ⊙ Deseos y aversiones (comidas o stancias): _____

- ⊙ Sueño (s): _____
- ⊙ Factores que agravan: _____
- ⊙ Factores que mejoran: _____
- ⊙ Respuestas al tacto y sonidos: _____
- ⊙ Sensibilidad a cambios atmosféricos, altitud, hora:

- ⊙ Síntomas concomitantes: _____

NUEVOS ANTECEDENTES: (incluye rendimiento y dificultades, DSM, cambios en
filiograma, situaciones de estrés y adaptación):

JARDÍN INFANTIL UNIVERSIDAD NACIONAL
HISTORIA CLÍNICA PEDIÁTRICA N° _____

Nombre: _____ Fecha: _____ N° Pag. __

EXAMEN FÍSICO:

- ⊙ Aspecto general: _____
- ⊙ Comportamiento durante el examen: _____
- ⊙ Antropometría:
 - ⊙ Peso: _____ Kg, percentil: _____
 - ⊙ Talla: _____ cm, percentil: _____
 - ⊙ Peso/talla: percentil: _____
 - ⊙ Perímetro cefálico: _____ cm, percentil: _____
- ⊙ Signos vitales:
 - ⊙ Temperatura: _____ °C
 - ⊙ Frecuencia cardíaca: _____ por minuto
 - ⊙ Frecuencia respiratoria: _____ por minuto
 - ⊙ Tensión arterial: _____
- ⊙ Cabeza: _____
- ⊙ Ojos: _____
- ⊙ ORL: _____
- ⊙ Cuello: _____
- ⊙ Tórax: _____
- ⊙ Abdomen: _____
- ⊙ Genitourinario: _____
- ⊙ Extremidades: _____
- ⊙ Piel y faneras: _____
- ⊙ Neurológico: _____

ANÁLISIS: _____

DIAGNÓSTICOS:

- ⊙ Nosológico y sindromático: _____
- ⊙ Homeopático: _____
- ⊙ Riesgo: (Estado nutricional, crecimiento, desarrollo psicomotor, psicosocial): _____

PLAN

- ⊙ Tratamiento: _____
- ⊙ Diagnóstico: _____
- ⊙ Seguimiento: _____
- ⊙ Educativo y preventivo: _____

Realizado por: _____

C. Anexo: Folleto para padres

AESTRÍA EN MEDICINA ALTERNATIVA está interesada en extender los servicios a la población infantil del Jardín y para ello considera importante realizar evaluaciones de la eficacia terapéutica de la Homeopatía en esta población

Por ahora se ha escogido la enfermedad respiratoria aguda para hacer una primera evaluación. Por lo tanto se realizará este primer trabajo con el **OBJETIVO** de: Valorar si hay diferencias en el curso de la enfermedad de niños y niñas con resfriado común que reciben tratamiento convencional (suero fisiológico y acetaminofen) comparado con los que reciben tratamiento convencional más homeopático.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Firmar consentimiento informado, edad de 6 meses a 5 años, síntomas de gripa, tener un seguro médico (EPS o Sisben).

METODOLOGÍA

Los niños serán valorados por el pediatra y el médico con formación en homeopatía, se evaluarán y se administrará el tratamiento que corresponda según la medicina convencional.

Al azar unos recibirán medicamento homeopático y otros no, se observarán por 2 meses y se evaluará la respuesta para valorar los beneficios en este jardín y posteriormente extenderlos a otros en beneficio de todos los niños y niñas.



SIGNOS DE ALARMA DE IRA

Debe estar atento si hay presencia de signos de dificultad para respirar o signos de alarma debe llevarlo a URGENCIAS:

- Frecuencia respiratoria: mayor a 50 veces en un minuto (en niños de 11 meses o menores), mayor a 40 veces en un minuto en niños de 12 meses o mayores).
- Retracción subcostal: hundimiento en el borde inferior de las costillas al respirar.
- Sibilancias: silbido al respirar en el pecho o en la boca
- Estridor laríngeo en reposo: ruido a nivel de la garganta al tomar o al botar el aire.
- Color morado en labios o cara espontáneamente o al toser
- Fiebre mayor a 3 días o persistentemente alta mayor a 39°C
- Falta de apetito marcado para alimentos líquidos y sólidos
- Dolor de oído
- Decaimiento marcado con postración, no juega, no ríe, no come o lo ve mal.

EFFECTIVIDAD DE LA HOMEOPATÍA UNICISTA COMO COADYUVANTE EN EL TRATAMIENTO DEL RESFRIADO COMÚN, SUS COMPLICACIONES Y RECURRENCIAS, EN NIÑOS DE 6 MESES A 5 AÑOS EN EL JARDÍN INFANTIL DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL, EN EL AÑO 2009, EN BOGOTÁ, COLOMBIA, ESTUDIO PILOTO.



Un trabajo enfocado a buscar los beneficios de la medicina alternativa en la comunidad infantil.

AUTORA: MARÍA CRISTINA ANGULO ACERO: Médica Pediatra, candidata a Magíster en Medicina Alternativa U.N.

DIRECTOR: DR. EDUARDO BELTRÁN DUSSÁN: Médico, Pediatra, Oncohematólogo pediatra. Profesor Universidad Nacional

ASESOR EXTERNO: DR. GERMÁN BENITEZ :Médico con formación en Homeopatía. Candidato a Magíster EN Medicina Alternativa. U.N.

QUE ES LA IRA O INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA ?

Es una inflamación de la vía respiratoria, ocasionada por infecciones adquiridas en el ambiente o por contacto con personas con el padecimiento.

Puede ser:

ALTA: gripa, otitis, amigdalitis, sinusitis.

BAJA: Neumonía, bronquiolitis, bronquitis



Es la **principal causa** de enfermedad en la infancia, de visitas al médico, ausencia en el trabajo y la escuela. El niño que **vive en comunidad escolar o familiar** se contamina fácilmente. La gripa se puede complicar con otitis, amigdalitis, sinusitis , laringitis, bronquiolitis, neumonía, bronquitis.

TRATAMIENTO:

- Higiene nasal (suero fisiológico)
- Aumento de los fluidos orales para prevenir la deshidratación
- Alimentación para evitar la desnutrición
- Antipiréticos para reducir la fiebre alta (acetaminofen)

PREVENCIÓN:



- Lavado de manos
- Uso de pañuelos desechables y tapabocas
- Evitar contacto con personas resfriadas
- No fumar, evitar humos y ventilar los ambientes
- Lactancia materna en menores de un año.
- Vacunación

QUE ES LA HOMEOPATÍA ?

Es una medicina que ha demostrado promover la conservación y recuperación de la salud basado en unos principios descritos desde hace muchos siglos; puestos en práctica por el Dr. Samuel Hahnemann desde finales del siglo XVIII y en la actualidad cada vez está en más uso.



Contempla a cada persona en su individualidad, integra mente, cuerpo, espíritu y en su relación con su ambiente. Contempla a cada persona en su individualidad, integra mente, cuerpo, espíritu y en su relación con su ambiente.

D. Libreta de seguimiento



Debe estar atento si hay presencia de signos de dificultad para respirar o SIGNOS DE ALARMA y llevarlo a **URGENCIAS**:

1. **Frecuencia respiratoria:**
 - Menores de 11 meses: mayor a 50 veces en un minuto
 - De 1 a 5 años: mayor a 40 veces en un minuto
 - Si tiene fiebre en ese momento, administre acetaminofen ____ cc y revise nuevamente la frecuencia respiratoria a las 2 horas, si continua mayor a estos valores llévelo a urgencias
 2. **Retracción subcostal:** hundimiento en el borde inferior de las costillas al respirar.
 3. **Sibilancias:** silbido al respirar en el pecho o en la boca
 4. **Estridor laríngeo en reposo:** ruido a nivel de la garganta al tomar o al botar el aire.
 5. **Color morado en labios** o cara espontáneamente o al toser
 6. **Fiebre** mayor a 3 días o persistentemente alta mayor a 39°C
 7. **Falta de apetito** marcado para alimentos líquidos y sólidos
 8. **Dolor de oído**
- Luego dar una gota cada 8 horas hasta mejoría.
 - En caso de presentar fiebre (temperatura mayor o igual a 38°C)
 - Si está muy decaído, iniciar una gota cada 15 minutos por una hora
 - Si el estado general es bueno, no aumentar la frecuencia (seguir cada 4 horas o cada 8 horas según corresponda)

CUANDO ADMINISTRAR ACETAMINOFEN

- Si presenta fiebre (temperatura mayor a 38,5°C). Cantidad: ____ c.c. o ml.
- Decaimiento marcado** con postración, no juega, no ríe, no come o lo ve mal.

2009

**EFFECTIVIDAD DE LA HOMEOPATÍA UNICISTA
COMO COADYUVANTE EN EL TRATAMIENTO
DEL RESFRIADO COMÚN, SUS
COMPLICACIONES Y RECURRENCIAS,
EN NIÑOS DE 6 MESES A 5 AÑOS EN EL JARDÍN
INFANTIL DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL,
BOGOTÁ, COLOMBIA.**



La información que ustedes aportan es **muy importante** para nosotros y para definir si el tratamiento es útil o no, para así en un futuro beneficiar a otros niños, niñas y adultos. Muchas gracias por **llenar los datos cuidadosamente**. Favor anotar los cambios percibidos en el jardín al final de la jornada y los observados en casa.

Nombre: _____
 Número de identificación: _____ Número en el estudio: ____

Fecha de ingreso a la guardería: _____
 Fecha de ingreso al estudio: _____ Peso al ingreso: ____ Kg
 Fecha de egreso al estudio: _____ Peso al egreso: ____ Kg

Si tiene dudas o preguntas sobre el estado de salud o forma de llenar la libreta favor llamar a la doctora María Cristina Angulo Acero celular **300-2010129**

INSTRUCCIONES:

- Llenar el diario iniciando por el día de la semana que fue valorado en consulta.
- Encontrará un listado de síntomas y eventos, debe anotar en la primera casilla con una "x" si lo presentó.
- En las CASILLAS BLANCAS (primeras 5 casillas), en el día correspondiente anotar en una escala de 1 a 4 cruces que tan fuerte presentó el síntoma, o si estuvo ausente con 0.
 - 0 0. NORMAL o si no presenta el síntoma
 - + 1. Escasos síntomas (apetito menos de lo usual)
 - ++ 2. Moderados síntomas (apetito la mitad de lo usual)
 - +++ 3. Incrementados síntomas (apetito sólo líquido)
 - ++++ 4. Muy incrementados síntomas (apetito mínimo)
- En fiebre anotar los grados de temperatura (si la tomo) y siempre la hora.
- UN DÍA DE SINTOMAS va desde las 0 a las 24 horas, es decir de pasada media noche a media noche.

LLEVARLO A URGENCIAS si presenta signos de alarma (ver al final).
 ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS (ver al final).

SEMANA DEL _____ AL _____ DE 2009

Síntoma	Marque X si lo tiene	Día ___ Lunes (1 a 4+)	Día ___ Martes (1 a 4+)	Día ___ Miércoles (1 a 4+)	Día ___ Jueves (1 a 4+)	Día ___ Viernes (1 a 4+)	Día ___ Sábado (1 a 4+)	Día ___ Domingo (1 a 4+)
Decaimiento								
Apetito disminuido								
Tos								
Moco nasal								
Obstrucción nasal								
Fiebre: (Grados de temperatura y hora)								
# dosis al día acetaminofén								
Consulta de urgencias								
Faltó al jardín								
Uso antibiótico (hora de inicio)								
Motivo de uso de antibiótico								
Hospitalización								
Motivo de hospitalización								
Cambio mental								

Otras enfermedades que presentó: _____

Otros cambios mentales, de carácter, salud o desempeño diario observados: _____

SEMANA DEL _____ AL _____ DE 2009

Síntoma	Marque X si lo tiene	Día __ Lunes (1 a 4+)	Día __ Martes (1 a 4+)	Día __ Miércoles (1 a 4+)	Día __ Jueves (1 a 4+)	Día __ Viernes (1 a 4+)	Día __ Sábado (1 a 4+)	Día __ Domingo (1 a 4+)
Decaimiento								
Apetito disminuido								
Tos								
Moco nasal								
Obstrucción nasal								
Fiebre: (Grados de temperatura y hora)								
# dosis al día acetaminofén								
Consulta de urgencias								
Faltó al jardín								
Uso antibiótico (hora de inicio)								
Motivo de uso de antibiótico								
Hospitalización								
Motivo de hospitalización								
Cambio mental								

Síntoma	Marque X si lo tiene	Día __ Lunes (1 a 4+)	Día __ Martes (1 a 4+)	Día __ Miércoles (1 a 4+)	Día __ Jueves (1 a 4+)	Día __ Viernes (1 a 4+)	Día __ Sábado (1 a 4+)	Día __ Domingo (1 a 4+)
Decaimiento								
Apetito disminuido								
Tos								
Moco nasal								
Obstrucción nasal								
Fiebre: (Grados de temperatura y hora)								
# dosis al día acetaminofén								
Consulta de urgencias								
Faltó al jardín								
Uso antibiótico (hora de inicio)								
Motivo de uso de antibiótico								
Hospitalización								
Motivo de hospitalización								
Cambio mental								

Otras enfermedades que presentó: _____

Otras enfermedades que presentó: _____

Otros cambios mentales, de carácter, salud o desempeño diario observados:

Otros cambios mentales, de carácter, salud o desempeño diario observados: _____

SEMANA DEL _____ AL ____ DE 2009

SEMANA DEL _____ AL _____ DE 2009

Síntoma	Marque X si lo tiene	Día <u> </u> Lunes (1 a 4+)	Día <u> </u> Martes (1 a 4+)	Día <u> </u> Miércoles (1 a 4+)	Día <u> </u> Jueves (1 a 4+)	Día <u> </u> Viernes (1 a 4+)	Día <u> </u> Sábado (1 a 4+)	Día <u> </u> Domingo (1 a 4+)
Decaimiento								
Apetito disminuido								
Tos								
Moco nasal								
Obstrucción nasal								
Fiebre: (Grados de temperatura y hora)								
# dosis al día acetaminofén								
Consulta de urgencias								
Faltó al jardín								
Uso antibiótico (hora de inicio)								
Motivo de uso de antibiótico								
Hospitalización								
Motivo de hospitalización								
Cambio mental								

Otras enfermedades que presentó: _____
 Otros cambios mentales, de carácter, salud o desempeño diario observados: _____

SEMANA DEL _____ AL _____ DE 2009

Síntoma	Marque X si lo tiene	Día <u> </u> Lunes (1 a 4+)	Día <u> </u> Martes (1 a 4+)	Día <u> </u> Miércoles (1 a 4+)	Día <u> </u> Jueves (1 a 4+)	Día <u> </u> Viernes (1 a 4+)	Día <u> </u> Sábado (1 a 4+)	Día <u> </u> Domingo (1 a 4+)
Decaimiento								
Apetito disminuido								
Tos								
Moco nasal								
Obstrucción nasal								
Fiebre: (Grados de temperatura y hora)								
# dosis al día acetaminofén								
Consulta de urgencias								
Faltó al jardín								
Uso antibiótico (hora de inicio)								
Motivo de uso de antibiótico								
Hospitalización								
Motivo de hospitalización								
Cambio mental								

Otras enfermedades que presentó: _____
 Otros cambios mentales, de carácter, salud o desempeño diario observados: _____

E. Tabla de recolección de datos

FORMATO DE RECOLECCIÓN DE DATOS		
PACIENTE NÚMERO		1
Nombre		Cami Cardozo
Documento de identidad		1011323034
Edad (meses cumplidos) al ingreso		26
Género	1: femenino, 2: masculino	1
Curso	1: maternal, 2 parvulos, 3 prejardin, 4 jardín, 5 transición	2
Jornada a la que asiste	1: mañana, 2:tarde, 3 mañana y tarde	3
Fecha nacimiento	día-mes-año 00-09-2008	10/02/2007
Fecha ingreso al jardín	día-mes-año	01/02/2008
Fecha ingreso a investigación	día-mes-año	26/03/2009
Fecha de egreso de la investigación	día-mes-año	28/05/2006
Días de observación		64
Antigüedad en el jardín (en meses)	Meses	13
# Días del año antes del ingreso a la investigación		84
Estrato	1-2-3-4-5-6	2
Régimen de seguridad social	1:ARS, 2: EPS, 3: régimen especial, 4 otro	2
Peso al nacer < 2.500 grs	1: sí, 2:no	1
Lactancia materna	Tiempo en meses	12
Exposición a humo	1: sí, 2:no	2
# de personas en habitación del niño		3
# de hospitalizaciones por problema respiratorio		1
Uso de inhaladores previamente	1: sí, 2:no	1
# de episodios de gripa este año		3
Presenta rinorrea habitual	1: sí, 2:no	1
Peso al ingreso	en kilogramos	10,8
Peso al egreso	en kilogramos	11,6
Diferencia del peso	en kilogramos	0,8
Percentil de peso al ingreso	1:<3, 2:3-14, 3: 15-49, 4:50-84, 5:85-97, 6:>97	3
Percentil de talla al ingreso	1:<3, 2:3-14, 3: 15-49, 4:50-84, 5:85-97, 6:>97	2
Percentil peso/talla	1:<3, 2:3-14, 3: 15-49, 4:50-84, 5:85-97, 6:>97	2
Percentil del perímetro cefálico	1:<3, 2:3-14, 3: 15-49, 4:50-84, 5:85-97, 6:>97	3
# Días de evolución del resfriado		6
# Horas de fiebre		0
# Dosis de acetaminofen		0
# Días de inapetencia		3
# Días de decaimiento e hipoactividad		0
# Días de tos		6
# Días de rinorrea		6

# Días de obstrucción nasal		1
MEDICAMENTO HOMEOPÁTICO	1: SI, 2:NO	1
Nombre del medicamento homeopático		Sep
Escala del medicamento	1: Centesimal, 2: Cincuenta milesimal, 3:ambas	3
# de días de resfriado (después de la consulta)		2
# TOTAL DÍAS DE RESFRIADO		8
# horas de fiebre		0
# Dosis de acetaminofen		0
# Días de decaimiento e hipoactividad		0
Intensidad de decaimiento	1: 0 normal	2
Intensidad de decaimiento	2: +	0
Intensidad de decaimiento	3: ++	0
Intensidad de decaimiento	4: +++	0
Intensidad de decaimiento	5: ++++	0
# Días de inapetencia		1
Intensidad de inapetencia	1: 0 normal	1
Intensidad de inapetencia	2: +	1
Intensidad de inapetencia	3: ++	0
Intensidad de inapetencia	4: +++	0
Intensidad de inapetencia	5: ++++	0
# Días de tos		2
Intensidad de la tos	1: 0 normal	0
Intensidad de la tos	2: +	2
Intensidad de la tos	3: ++	0
Intensidad de la tos	4: +++	0
Intensidad de la tos	5: ++++	0
# Días de rinorrea		2
Intensidad de la rinorrea	1: 0 normal	0
Intensidad de la rinorrea	2: +	2
Intensidad de la rinorrea	3: ++	0
Intensidad de la rinorrea	4: +++	0
Intensidad de la rinorrea	5: ++++	0
# Días de obstrucción nasal		0
Intensidad de la obstrucción nasal	1: 0 normal	2
Intensidad de la obstrucción nasal	2: +	0
Intensidad de la obstrucción nasal	3: ++	0
Intensidad de la obstrucción nasal	4: +++	0
Intensidad de la obstrucción nasal	5: ++++	0
Recibió antibióticos	1: sí, 2:no.	2
Uso del antibiótico	Cúal _____ e indicación: _____	

# horas de fiebre al iniciar antibiótico		
# de consulta de urgencias por IRA		0
# días de ausencia al jardín		0
Complicaciones	1: sí, 2:no	2
Otitis media	1: sí, 2:no	2
Amigdalitis	1: sí, 2:no	2
Otras	1: no sabe 2: sinusitis, 3: croup, 4: bronquiolitis 5: neumonía, 6: bronquitis, 7: adenitis, 8: otra cual _____, 9: No aplica	9
Hospitalización	1: Sí, 2:no Porqué? _____	2
# de días de hospitalización		0
# de recurrencias de IRA desde la intervención		3
# días de enfermedad respiratoria		36
La recuperación de los episodios gripales fue subjetivamente:	1: Más rápida, 2: Igual, 3: Más lenta, 4: Unas más rápidas y otras más lentas	4
Rinorrea habitual	1: Mejor, 2: Igual, 3: Peor, 4: No aplica	2
# de episodios de OMA		0
# de episodios de otras complicaciones	Cuales: _____	1 (faringitis)
# de consultas a urgencias		1
# de veces que uso antibiótico (en el período) por problema respiratorio		1
# de veces que fue hospitalizado		0
# de días de ausencia escolar por enfermedad respiratoria (en el período)		22
Uso inhalador durante el período de observación	1: Sí, 2:no.	2
Otras enfermedades en el tiempo de observación	1: Sí, 2:no.	2
Nombre de la enfermedad		
Tendencia de la otra enfermedad	1: Mejor, 2: Igual, 3: Peor	
La evolución del estado general fue:	1: Mejor, 2: Igual, 3: Peor	1
Otros cambios en el carácter o desempeño diario	1: Positivos, 2: Sin cambios, 3: Negativos, 4: Unos positivos y otros negativos	1
Descripción de cambios en el carácter o desempeño	ANOTACIÓN. Aunque estuvo con gripas presento: mejor ánimo, mejoró sueño, mejoro totalmente el apetito, más activo, más alegre, más cariñoso, concilia el sueño,	

Bibliografía

- ¹ Marco Antonio Reyes, Gustavo Aristizábal, Francisco Javier Leal. Neumología Pediátrica. Infección, Alergia y Enfermedad Respiratoria en el Niño. Editorial Médica Panamericana. 4ª Edición. 2002.
- ² Morris Peter, Upper Respiratory Tract Infections (Including Otitis Media). *Pediatr Clin N Am* (2009) 101-117.
- ³ World Health Organization. Child health epidemiology 2011. [.http://www.who.int/maternal_child_adolescent/epidemiology/child/en/index.html](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/epidemiology/child/en/index.html).
- ⁴ Marín A, Jaramillo B, Gómez R, Gómez U. Manual de Pediatría Ambulatoria. Editorial Médica Panamericana. 2008.
- ⁵ Eli O Meltzer, Fernan Caballero, et al. Treatment of congestion in upper respiratory diseases. *International Journal of General Medicine*. 2010;3 69-91.
- ⁶ Perry D. Mostov. Treating the Immunocompetent Patient Who Presents with an Upper Respiratory Infection: Pharyngitis, Sinusitis, and Bronchitis, *Prim Care Clin Office Pract* 34 (2007) 39–58.
- ⁷ Hersh A., Shapiro D., Pavia A., Shah S. Antibiotic Prescribing in Ambulatory Pediatrics in the United States. *Pediatrics*. Vol. 128. No 6. Dec. 2.011. p. 1058-1061
- ⁸ Angulo Acero, Maria cristina. Efectividad de la Homeopatía unicista como coadyuvante en el tratamiento del resfriado común, sus complicaciones y recurrencias, en niños de 6 meses a 5 años en el jardín Infantil de la universidad Nacional, en el año 2009, en Bogotá, Colombia. Estudio Piloto. Tesis de Grado para optar al título de Magister en Medicina Alternativa. 2009. P. 13.
- ⁹ Barrios Jorge y otros. Fundación Instituto de Homeopatía Luis G. Páez. Doctrina Homeopática. Bogotá. 2005.
- ¹⁰ A Ballester Sanz, M.J Sanz Franco, Homeopatía fundamentos científicos, Formación Medica Continuada en Atención Primaria, 2009.
- ¹¹ Publicación Oficial de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Estrategia de la OMS sobre la Medicina Tradicional 2002-2005. Ginebra, 2002.
- ¹² Organización Mundial de la Salud. Estadísticas Sanitarias Mundiales. 2010.

www.who.int/topics/millennium_development_goals/es/index.html.

¹³ Anna Bellos, Kim Mulholland, Katherine L O'Brien, Shamim A Qazi, Michelle Gayer, and Francesco Checchi The burden of acute respiratory infections in crisis-affected populations: a systematic review. *Confl Health*. 2010; 4: 3.

¹⁴ John S. Brownstein and Kenneth D. Mandl. Pediatric population size is associated with local timing and rate of influenza and other acute respiratory infections among adults. *Ann Emerg Med*. 2008 July; 52(1): 63–68.

¹⁵ Organización Mundial de la Salud. Nota Descriptiva No 211. Abril de 2009. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs338/es/index.html>

¹⁶ Anne B Chang. Cough: are children really different to adults?. *Cough*. 2005; 1: 7.

¹⁷ Roxane Carr, Milap Nahata. Complementary and alternative medicine for upper-respiratory-tract infection in children. *Am J Health-Syst Pharm*-Vol 63 jan 1, 2006.

¹⁸ Anna Bellos, Kim Mulholland, Katherine L O'Brien, Shamim A Qazi, Michelle Gayer, and Francesco Checchi The burden of acute respiratory infections in crisis-affected populations: a systematic review. *Confl Health*. 2010; 4: 3.

¹⁹ Chien-Chang Lee, Nicole A. Middaugh, Stephen R. C. Howie, and Majid Ezzati. Association of Secondhand Smoke Exposure with Pediatric Invasive Bacterial Disease and Bacterial Carriage: A Systematic Review and Meta-analysis. *PLoS Med*. 2010 December; 7(12)

²⁰ Pedro A. Piedra, Manjusha J. Gaglani, Mark Riggs, Gayla Herschler, Charles Fewlass, Matt Watts, Claudia Kozinetz, Colin Hessel, and W. Paul Glezen. Live Attenuated Influenza Vaccine, Trivalent, Is Safe in Healthy Children 18 Months to 4 Years, 5 to 9 Years, and 10 to 18 Years of Age in a Community-Based, Nonrandomized, Open-Label Trial. : *Pediatrics*. 2005 September; 116(3): e397–e407.

²¹ Hiroko Shike, Chisato Shimizu, John Kanegaye, Jennifer L. Foley, and Jane C. Burns. Quantitation of Adenovirus Genome During Acute Infection in Normal Children. *Pediatr Infect Dis J*. 2005 January; 24(1): 29–33.

²² Sean O'Riordan, Michelle Barton, Yvonne Yau, Stanley E. Read, Upton Allen, and Dat Tran Risk factors and outcomes among children admitted to hospital with pandemic H1N1 influenza. *CMAJ*. 2010 January 12; 182(1): 39–44.

²³ Organización de las Naciones Unidas. Portal de la labor del sistema de las Naciones Unidas sobre los objetivos de desarrollo del milenio. Objetivo 4. Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/>

-
- ²⁴ Secretaría Distrital de Salud. Boletín ERA No 57. Cómo va la Vigilancia de Enfermedad Respiratoria Aguda. Mes de Marzo 2010.
- ²⁵ Secretaría Distrital de Salud. Boletín ERA NO 52. Influenza Pandémica en el Distrito Capital año 2009.
- ²⁶ Williams John, Edwards Kathryn, et. Al. Population-Based Incidence of Human Metapneumovirus in Hospitalized Children. *J Infect Dis.* 2010 June 15;201(12): 18890-1898.
- ²⁷ Alvarez Eduardo, Mauricio Palau. Infecciones en Pediatría. Prevención, diagnóstico y tratamiento. Segunda Edición, Mc Graw Hill. 1997.
- ²⁸ Kilgore David. Common Respiratory Diseases. Primary Care: Clinics in Office practice. Vol 37, Issue 2. June 2010.
- ²⁹ Vohra S, Johnston BC, Laycock KL, Midodzi WK, Dhunnoo I, Harris E, Baydala L. Safety and tolerability of North American ginseng extract in the treatment of pediatric upper respiratory tract infection: a phase II randomized, controlled trial of 2 dosing schedules. *Pediatrics.* 122(2):e402-10, 2008 Aug.
- ³⁰ Sharon B Meropol, Zhen Chen, and Joshua P Metlay. Reduced antibiotic prescribing for acute respiratory infections in adults and children. *Br J Gen Pract.* 2009 October 1; 59(567): e321–e328.
- ³¹ [Kurling, KP Geoffrey](#); [Del Mar, Chris B](#); [Dooley, Liz](#); [Foxlee, Ruth](#). Delayed antibiotics for respiratory infections. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 1, 2011.
- ³² T.L. Mukattash, J.S. Millership, P.S. Collier. Public awareness and views on unlicensed use of medicines in children. *Br J Clin Pharmacol.* 66:6. 838-845.
- ³³ Tom Jefferson, Chris Del Mar, Liz Dooley, Eliana Ferroni, Lubna A Al-Ansary, Ghada A Bawazeer, Mieke L van Driel, Ruth Foxlee, and Alessandro Rivetti. Physical interventions to interrupt or reduce the spread of respiratory viruses: systematic review. *BMJ.* 2009; 339: b3675.
- ³⁴ [Del Rio Navarro, Estela Blanca](#); [Espinosa Rosales, Francisco J](#); [Flenady, Vicki](#); [Sierra Monge, JL Juan](#). Immunostimulants for preventing respiratory tract infection in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 6, 2010
- ³⁵ Tea Andabaka, Tina Globočnik, Dalibor Vukelić, Susanna Esposito, and Bruno Baršić. Parental administration of antipyretics to children with upper respiratory tract infections without consultation with a physician *Croat Med J.* 2011 February; 52(1): 48–54.
- ³⁶ U.S. Food and Drug Administration. –FDA. Unapproved Prescription Cough, Cold, and Allergy Products. Disponible en:

http://www.fda.gov/Drugs/GuidanceComplianceRegulatoryInformation/EnforcementActivitiesbyFDA/SelectedEnforcementActionsonUnapprovedDrugs/ucm245106.htm?sms_ss=email&at_xt=4d6f939a927f9b33%2C0

³⁷ Rossi, E; Bartoli P., et al Outcome of homeopathic treatment in paediatric patients. An observational study from 1998 to 2008. *European Journal of Integrative Medicine*. 2 (2010) 115-122

³⁸ Katrin Korb, Martin Scherer, and Jean-François Chenot
Annals Journal Club: Steroids as Adjuvant Therapy for Acute Pharyngitis in Ambulatory Patients: A Systematic Review. *Ann Fam Med*. 2010 January; 8(1): 58–63.

³⁹ Valerie J. Lund. Therapeutic Targets in Rhinosinusitis: Infection or Inflammation? *Medscape J Med*. 2008; 10(4): 105.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2390689/?tool=pmcentrez>.

⁴⁰ Tasnee Chonmaitree, Krystal Revai, James J. Grady, Audra Clos, Janak A. Patel, Sangeeta Nair, Jiang Fan, and Kelly J. Henrickson. Viral upper respiratory tract infection and otitis media complication in young children. *Clin Infect Dis*. 2008 March 15; 46(6): 815–823.

⁴¹ Jerome O, Klein. Is Acute Otitis Media a Treatable Disease? *N Eng J Med* 364;2 Jan 13, 2011. 1

⁴² Joost A. Ijzerman, Liesbeth Duijts, Ankie Lebon et al. Risk factors for otitis media in children with special emphasis on the role of colonization with bacterial airways pathogens: the Generation R study. *Eur J Epidemiol* (2011) 26:61-66.

⁴³ [Esposito S](#), [Marchisio P](#), [Tenconi R](#), [Principi N](#). Antibiotic treatment of acute otitis media in pediatrics. *Future Microbiol*. 2011 May;6:485-8

⁴⁴ Organización Mundial de la Salud. Nota Descriptiva No 338. Mayo de 2010.
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs338/es/index.html>

⁴⁵ Hahnemann S. Órganon de la Medicina. 2ª edición. México, D.F., Instituto Politécnico Nacional, 2001.

⁴⁶ Diana Zulima Urrego Mendoza, Julieth Amparo Vega Oviedo. La medicina alternativa: una visión desde los sistemas médicos complejos. Ed. Universidad Nacional de Colombia (Sede Bogotá). Grupo de Investigación Racionalidades Médicas y prácticas en salud enfermedad Maestría en Medicina Alternativa.

⁴⁷ MENENDEZ, EDUARDO L. La crisis del modelo médico y las alternativas autogestionarias en salud. Cuadernos Médico sociales. No 21 Julio de 1982.

⁴⁸ MENÉNDEZ EDUARDO, Morir de Alcohol, Alianza editorial, México. 1990

-
- ⁴⁹ Merrel, Woddson C. and Shalt , Edward. Homeopathy. Complementary and Altrnative medicine. Medical clinics Of North America. Volume 86. Number 1. January 2002
- ⁵⁰ Medicina Homeopática, Fundamentos, Indicaciones y Limitaciones. Sus Fundamentos, Indicaciones y Limitaciones Enrique Bertossi (Conferencia presentada en el XXI Curso de Avances en Gastroenterología, realizado en Julio de 2000 y publicada en la Revista Latinoamericana de Gastroenterología, Vol. 11 N° 2) en <http://www.bersant.cl/bibliotecas/homeopatia/medicina-homeopatica-fundamentos-indicaciones-y-limitaciones.html>
- ⁵¹ Hipótesis: una vida alternativa de regulación de procesoso inflamatorios. De la hormesis y la inflamación. Medicina (Buenos aires) v.65 n.1. Buenos Aires ene/mar 2005 disponible en www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025.
- ⁵² Irvine Loudon. A brief history of homeopathy. J R Soc Med. 2006 December; 99(12): 607–610.
- ⁵³ Leckridge, Bob. Homeopatía en Atención Primaria. Editorial Paido Tribo. Barcelona, España. 2000.
- ⁵⁴ Eyles C, Leydon G, Lewith G, et al. A Grounded Theory Study of Homeopathic Practitioners' Perceptions and Experiences of the Homeopathic Consultation. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine Vol 2011, September 2010 Pag 1-12.
- ⁵⁵ Christiane Liezman, Burgard Klapp, Eva M.J Peters. Stress, atopy and allergy. A re-evaluation from a psychoneuroimmunologic perspective. Dermato-Endocrinology 3:1, 37-40; January/February/March 2011. 37-40.
- ⁵⁶ Suzie Ekins-Daukes,¹ Peter J Helms,² Michael W Taylor,³ Colin R Simpson,³ and James S McLay. Paediatric homoeopathy in general practice: where, when and why?. Br J Clin Pharmacol. 2005 June; 59(6): 743–749.
- ⁵⁷ Rossi E, Crudeli L, et al. Cost benefit evaluation of homeopathic versus conventional therapy in respiratory diseases. *Homeopathy* (2009) 98, 2-10.
- ⁵⁸ Claudia M Witt, Rainer Lüdtke, Nils Mengler, and Stefan N Willich. How healthy are chronically ill patients after eight years of homeopathic treatment? – Results from a long term observational study. *BMC Public Health*. 2008; 8: 413.
- ⁵⁹ Jose Bhalla, Sharma N, Hota Sivaprasad. Study of association between use of complementary and alternative medicine and non-compliance with modern medicine in patients presenting to the emergency department. J Postgrad Med April 2007 Vol 53 Issue 2. 96-101.

⁶⁰ Umut Altunc, Max Pittler and Edzard Ernest. Homeopathy for Childhood and Adolescence ailments: Systematic Review of Randomized Clinical Trials. *Mayo Clin Proc.* 2007; 82 (1):69-75.

⁶¹ J Gnaiger-Rathmanner, A. Scheider, B. Loader, M Böhler, et al. Petroleum: a series of 25 cases. *Homeopathy* (2008) 97, 83-88.

⁶² Elizabeth Thompson, Jackie Bishop, Kate Nosthshore. The use of Homeopathic Products in Childhood: Data Generated over 8.5 years from the Avon Longitudinal Study of Parents and Children. (ALSPAC). *BMC Complement Altern Med.* 2010; 16: 1. 69-79.

⁶³ Canadian Paediatric Society. Homeopathy in the paediatric population. *Paediatr Child Health.* 2005 March; 10(3): 173–177.

⁶⁴ Bibliographical record. *Lond J Med.* 1851 October; 3(34): 906–923.

⁶⁵ Wells Spencer. Hydropathy and Homeopathy at Malvern. *British Medical Journal.* Oct. 1961. 423-424.

⁶⁶ Dean Michael. Comparative evaluation of homeopathy and allopathy within the Parisian hospital system 1849-1851. *J R Soc Med* 2010: 103: 34-36.

⁶⁷ Max Haidvogel, David S Riley, Marianne Heger, Sara Brien, Miek Jong, Michael Fischer, George T Lewith, Gerard Jansen, and André E Thurneysen. Homeopathic and conventional treatment for acute respiratory and ear complaints: A comparative study on outcome in the primary care setting. *BMC Complement Altern Med.* 2007; 7: 7.

⁶⁸ E. S. de Lange de Klerk, J. Blommers, D. J. Kuik, P. D. Bezemer, and L. Feenstra. Effect of homoeopathic medicines on daily burden of symptoms in children with recurrent upper respiratory tract infections. *BMJ.* 1994 November 19; 309(6965): 1329–1332.

⁶⁹ Claudia M Witt, Rainer Ludke, Stefan Willich. Homeopathic treatment of patients with chronic sinusitis: A prospective observational study with 8 years follow-up. *BMC Ear, Nose and Throat Disorders.* 2009, 9:7.

⁷⁰ Paula Gardiner, David Riley. Herbs to Homeopathy-Medicinal products for Children. *Pediatr Clin N Am* (2007) 859-874.

⁷¹ Aslak Steinsbekk, Niels Bentzen, Vinjar Fønnebø, and George Lewith. Self treatment with one of three self selected, ultramolecular homeopathic medicines for the prevention of upper respiratory tract infections in children. A double-blind randomized placebo controlled trial. *Br J Clin Pharmacol.* 2005 April; 59(4): 447–455.

⁷² Steinsbekk, Niels Bentzen, Vinjar Fonnebo, George Lewith. The use of simplified constitutional indications for self-prescription of homeopathic medicine. *Complementary Therapies in Medicine* (2004) 12, 112-117.

-
- ⁷³ Marian F, Joost K, et al. Patient satisfaction and side effects in primary care: An observational study comparing homeopathy and conventional medicine. *BMC Complementary and Alternative Medicine* 2008, 8:52.
- ⁷⁴ Rudoch H. *Tratado Teórico y Práctico de las Enfermedades de los Niños y su tratamiento general y homeopático*. 1985. Ed. Albatros. Argentina.
- ⁷⁵ Raymond Piteti, Sonina Singh, et al. Complementary and alternative medicine use in children. *Pediatric Emergency Care*. Vol 17, No 3. 2001. 165-169.
- ⁷⁶ Homeounicista. Enfermedades respiratorias.
<http://www.homeounicista.com.ar/enfermedades/enfermedades.htm>
- ⁷⁷ Rosas Landa Vicente. *La práctica de la Terapéutica Homeopática en Pediatría*. Academia Mexicana de Médicos Cirujanos y Homeópatas. México. 1990.
- ⁷⁸ Nita M. Ramahandani. Homoeopathic treatment of upper respiratory tract infection in children: Evaluation of thirty case series. *Comp Therapy in Clinical Practice* 16 (2010) 101-108
- ⁷⁹ R. Kirby. P. Hescu. Homeopathic design in influenza treatment. *Homeopathy*. (2010) 99, 69-75.
- ⁸⁰ *La práctica de la Terapéutica Homeopática en Pediatría*. Academia Mexicana de Médicos Cirujanos y Homeópatas. México. 1990.
- ⁸¹ Daniel Julián González. *Manual de Primero Auxilios por medio de la Homeopatía*. 1978. Bogotá.
- ⁸² Vijnovsky Bernardo. *Tratamiento Homeopático de las afecciones y enfermedades agudas*.
- ⁸³ Jouanny Jacques. *Terapéutica Homeopática. Posibilidades en Patología Crónica*. Tomo II. Ediciones Boiron. Madrid.
- ⁸⁴ Grandgeorge Didier. *Homeopatía para los casos agudos*. Ed. Kairós. Barcelona. 2005.
- ⁸⁵ Pere Grima Bertas. *55 Respuestas a dudas típicas de estadística*. Ed. Días Santos.
http://books.google.com/books?id=PUGH_mW7WSgC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=snippet&q=hip%C3%B3tesis%20nula&f=false.
- ⁸⁶ Vithoukias, George. *RADAR. Software Homeopático*. Bélgica. 2010.
- ⁸⁷ Minotti, Angel Oscar. *Minotti 2000 Plus. Programa de Repertorización para Medicina Homeopática*. Buenos Aires-Argentina. 2000.

⁸⁸ Organización Mundial de la Salud. Tablas de crecimiento y desarrollo. 2005.

⁸⁹ StataCorp LT. Data Analysis and Statistical software. STATA®. 2006.

⁹⁰ República de Colombia. Ministerio de Salud. RESOLUCION N° 008430 DE 1993. (4 de Octubre de 1993). Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Disponible en: http://www.dib.unal.edu.co/normas/etica_res_8430_1993.pdf.

⁹¹ COI-OMS Pautas Internacionales propuestas para la investigación biomédica en sujetos humanos. Ginebra 1982. Disponible en: <http://www.fhi.org/NR/rdonlyres/e72f42nzeef4ijow6kdbezqrigxdo5r242vhbvsr2n2u5pkoiq6d76sggrzyuzm4cz4uvt2nrobimb/CIOMSSP.pdf>

⁹² DECLARACION DE HELSINKI DE LA ASOCIACION MEDICAL MUNDIAL. 41a Asamblea Médica Mundial Hong Kong, en septiembre de 1989. Disponible en: http://www.upo.es/general/investigar/otri/otri_docu/pn/Decl_Helsinki.pdf.

⁹³ Bradford Hill, A. Medical: Ethics and controlled trials. Br. Med, J. 20 de abril 1963 Boletín Oficial Sanitario Panamericano, Washington 1990. Vol. 108:5-6

⁹⁴ Lilian M. Núñez, Diego F. Aranda, Antonio C. Jaramillo, Luisa F. Moyano y Elkin de J. Osorio. Cronología de una pandemia: la nueva Influenza A H1N1 en Bogotá, 2009-2010. Rev. salud pública vol. 13 no. 3 Bogotá June 2011.

⁹⁵ EL ESPECTADOR. Estudiantes de la Nacional seguirán en asamblea permanente. 19 Mayo de 2008. Disponible en <http://www.elespectador.com/noticias/bogota/articulo-estudiantes-de-nacional-seguiran-asamblea-permanente>.

⁹⁶ Maria Goossens., Gert Laekeman, Bert Aertgeerts, Frank Buntix, and the ARCH study group. Evaluation of the quality of life after individualized homeopathic treatment for seasonal allergic rhinitis. A prospective, open, non-comparative study. Homeopathy (2009) 98, 11-16.

⁹⁷ Dekker LH, Mora-Plazas M, Marín C, Baylin A, Villamor E. Stunting associated with poor socioeconomic and maternal nutrition status and respiratory morbidity in Colombian schoolchildren. Food Nutr Bull. 2010 Jun;31(2):242-50.

⁹⁸ Formación Internacional en Atención primaria. OMS., GA²LEN, AllerGen., Wonca. ARIA. Allergic Rhinitis and its impact on asthma. 2008.

⁹⁹ Vithoulkas, George. HOMEOPATÍA Una visión integral de la salud, la enfermedad y la curación. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, S.A. 1996.

¹⁰⁰ Trichard M, Clasius, N; Ramírez , G: Are the clinical effects of homoeopathy placebo effects? A meta-analysis of placebo-controlled trials. Lancet 1997; 350:834-43.