

# LA HOMEOPATÍA DE MÉXICO

Fundada en 1933

## CONTENIDO

- Impacto de un Medicamento Homeopático en Infecciones del Tracto Respiratorio Superior en Pacientes con EPOC: Resultados de un Estudio Prospectivo Observacional (EPOXILO).  
**Susana Conde Díez, Ana Viejo Casas, Juan Luis García Rivero, Juan Carlos López Caro, Félix Ortiz Portal, Gualberto Díaz Sáez.**  
Págs. 6-22
- Epidemiología Clínica Homeopática: Premisas y Principios para la Elaboración de Investigación Clínica en Homeopatía.  
**Marcus Zulian Teixeira.**  
Págs. 23-46

Propulsora de Homeopatía, S.A. de C.V.  
Ciudad de México  
[www.similia.com.mx](http://www.similia.com.mx)



[www.latindex.unam.mx](http://www.latindex.unam.mx)



[periodica.unam.mx](http://periodica.unam.mx)



[lilacs.bvsalud.org/es/](http://lilacs.bvsalud.org/es/)



imbiomed

[www.imbiomed.com](http://www.imbiomed.com)

*Pulsatilla nigricans*

# Similasan

Tus ojos en buenas manos.  
¡Naturalmente Similasan!



**OJO SECO**



**OJO CANSADO**



# LA HOMEOPATÍA DE MÉXICO

Fundada en 1933

## CONTENIDO

- 3 EDITORIAL**
- 6 ARTÍCULO ORIGINAL**  
Impacto de un Medicamento Homeopático en Infecciones del Tracto Respiratorio Superior en Pacientes con EPOC: Resultados de un Estudio Prospectivo Observacional (EPOXILO).  
Susana Conde Díez, Ana Viejo Casas, Juan Luis García Rivero, Juan Carlos López Caro, Félix Ortiz Portal, Gualberto Díaz Sáez.
- 23 ARTÍCULO DE REVISIÓN**  
Epidemiología Clínica Homeopática: Premisas y Principios para la Elaboración de Investigación Clínica en Homeopatía.  
Marcus Zulian Teixeira.
- 47 HOMEOPATÍA SIN FRONTERAS**  
Homeopatía y Sufrimiento Emocional: un Camino de Evolución.  
Guillermo Basauri.

FUNDADOR DR. RAFAEL LÓPEZ HINOJOSA

## DIRECTORIO

### Director Editorial

Juan Fernando González G.

### Coordinador Editorial y de Comunicación Digital

Rafael Mejía Rosas

### Coordinador de Arte y Diseño Editorial

L.D.G. Fabiola Reyes Lúa

### Asesor Editorial

Dra. Isis María Infante Regalado

### Asistente Editorial

Jesús Navarro Hernández

**La Homeopatía de México** es una revista científica que publica trabajos nuevos y originales, artículos de opinión, temas de revisión, reportes de casos clínicos, protocolos de investigación y notas de actualidad. Asimismo, se incluyen trabajos presentados en congresos y encuentros académicos, e investigaciones y controversias efectuadas en México y el mundo, referentes al medio homeopático.

**53 CARTAS A MIS PACIENTES**  
Diferencia entre Homeopatía y Disciplinas Alternativas.  
M. Gloria Alcover Lillo.

**57 ACTUALIDAD**  
Se encuentra en circulación la *Farmacopea Homeopática de los Estados Unidos Mexicanos 4.0.*  
Rafael Mejía

**58 EL MUNDO DE LA HOMEOPATÍA**  
Nace el Instituto en Ciencias de la Salud y Medicina Integral Samuel Hahnemann, en Chiapas.  
Juan Fernando González G.

La Homeopatía de México es una revista trimestral, fundada en 1933 y editada desde 1941 por Propulsora de Homeopatía, S.A. de C.V., a través de su División Editorial.

**Administración:** Ma. de Lourdes López Anaya y Lola M. López Anaya. Franqueo pagado. Autorizado por SEPOMEX Permiso No. 0040360, Características 22 8251116. Licitud de título No. 2559. Licitud de contenido No. 1639. ISSN 1870-3666. **Imagen de portada:** Dr. Francisco Sela Torres. **Contacto:** 55 5547 9483 ext. 176; contacto@similia.com.mx. Dirección electrónica: [homeopatiamex.similia.com.mx](http://homeopatiamex.similia.com.mx)

La imagen de nuestra portada reproduce una pintura de la autoría del doctor Francisco Sela Torres (1911-1999), la cual que retrata fielmente los rasgos esenciales con los que se identifica al medicamento Pulsatilla nigricans. Agradecemos a la Escuela Libre de Homeopatía de México, institución que detenta los derechos de la obra pictórica del Dr. Sela Torres, la autorización para reproducir la citada ilustración.

La Homeopatía de México forma parte de la Asociación Mexicana de Editores de Revistas Biomédicas, A.C. (AMERBAC).

Las opiniones expresadas en los artículos publicados son responsabilidad de sus autores, y no reflejan necesariamente la postura editorial de **La Homeopatía de México** ni la de su casa editora, Propulsora de Homeopatía, S.A. de C.V.

La Homeopatía de México es una publicación indizada en Latindex, el Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal; en Periódica, el Índice de Revistas Latinoamericanas en Ciencias (Dirección General de Bibliotecas, UNAM); en Lilacs, índice de Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud y en Imbiomed, Índice Mexicano de Revistas Biomédicas Latinoamericanas.



## CONSEJO EDITORIAL

**Dr. Gustavo Cataldi**

Presidente de la Liga Medicorum Homeopathica Internationalis.

**Dr. Jorge A. Fernández Pérez**

Presidente del Consejo Consultivo Nacional Médico Homeopático, A.C.  
Profesor e investigador de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.  
Miembro del Sistema Nacional de Investigadores.

**Dr. Fernando Ochoa Bernal**

Coordinador de Homeopatía del Hospital Nacional Homeopático (Secretaría de Salud).

**Dr. Héctor Montfort Cabello**

Coordinador del Programa de Educación Médica Continua, del Instituto Superior de Medicina Homeopática de Enseñanza e Investigación (ISMHEI).

**Dr. Fernando Domínguez Vello**

Miembro fundador del Círculo Mexicano de Homeopatía, A.C.  
Coordinador Médico del Proyecto de Atención Médico-Homeopático del Desierto (Wadley S.L.P.).

**Dr. Óscar Michel Barboza**

Miembro del Colegio de Médicos Homeópatas del Centro, A.C.

**Dr. Luis Bárcenas García.**

Catedrático e investigador de la Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía.

**L.D.G. María de Lourdes Hernández López**

Directora de Diseño, Editorial y Comunicación de Propulsora de Homeopatía, S.A. de C.V.

## COMITÉ DE ARBITRAJE

**Dr. Hugo Aldana Quintero.**

**Dra. Guadalupe Barajas Arroyo.**

**Dr. Guillermo Parás García.**

**Dr. Vicente Rosas Landa Lechuga.**

**Dra. Victorina Elizabeth Jiménez Sánchez.**

**Dra. Susana Novelo Pichardo.**

**Dra. Laura Olivia Molina López.**

**C.D. María Ernestina Moctezuma Lechuga.**

**Dra. Jessica M. García Vivas.**

**Dra. María Elena Ruiz Mandujano.**

**Dr. Marcus Teixeira (Brasil).**

**Dr. Flávio Dantas (Brasil).**

**Dra. Gloria Alcover Lillo (España).**

**Dr. Francisco Eizayaga (Argentina).**

**Dr. Roque Penna (Argentina).**

## Editorial

---

Después de una pausa por la irrupción mundial de la covid-19, y luego de un extraordinario congreso celebrado el año pasado en la ciudad de Estambul, Turquía, los homeópatas colombianos se encuentran trabajando a todo vapor en la organización del **76° Congreso Mundial de la Liga Médica Homeopática Internacional**, a celebrarse entre el 24 y el 28 de octubre de 2023 en la ciudad de Bogotá. Los organizadores de este magno evento son los directivos de la Fundación Universitaria Luis G. Páez (UNIPÁEZ), en coordinación con el presidente de la Asociación Colombiana de Homeopatía, el doctor John Eduardo Bastidas Meza.

Este encuentro internacional tendrá el reto de analizar el avance y el cumplimiento de los objetivos de la Estrategia de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre medicina tradicional 2014-2023, y pondrá énfasis en el reconocimiento de “las medicinas tradicionales, complementarias e integrativas (MTCI), como la Homeopatía, como una parte importante y con frecuencia subestimada de la atención de salud en el mundo”, dijo en un comunicado reciente la rectora de la UNIPÁEZ, la doctora Blanca Juliet Rincón.

Resulta pertinente mencionar algunos de los tópicos base del congreso:

- Investigación clínica en Homeopatía.
- Nuevos métodos y acercamientos en la Homeopatía.
- Investigación pre-clínica en Homeopatía.
- Homeopatía en la práctica clínica.
- Desarrollo histórico de la Homeopatía.
- Integración de la Homeopatía en: odontología, farmacia, veterinaria, agrohomeopatía.
- Sistemas de salud.
- Educación de la Homeopatía en las universidades.
- Avances en las políticas de atención primaria en MTCA.
- Evaluación de las estrategias de la OMS MATC 2014-2023.
- Odontología: investigación en Homeopatía en odontología y sus especialidades (en ambiente universitario). Casos clínicos.

---

### De los ponentes y la logística

---

Como sucede siempre en esta clase de encuentros, asisten personajes ligados a la Homeopatía que son punta de lanza en el campo de la investigación y la academia del más alto nivel. Bien vale la pena mencionar a algunos de ellos: en primer lugar, al doctor Guillermo Basauri Camiruaga, quien es licenciado en Medicina, experto universitario en Homeopatía con un máster en puericultura y profesor del Centro para la Enseñanza y Desarrollo de la Homeopatía (CEDH). El Dr. Basauri es, además, portavoz de la Asamblea Nacional de Homeopatía de España y colaborador de **La Homeopatía de México**.

Una figura fundamental en la Homeopatía mundial es el doctor Aditya Pareek, presidente de la Sociedad India de Homeopatía, quien está programado

por los organizadores para que ofrezca varias ponencias. El Dr. Pareek es director y médico consultor del Hospital Pareek, Agra (India) y autor de varios libros, como *Clinical miasmatic prescribing*, entre otros.

No podríamos dejar de mencionar al doctor Gustavo Cataldi, miembro del Consejo Editorial de **La Homeopatía de México**, otro de los asiduos invitados a este tipo de foros. Cataldi es doctor en Medicina egresado de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires (UBA), doctor en Filosofía egresado en 2010 de la Facultad de Filosofía de la Universidad de Buenos Aires y doctor en Homeopatía egresado en 1988 de la Escuela Médica Homeopática Argentina “Tomás Pablo Paschero” (EMHA). Una de las mayores responsabilidades del connotado especialista fue el ejercicio de la presidencia de la Liga Médica Homeopática Internacional entre 2019 y 2022.

Antaño, la participación de los médicos homeópatas mexicanos en este tipo de intercambios académicos era muy relevante. Sin embargo, en los últimos tiempos se ha reducido y no hay razón clara que explique dicha situación. Entre los médicos nacionales que serán ponentes en el foro de Bogotá está la doctora María Fernanda Aguilar, médico homeópata con maestría en Ciencias de la Salud con especialidad en Investigación Clínica y Experimental por la Escuela Superior de Medicina del Instituto Politécnico Nacional. La Dra. Aguilar es investigadora clínica y experimental del Instituto Nacional de Perinatología y funge como representante en México y América Latina de la Academia Internacional de Homeopatía Clásica del profesor George Vithoulkas.

Una más de las “embajadoras” mexicanas es la doctora Rosario Sánchez Caballero, hija del célebre maestro Proceso Sánchez Ortega, quien posee más de 30 años de experiencia profesional y es una reconocida catedrática (y también la directora) de la Escuela de Posgrado Homeopatía de México, institución reconocida oficialmente por la Secretaría de Educación Pública.

---

## Un gran proyecto académico

---

Con el objetivo perfectamente delineado de formar licenciados en medicina y Homeopatía a través de una carrera profesional con duración de 12 semestres, el **Instituto en Ciencias de la Salud y Salud Integral “Samuel Hahnemann” (ICSMIH)**, localizado en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, abre sus inscripciones a la primera generación que comenzará su instrucción el próximo 14 de agosto de 2023.

Este notable proyecto, que se encuentra liderado por el doctor Julio Camacho de León, tiene el cometido de “formar médicos homeópatas altamente competentes, con habilidades y destrezas para realizar un correcto diagnóstico, con énfasis en la prevención y el tratamiento de las diversas patologías (agudas y crónicas) que aquejan al grueso de la población mexicana”.

Es urgente que haya más médicos en todo el territorio nacional, pero hay regiones que los necesitan más. Chiapas, con toda su riqueza natural y cultural, es una entidad que convive con grandes carencias. De acuerdo con los resultados de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE), correspondiente al segundo trimestre de 2021, México cuenta con 305,418 médicos, de los cuales 54% son hombres y 46% mujeres. Ahora bien, si nos referimos al estado de Chiapas los hospitales y las unidades médicas presentan un déficit de alrededor de mil 500 profesionales en medicina y enfermería, de acuerdo con información proporcionada por el sindicato de trabajadores del Sector Salud de la entidad del sureste mexicano.

Algunas cifras del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) relacionadas con la salud en Chiapas son elocuentes:

- Chiapas ocupa el último lugar en la federación por la cantidad de profesionales de la salud con especialidad, pero los que más se requieren son médicos rurales o comunitarios, ya que es sabido que, en las comunidades más alejadas de las cabeceras municipales, los servicios de salud son prácticamente nulos.
- En Chiapas, por cada ciclo escolar de la licenciatura de medicina, se tiene el registro de una matrícula de 3 mil 700 estudiantes (en escuelas públicas y privadas de todo el estado); sólo 538 de ellos concluyen su instrucción.

De ahí la relevancia del surgimiento de esta entidad educativa que, sin duda, en poco tiempo deberá convertirse en una opción para los jóvenes que quieran abrazar los postulados homeopáticos y que radiquen en los estados de Chiapas, Tabasco, Oaxaca, Veracruz, Campeche, Yucatán y Quintana Roo, entre otros.

El **ICSMIH** cuenta con el **Reconocimiento de Validez Oficial de Estudios (RVOE) 20221798**, otorgado por la **Secretaría de Educación Pública** y la **Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS)**, y bajo esa instancia legal ofrece no sólo la licenciatura de Medicina y Homeopatía, sino también la licenciatura en Fisioterapia y Rehabilitación (nueve semestres), la maestría en Administración de Sistemas de la Salud (con duración de un año, ocho meses) y el doctorado en Planeación y Gestión de Organizaciones en Salud (duración de dos años).

Este impresionante esfuerzo académico da muestra de que la inteligencia y la organización, así como la perseverancia de un talentoso grupo de médicos homeópatas mexicanos, son elementos que hacen menos onerosa la inversión que supone la conformación de un instituto que muy pronto será una referencia nacional e internacional.

**Juan Fernando González G.**  
**Director Editorial**

## Artículo original

# Impacto de un Medicamento Homeopático en Infecciones del Tracto Respiratorio Superior en Pacientes con EPOC: Resultados de un Estudio Prospectivo Observacional (EPOXILO)

\*Susana Conde Díez, \*\*Ana Viejo Casas, \*\*\*Juan Luis García Rivero, \*\*\*\*Juan Carlos López Caro, \*\*\*\*\*Félix Ortiz Portal, \*\*\*\*\*Gualberto Díaz Sáez.

**PALABRAS CLAVE:**

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, Exacerbación, Homeopatía, Enfermedad similar a la influenza, Infecciones del tracto respiratorio superior, Oscillococcinum®, Estudio observacional.

\*Centro de Salud José Barros (Camargo), Av. Bilbao s/n. Muriedas, 39600, Cantabria, España. **Correo:** sue\_santander@yahoo.es

\*\*Centro de Salud Pisueña-Cayón, c/El Ferial s/n. Sarón, 39620, Cantabria, España. **Correo:** afvcasas@gmail.com

\*\*\*Servicio de Neumología, Hospital de Laredo, Cantabria, España. **Correo:** jgarcianml@gmail.com

\*\*\*\* Centro de Salud Cotoilino, c/San Andrés s/n. Castro Urdiales, 39700, Cantabria, España. **Correo:** jcarloslopezcaro@hotmail.com

\*\*\*\*\* Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España. **Correo:** ortizportal@gmail.com

\*\*\*\*\*Former Medical Director, Boiron SIH, Madrid, España. Centro Enseñanza y Desarrollo Homeopatía (CEDH), España. **Correo:** diazqual@yahoo.es

Artículo publicado originalmente en la revista *Respiratory Medicine*, enero de 2019, volumen 146, páginas 96-105, doi: 10.1016/j.rmed.2018.11.011

## Resumen

**Antecedentes.** La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es un trastorno pulmonar progresivo en el que se obstruye el flujo de aire. Las infecciones virales o bacterianas del tracto respiratorio superior (URTI) pueden provocar exacerbaciones. La administración de medicamentos homeopáticos a pacientes con EPOC durante el período de exposición a la influenza puede ayudar a reducir la frecuencia de las URTI comunes.

**Métodos.** Este estudio prospectivo, observacional y multicéntrico se llevó a cabo en Cantabria, España. Los pacientes con EPOC se dividieron en dos grupos: el grupo 1 recibió tratamiento convencional + medicación homeopática (**extracto diluido y dinamizado de hígado y corazón de pato**; Boiron) (OG), en tanto que el grupo 2 recibió solamente tratamiento convencional (GC). El criterio principal de valoración fue el número de URTI entre los 4 y 5 meses de seguimiento (media  $4.72 \pm 0.96$ ) desde la visita basal hasta la última. Los criterios de valoración secundarios incluyeron la duración de las URTI, el número y la duración de las exacerbaciones de la EPOC, el uso de medicamentos para la EPOC, los cambios en la calidad de vida (QoL), el cumplimiento y los eventos adversos (AA).

**Resultados.** Se analizaron 219 pacientes (OG=109, GC=110). Hubo una reducción significativa en el número medio de URTI durante el período de seguimiento en OG en comparación con GC ( $0.514 \pm 0.722$  vs.  $1.037 \pm 1.519$ , respectivamente;  $p = 0.014$ ). El análisis de regresión logística mostró una probabilidad 3.3 veces mayor de sufrir  $\geq 2$  episodios de IVRS en el GC ( $p = 0.003$ ,  $n = 72$ ). Los pacientes con OG que tenían  $\geq 1$  URTI también tuvieron una reducción significativa en la duración media de URTI por episodio ( $3.57 \pm 2.44$  días OG frente a  $5.22 \pm 4.17$  días GC;  $p = 0.012$ ). No hubo diferencias significativas en el número medio de exacerbaciones, la duración media de las exacerbaciones o la CdV entre OG y GC. Hubo una mayor disminución en la proporción de pacientes que usaban corticosteroides para las exacerbaciones entre el inicio y la visita 2 en OG en comparación con GC (22.1% frente a 7.5% menos, respectivamente;  $p = 0.005$ ).

**Conclusiones.** El uso de medicamentos homeopáticos durante el período de exposición a la influenza puede tener un impacto beneficioso en la reducción del número y la duración de las URTI en pacientes con EPOC y en la reducción del número de exacerbaciones de la EPOC en pacientes con el fenotipo exacerbador. Se necesitan más estudios para confirmar los efectos observados en este estudio.



#### KEYWORDS:

Chronic obstructive pulmonary disease, Exacerbation, Homeopathy, Influenza like illness, Upper respiratory tract infections, Oscillococcinum®, Observational study.

## Abstract

**Background.** Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is a progressive lung disorder in which airflow is obstructed. Viral or bacterial upper respiratory tract infections (URTIs) may lead to exacerbations. Homeopathic medication administration to COPD patients during the influenza-exposure period may help to reduce the frequency of common URTIs.

**Methods.** This prospective, observational, multicenter study was carried out in Cantabria, Spain. Patients with COPD were divided into two groups: group 1 received conventional treatment + homeopathic medication (**diluted and dynamized extract of duck liver and heart; Boiron**) (OG); group 2 received conventional treatment only (CG). The primary endpoint was the number of URTIs between the 4–5 months follow up (mean  $4.72 \pm 0.96$ ) from basal to last visit. Secondary endpoints included the duration of URTIs, number and duration of COPD exacerbations, use of COPD drugs, changes in quality of life (QoL), compliance, and adverse events (AEs).

**Results.** 219 patients were analyzed (OG = 109, CG = 110). There was a significant reduction in mean number of URTIs during the follow-up period in OG compared to CG ( $0.514 \pm 0.722$  vs.  $1.037 \pm 1.519$ , respectively;  $p = 0.014$ ). Logistic regression analysis showed a 3.3-times higher probability of suffering  $\geq 2$  URTI episodes in CG ( $p = 0.003$ ,  $n = 72$ ). OG patients having  $\geq 1$  URTI also had a significant reduction in mean URTI duration per episode ( $3.57 \pm 2.44$  days OG vs.  $5.22 \pm 4.17$  days CG;  $p = 0.012$ ). There was no significant difference in mean number of exacerbations, mean duration of exacerbations, or QoL between OG and CG. There was a greater decrease in proportion of patients using corticosteroids for exacerbations between baseline and visit 2 in OG compared to CG (22.1% vs. 7.5% fewer respectively,  $p = 0.005$ ). Exacerbator phenotype patients had a significant decrease in number of URTIs ( $0.54 \pm 0.72$  vs.  $1.31 \pm 1.81$ ;  $p = 0.011$ ), and fewer COPD exacerbations ( $0.9 \pm 1.3$  vs.  $1.5 \pm 1.7$ ;  $p = 0.037$ ) in OG vs. CG, respectively.

**Conclusions.** Homeopathic medication use during the influenza-exposure period may have a beneficial impact at reducing URTIs' number and duration in COPD patients and at reducing the number of COPD exacerbations in patients with the exacerbator phenotype. Further studies are needed to confirm the effects observed in this study.

## Introducción

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es un trastorno pulmonar progresivo en el que se obstruye el flujo de aire, lo que dificulta la respiración de los pacientes. Los principales síntomas respiratorios incluyen dificultad para respirar, sibilancias, producción elevada de esputo y tos. La enfermedad es uno de los trastornos de salud humana más prevalentes en el orbe y se ha informado que afecta a más de 300 millones de personas en todo el mundo<sup>1</sup>. Un análisis sistemático reciente de datos de 188 países para el estudio de carga global de enfermedad informó que 3.2 millones de personas en todo el mundo murieron de EPOC en 2015, un aumento del 11.6% en comparación con 1990<sup>2</sup>. Se ha proyectado que para 2020 la EPOC será la tercera causa principal de muerte en todo el

mundo y la quinta causa principal de años perdidos por muerte prematura o discapacidad (años de vida ajustados por discapacidad)<sup>3</sup>.

La EPOC genera costos significativos para el sistema de salud<sup>3,4</sup> y en Estados Unidos la EPOC se ha clasificado entre las cinco afecciones médicas más costosas en pacientes de 65 años o más<sup>5</sup>. El principal factor de riesgo de la EPOC es el tabaquismo<sup>6-8</sup>. Una publicación reciente del estudio **EPI-SCAN** estima que, de 21.4 millones de españoles de 40 a 80 años, alrededor de 2,185,764 tienen actualmente EPOC (10.2%)<sup>9</sup>. Se estima que el 73% de los casos de EPOC quedan sin diagnosticar, por lo que es probable que más de 1,595,000 españoles desconozcan que padecen EPOC y no reciban ningún tratamiento para la misma. Existe una marcada prevalencia de infradiagnóstico en mujeres<sup>10, 11</sup>.

Las exacerbaciones de la EPOC se definen como “un evento agudo caracterizado por un empeoramiento de los síntomas respiratorios del paciente que va más allá de las variaciones diarias normales y conduce a un cambio en la medicación”<sup>12</sup>, y son una causa importante de morbilidad y mortalidad. Las exacerbaciones son menos comunes en la EPOC temprana<sup>13</sup>, pero ocurren un promedio de tres veces al año en pacientes con EPOC de moderada a grave<sup>14, 15</sup>. Las exacerbaciones pueden provocar colapso traqueal, pérdida acelerada de la función pulmonar, progresión a una enfermedad pulmonar más avanzada, deterioro de las comorbilidades cardiovasculares, estado de salud deficiente, deterioro de las actividades cotidianas, mayor utilización de los recursos de salud, mayores costos de atención médica y un mayor riesgo de muerte<sup>16-20</sup>.

Las infecciones virales o bacterianas comunes del tracto respiratorio superior (URTI) juegan un papel importante en la etiología de las exacerbaciones<sup>21-25</sup>, especialmente cuando el paciente es el fenotipo frecuente exacerbador<sup>23</sup>. Pappi *et al.* detectaron bacterias y/o virus en el 78% de 64 pacientes con exacerbaciones que requirieron ingreso hospitalario<sup>24</sup>.

El papel causal de los virus en la exacerbación fue demostrado por Mallia *et al.* en un modelo de infección experimental por rinovirus<sup>25</sup>. Los pacientes con EPOC con infección experimental por rinovirus desarrollaron más síntomas del tracto respiratorio inferior, mayor limitación del flujo de aire y más inflamación sistémica y de las vías respiratorias que un grupo control de fumadores con espirometría normal<sup>25</sup>. El objetivo clave de la terapia en la EPOC es mejorar los síntomas y prevenir las exacerbaciones<sup>19, 20, 26</sup>.

Las guías internacionales recomiendan que todos los pacientes con EPOC se vacunen contra la influenza, ya que esto ayuda a reducir los ingresos hospitalarios y las tasas de mortalidad, y que los pacientes mayores y los pacientes con enfermedad más grave se vacunen contra *Streptococcus pneumoniae* para prevenir la neumonía adquirida en la comunidad<sup>12, 26-28</sup>. Sin embargo, estas vacunas sólo protegen frente a la gripe y el neumococo y no frente a otras URTI que pueden provocar exacerbaciones de la EPOC. Además, la aceptación de estas vacunas en pacientes con EPOC es baja, oscilando entre el 27.3 y el 70% para la vacuna contra la gripe<sup>12, 28-33</sup> y 14.1-56.3% para la vacuna contra el neumococo<sup>28, 29</sup>.

Dado que las URTI son una causa importante de exacerbaciones e inflamación de las vías respiratorias, un medicamento homeopático puede ser útil en pacientes con EPOC, particularmente en aquellos con fenotipo exacerbador. Varios estudios han informado el impacto positivo del medicamento homeopático **Oscillococcinum®** en el tratamiento de los síntomas de la influenza y la aceleración de la recuperación<sup>34-36</sup>, así como para reducir la incidencia de síndromes similares a la influenza y las URTI, incluido el resfriado común<sup>37</sup>.

Actualmente no hay datos disponibles sobre la utilidad de este medicamento homeopático para el tratamiento de las URTI en pacientes con EPOC durante el período de exposición a la gripe. Realizamos un estudio observacional para determinar si su administración a pacientes con EPOC durante el período de exposición a la gripe puede ayudar a reducir la frecuencia de las IVRS comunes que pueden causar exacerbaciones.

## Materiales y métodos

### 1. Diseño del estudio

Este estudio observacional, prospectivo, comparativo y multicéntrico se llevó a cabo entre octubre de 2015 y junio de 2016 en centros de atención primaria de la región de Cantabria, en el norte de España. El primer paciente se incluyó el 21 de octubre de 2015 y el último el 15 de febrero de 2016. El 82% de las inclusiones se lograron entre octubre y diciembre de 2015. La mayoría de los médicos implicados en este estudio eran médicos de cabecera del sistema público de salud de Cantabria y no tenían formación específica en Homeopatía. Dos de los médicos eran especialistas en enfermedades respiratorias. El protocolo de estudio fue diseñado por el epidemiólogo y otros miembros de la ACINAR (Asociación Cántabra de Investigación en Aparato Respiratorio).

### 2. Población de estudio

Los pacientes que recibieron tratamiento convencional para la EPOC fueron reclutados y divididos en dos grupos: el grupo 1 recibió medicación homeopática durante el período de exposición a la influenza, además del tratamiento convencional (grupo de medicación homeopática; OG); por su parte, el grupo 2 recibió tratamiento convencional únicamente (grupo control; GC). Para ser respetuosos con la práctica médica real, la adición de la medicación homeopática a su tratamiento no fue aleatoria.

Se incluyeron pacientes si tenían entre 50 y 80 años y tenían diagnóstico de EPOC (espirometría clínica y forzada con  $FEV_1/FVC$  posbroncodilatación  $< 0.7$ ). Los pacientes fueron excluidos si tenían antecedentes de consumo de tabaco  $< 10$  paquetes/año. Todos los sujetos dieron su consentimiento informado antes de participar en el estudio.

Asumiendo una distribución normal, el tamaño mínimo de la muestra se calculó en 99 pacientes por grupo (relación OG/GC 1:1) para detectar una diferencia estadísticamente significativa utilizando la prueba T de Student para dos muestras independientes, con una potencia del 80% y  $\alpha = 0.05$ , asumiendo una desviación estándar (DE) de 2.5 en cada grupo. SD fue el rango esperado de episodios de URTI (0-10) dividido por 4. Por lo tanto, se planeó reclutar 220 pacientes (110 pacientes en OG y 110 en GC) con base en una pérdida del 10%.

### 3. Tratamiento del estudio

La administración de la medicación homeopática se desvinculó de la propuesta de participación en el estudio siguiendo el estándar de los estudios observacionales. La pauta posológica recomendada del medicamento homeopático (extracto diluido y dinamizado de hígado y corazón de pato; **Oscillococcinum®**, Boiron) es de una dosis oral cada semana durante el período de exposición gripal (otoño e invierno).

Todos los demás tratamientos convencionales se administraron según criterios clínicos y de acuerdo con la práctica clínica habitual para el manejo de pacientes con EPOC<sup>38</sup>.

### 4. Recopilación de datos

Los datos sociodemográficos, antropométricos y clínicos se recogieron prospectivamente de la historia clínica o durante una entrevista con el paciente en el momento de la inclusión y en dos visitas de seguimiento (normalmente cada 2 meses  $\pm$  15 días durante las estaciones de otoño e invierno). Estas visitas son una práctica habitual en el seguimiento clínico de los pacientes con EPOC. Los datos clínicos registrados incluyeron: comorbilidades asociadas, medicación concomitante, hábito tabáquico y bebedor, fecha de diagnóstico de EPOC, valores de espirometría y  $FEV_1$ . No se realizaron intervenciones diagnósticas o terapéuticas adicionales para respetar la naturaleza observacional del estudio.

Los pacientes con EPOC se clasificaron en uno de los cuatro posibles fenotipos según las pautas

de GesEPOC<sup>39,40</sup> y cuatro posibles grupos de gravedad basados en los valores de  $FEV_1$ . La gravedad global se evaluó mediante el índice de capacidad BODE (índice de masa corporal, obstrucción al flujo aéreo, disnea funcional y capacidad de ejercicio<sup>41</sup>, o índice BODEx (BODE con exacerbaciones en lugar de ejercicio)<sup>42</sup>, y el grado de disnea se estimó utilizando la escala *Modified Medical Research Council* (mMRC) (0-4)<sup>43</sup>. El impacto de la EPOC en la calidad de vida (QoL) se midió utilizando el cuestionario *COPD Assessment Test* (CAT)<sup>44, 45</sup>.

También se registraron los siguientes datos adicionales en las visitas de inclusión y seguimiento: tratamientos farmacológicos convencionales (para la EPOC estable y durante las agudizaciones de la EPOC), medicamentos o productos tomados para la prevención de las IVRA, estado de vacunación contra la gripe y el neumococo, agudizaciones de la EPOC (número de episodios y duración media de los episodios en los 12 meses previos y desde la última visita de seguimiento), número y duración media de las IVRA desde la última visita. El cumplimiento de la medicación homeopática y los eventos adversos (EA) se registraron en las dos visitas de seguimiento.

### 5. Puntos finales primarios

El criterio principal de valoración fue el número de URTI durante el período de seguimiento del estudio. Las URTI incluyeron las siguientes infecciones: influenza y síndrome similar a la influenza, rinosinusitis, otitis, laringitis, epiglotitis y faringoamigdalitis.

### 6. Criterios de valoración secundarios

Los criterios de valoración secundarios incluyeron: duración de las URTI, número y duración de las exacerbaciones, consumo de medicamentos para el tratamiento de la EPOC, cambios en la CdV (puntuación CAT), cumplimiento y AA.

### 7. Cumplimiento y eventos adversos

Se preguntó a los pacientes sobre el cumplimiento de la medicación homeopática en cada visita. El cumplimiento se clasificó como alto si se tomaba  $\geq 90\%$  de las dosis, medio si se tomaba entre el 75 y el 89% de las dosis y bajo si se tomaba  $< 75\%$  de las dosis. Se registraron todos los AA que ocurrieron en los dos grupos de tratamiento y se determinó su relación con la medicación del estudio.

### 8. Análisis estadístico

Las variables cuantitativas se describen como media, desviación estándar (DE), mediana, mínimo, máximo, Q1 y Q3. Las variables cualitativas se

describen como número y porcentaje. Las variables cualitativas se compararon mediante las pruebas de Chi-cuadrado o Fisher. Los valores medios se compararon utilizando la prueba T de *Student* o la prueba U de Mann-Whitney. Para la comparación de más de dos medias, se utilizaron las pruebas ANOVA o Kruskal-Wallis. Todas las pruebas se realizaron de forma bilateral. Se consideró que un valor de  $p < 0.05$  indicaba significación estadística. Todos los análisis estadísticos se realizaron con *SPSS v22.0*.

## Resultados

### 1. Población de estudio

Treinta y siete investigadores activos en 21 centros de atención primaria en la región de Cantabria de España reclutaron pacientes para este estudio. Se reclutaron un total de 235 pacientes y 219 (93.2%) se incluyeron en el análisis final (109 en OG y 110 en GC). Los investigadores consideraron que seis pacientes eran “no evaluables”, a nueve les faltaban datos y uno no cumplía con los criterios de inclusión (sin antecedentes de tabaquismo). Ver figura 1.

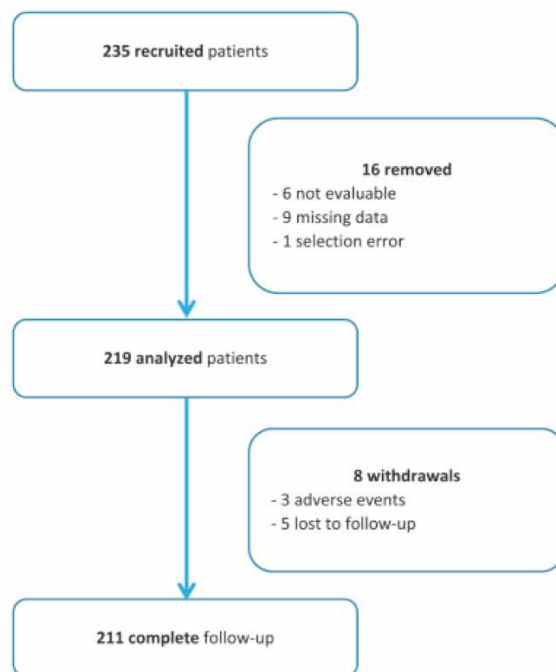


Figura 1. Diagrama de flujo de los pacientes incluidos y analizados en el estudio.

Las características demográficas y clínicas generales de los dos grupos de tratamiento fueron comparables en el momento de la inclusión (tabla 1). El 73.5% de los pacientes eran del sexo masculino, la edad media fue de 67.4 años  $\pm$  7.8 y el 30.1% de los pacientes eran fumadores actuales. Hubo diferencias leves, aunque estadísticamente significativas en las características demográficas con respecto a los hábitos de bebida ( $p = 0.036$ ). Aunque el número de consumos activos y peligrosos de alcohol fue similar, hubo más ex bebedores y menos abstemios en el GC. La mayoría de los pacientes (89.5%) presentaba comorbilidades como

diabetes, insuficiencia cardiaca, fibrilación auricular, hipertensión arterial, ansiedad/depresión, cáncer de pulmón, cardiopatía isquémica y/u osteoporosis sin diferencia estadísticamente significativa entre los dos grupos a excepción de la diabetes, que fue más frecuente en GC (15.6% en OG vs 30% en GC;  $p = 0.011$ ). El número de comorbilidades por paciente no difirió significativamente entre los dos grupos ( $p = 0.072$ ) (datos no mostrados). La vacunación contra influenza (69.4%) y neumococo 13 serotipos (9.6%) y 23 serotipos (58.9%) también fue similar en los dos grupos (tabla 1).

Característica	Grupo de medicina homeopática (OG)	Grupo control (GC)	Total	Valor p
<b>Género, masculino (%)</b>	71.6	75.5	73.5	0.514 <sup>a</sup>
<b>Edad (años)</b>				
Media ( $\pm$ DE)	66.9 $\pm$ 7.9	67.8 $\pm$ 7.7	67.4 $\pm$ 7.8	0.409 <sup>b</sup>
Mediana (mínimo-máximo)	68.2 (50.4-79.6)	69.1 (51.4-80.0)	68.7 (50.4-80.0)	
<b>IMC (kg/m<sup>2</sup>)</b>	(n = 108)	(n = 108)	(n = 216)	
Media ( $\pm$ DE)	28.8 $\pm$ 5.5	28.5 $\pm$ 5.0	28.7 $\pm$ 5.3	0.762 <sup>c</sup>
Mediana (mín-máx)	28.1 (15.4-45.4)	27.7 (16.8-42.5)	27.9 (15.4-45.4)	
<b>Tabaquismo actual, sí (%)</b>	29.4	30.9	30.1	0.802 <sup>a</sup>
Significa no. cigarrillos/día ( $\pm$ DE)	18.5 $\pm$ 8.1	17.1 $\pm$ 8.5	17.8 $\pm$ 8.3	0.534 <sup>b</sup>
Significa no. años fumando ( $\pm$ DE)	37.8 $\pm$ 8.7	39.3 $\pm$ 9.4	38.6 $\pm$ 9.0	0.482 <sup>c</sup>

Característica	Grupo de medicina homeopática (OG)	Grupo control (GC)	Total	Valor p	
<b>Consumo de alcohol, actual, sí (%)</b>					
Ex-bebedores	39.4	40.0	39.7	0.036 <sup>a</sup>	
	7.3	20.0	13.7		
Sin antecedentes de consumo de alcohol	42.2	32.7	37.4		
<b>Comorbilidades<sup>d</sup> (%)</b>					
Al menos una comorbilidad	86.2	92.7	89.5	0.117 <sup>a</sup>	
Diabetes	15.6	30.0	22.8	0.011 <sup>a</sup>	
<b>Vacunación, sí (%)</b>					
Influenza	67.0	71.8	69.4	0.437 <sup>a</sup>	
Neumococo	23 serotipos	59.6	58.2	58.9	0.827 <sup>a</sup>
	13 serotipos	11.9	7.3	9.6	0.242 <sup>a</sup>

**Tabla 1.** Características sociodemográficas de inclusión de los pacientes con EPOC tratados con medicamentos convencionales (GC) o con medicamentos convencionales + medicación homeopática (OG). **Para todos los cálculos:**  $n = 109$  en OG y  $n = 110$  en GC, a menos que se indique lo contrario. **a:** una prueba de Chi-square; **b:** Mann-Whitney; **c:** T-test, y **d:** diabetes, insuficiencia cardíaca, fibrilación auricular, hipertensión arterial, ansiedad/depresión, cáncer de pulmón, cardiopatía isquémica y/u osteoporosis.

## 2. Datos basales de la EPOC

Cuando se compararon los datos de EPOC para los dos grupos en el momento de la inclusión (tabla 2), solo el tiempo desde el diagnóstico de EPOC (9.2 años en OG frente a 7.0 años en GC;  $p = 0.03$ ) fue significativamente diferente. No hubo diferencias

significativas en los valores de espirometría (pre y posbroncodilatación),  $FEV_1$ , gravedad de la EPOC, índice BODE, índice BODEx, distribución de fenotipos, grado de disnea, número o duración de las exacerbaciones o calidad de vida.

Característica clínicas basales	Grupo de medicina homeopática (OG)	Grupo control (GC)	Total	Valor p
Tiempo desde el diagnóstico de EPOC (años)	( $n = 106$ )	( $n = 107$ )	( $n = 213$ )	0.030 <sup>b</sup>
Media $\pm$ DE	9.2 $\pm$ 7.6	7.0 $\pm$ 5.7	8.1 $\pm$ 6.8	
Mediana (mínimo-máximo)	8.5 (0-40.1)	6.0 (0-25.0)	7.0 (0-40.1)	
<b>Espirometría</b>				
Pre-broncodilatador				
Media $\pm$ DE	54.4 $\pm$ 23.5	55.1 $\pm$ 21.1	54.8 $\pm$ 22.2	0.835 <sup>b</sup>
Mediana (mín-máx)	61.0 (0-93.0)	61.1 (0-87.7)	61.0 (0-93.0)	
Post-broncodilatador				
Media $\pm$ DE	50.3 $\pm$ 29.7	49.6 $\pm$ 28.2	49.9 $\pm$ 28.8	0.892 <sup>b</sup>
Mediana (mín-máx)	61.0 (0-97.0)	59.0 (0-89.0)	61.0 (0-97.0)	
<b>VEF1</b>				
(n = 63) (n = 56) (n = 119)				
Media $\pm$ DE	1.9 $\pm$ 0.8	1.8 $\pm$ 0.7	1.8 $\pm$ 0.7	0.863 <sup>b</sup>
Mediana (mín-máx)	1.7 (0.5-4.0)	1.8 (0.5-4.5)	1.7 (0.5-4.5)	

Característica clínicas basales	Grupo de medicina homeopática (OG)	Grupo control (GC)	Total	Valor p
<b>Gravedad (%)<sup>a</sup></b>				
Leve	22.9	25.5	24.2	0.313 <sup>c</sup>
Moderado	56.9	51.8	54.3	
Severo	14.7	20.9	17.8	
Muy severo	5.5	1.8	3.7	
<b>Índice BODE</b>	(n = 19)	(n = 24)	(n = 43)	0.595 <sup>b</sup>
Media ± DE	3.9 ± 3.2	3.4 ± 2.9	3.6 ± 3.0	
Mediana (mín-máx)	3.0 (1.0-10.0)	3.0 (0-10.0)	3.0 (0-10.0)	
<b>Índice BODEx</b>	(n = 43)	(n = 43)	(n = 86)	0.650 <sup>b</sup>
Media ± DE	3.2 ± 2.5	2.9 ± 2.3	3.0 ± 2.4	
Mediana (mín-máx)	3.0 (0-10.0)	2.0 (0-9.0)	2.5 (0-10.0)	
<b>Fenotipo (%)</b>				
No exacerbador	28.4	33.6	31.1	0.703 <sup>e</sup>
Exacerbador + enfisema	11.9	9.1	10.5	
EPOC mixta + asma	18.3	12.7	15.5	
Exacerbador + bronquitis crónica	33.9	37.3	35.6	
No definida	7.3	7.3	7.3	
<b>Grado de disnea<sup>a</sup> (%)</b>				
0	6.4	7.3	6.8	0.766 <sup>e</sup>
1	30.3	33.6	32.0	
2	38.5	37.3	37.9	
3	15.6	12.7	14.2	
4	4.6	1.8	3.2	
ND	4.6	7.3	5.9	
<b>Puntuación CAT (CdV)</b>				
Media ± DE	11.8 ± 6.5	11.8 ± 6.7	11.8 ± 6.6	0.986 <sup>b</sup>
Mediana (mín-máx)	11.0 (1.0-34.0)	11.0 (0-31.0)	11.0 (0-34.0)	
<b>Número de exacerbaciones en el año anterior</b>				
Media ± DE	2.2 ± 2.1	2.1 ± 2.9	2.1 ± 2.5	0.346 <sup>b</sup>
Mediana (mín-máx)	2.0 (0-10.0)	2.0 (0-25.0)	2.0 (0-25.0)	
<b>Duración de las exacerbaciones (días/exacerbación)</b>				
Media ± DE	5.3 ± 5.2	5.5 ± 4.5	5.4 ± 4.9	0.497 <sup>b</sup>
Mediana (mín-máx)	4.0 (0-35.0)	4.0 (0-25.0)	4.0 (0-35.0)	
<b>Número de ingresos hospitalarios por exacerbaciones en el año anterior</b>				
Media ± DE	0.3 ± 0.7	0.2 ± 0.5	0.2 ± 0.6	0.673 <sup>b</sup>
Mediana (mín-máx)	0 (0-4.0)	0 (0-2.0)	0 (0-4.0)	

Característica clínicas basales	Grupo de medicina homeopática (OG)	Grupo control (GC)	Total	Valor p
<b>Consumo de fármacos para la EPOC estable (%)</b>				
Corticosteroides orales	N/A	N/A	N/A	
Corticosteroides inhalados	62.4	55.5	58.9	
Corticoides parenterales	N/A	N/A	N/A	
Antibióticos	0.9	3.6	2.3	
Broncodilatadores agonistas beta 2 de acción corta	29.4	24.5	26.9	
Broncodilatadores de acción prolongada	95.4	97.3	96.3	
<b>Consumo de fármacos para agudizaciones (%)</b>				
Corticosteroides orales	38.5	30.0	34.2	
Corticosteroides inhalados	25.7	22.7	24.2	
Corticoides parenterales	6.4	6.4	6.4	
Antibióticos	70.6	67.3	68.9	
Broncodilatadores agonistas beta 2 de acción corta	55.0	50.9	53.0	
<b>Número de URTI desde la última visita</b>				
Media ± DE	0.5 ± 0.8	0.6 ± 1.0	0.6 ± 0.9	0.991 <sup>b</sup>
Mediana (mín-máx)	0 (0-4.0)	0 (0-4.0)	0 (0-4.0)	
<b>Duración de los síntomas de URTI (días)</b>				
Media ± DE	3.4 ± 5.6	3.1 ± 4.6	3.3 ± 5.1	0.953 <sup>b</sup>
Mediana (mín-máx)	0 (0-30.0)	0 (0-21.0)	0 (0-30.0)	

**Tabla 2.** Datos clínicos de inclusión de pacientes con EPOC tratados con medicamentos convencionales (GC) o con medicamentos convencionales + medicación homeopática (OG). **Para todos los cálculos:**  $n = 109$  en OG y  $n = 110$  en GC, a menos que se indique lo contrario. N/A: no aplicable. **a:** una escala del Consejo de Investigación Médica Modificada (MMRC): 0 = sin dificultad para respirar, excepto en el ejercicio extenuante; 1 = dificultad para respirar al correr en el nivel o subir una pequeña pendiente; 2 = camina más lento que las personas de la misma edad en el nivel debido a la dificultad para respirar o tiene que detenerse para respirar cuando camina a su propio ritmo en el nivel; 3 = se detiene para respirar después de caminar unos 100 m después de unos minutos en el nivel; 4 = la disnea le impide al paciente salir de casa o aparece con actividades tales como vestirse o desvestirse; **b:** Mann-Whitney; **c:** Pescador; **d:** Gravedad: leve:  $FEV_1 \geq 80\%$ ; moderado:  $50\% \leq FEV_1 < 80\%$ ; grave:  $30\% \leq FEV_1 < 50\%$ ; muy grave:  $FEV_1 < 30\%$ , y **e:** Prueba de Chi-cuadrado.

En la **Tabla 2** se resumen los medicamentos utilizados para tratar la EPOC estable y las exacerbaciones. Los corticosteroides orales y parenterales no se utilizaron para tratar la EPOC estable. El uso de fármacos para la EPOC estable y las exacerbaciones fue similar en los dos grupos.

En los 12 meses previos a la inclusión, el número medio de URTI (declaradas por los pacientes) fue de  $0.6 \pm 0.9$ , y el número medio de días sintomáticos por URTI fue de  $3.3 \pm 5.1$ . El número medio de exacerbaciones de la EPOC fue de  $2.1 \pm 2.5$ . La media de días sintomáticos por agudizaciones de la EPOC fue de  $5.4 \pm 4.9$  días por agudización.

Ninguno de estos valores difirió significativamente entre los dos grupos (ver tabla 2).

### 3. Variable principal

Hubo una reducción significativa en el número medio de URTI durante el período de seguimiento en OG en comparación con GC ( $0.514 \pm 0.722$  vs  $1.037 \pm 1.519$ , respectivamente;  $p = 0.014$ ) (ver figura 2). La diferencia entre los valores medios fue  $-0.52$  [IC 95%:  $-0.84$ ;  $-0.20$ ] ( $p = 0.001$ ). La duración media del seguimiento fue de  $4.72 \pm 0.96$  meses (mediana 4.67, mín. 0.62, máx. 6.64) sin diferencias significativas entre grupos ( $4.78$  en OG vs  $4.65$  en GC,  $p = 0.178$ ).

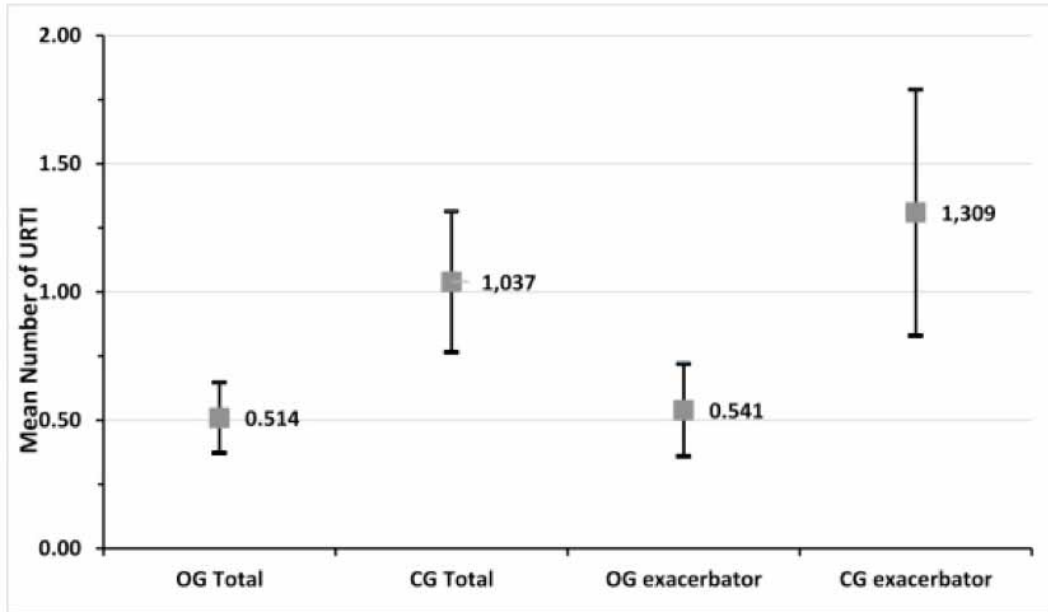


Figura 2. Número medio de IVRS (± 95% IC) durante el periodo de estudio en los dos grupos de tratamiento y en pacientes con fenotipo agudizador.

Dos o más episodios de IVRS fueron más frecuentes en el GC que en el OG (25.7% vs 9.5% de los pacientes) ( $p = 0.029$ ); ver figura 3. El análisis de regresión lineal mostró que había un 40.6% más de episodios de IVRS en el GC y el análisis de regresión logística mostró que había una probabilidad 3.3

veces mayor de sufrir  $\geq 2$  episodios de IVRS en el GC ( $p = 0.003$ ). Este disminuyó a 2.8 ( $p = 0.166$ ) cuando se ajustó por posibles factores de confusión (tabaquismo, corticoides inhalados, vacuna antigripal, edad, sexo, índice BODEx, FEV<sub>1</sub> y CAT).

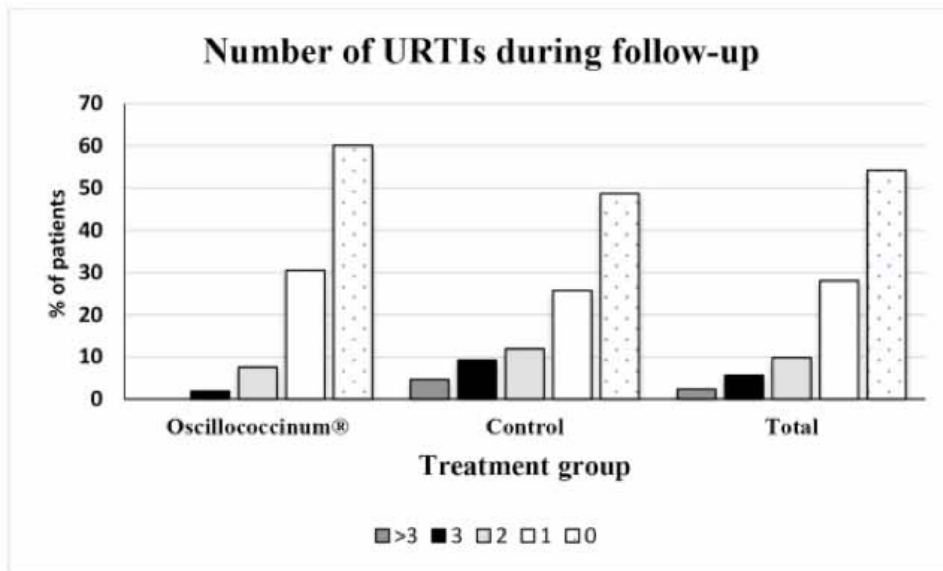


Figura 3. Comparación del número de IVRS durante el seguimiento en los dos grupos de tratamiento ( $p = 0.029$ ).



Un subanálisis por fenotipo clínico (exacerbador frecuente o no exacerbador) mostró una diferencia significativa en el número medio de IVRS en el subgrupo de exacerbadores frecuentes (n = 116): en exacerbadores frecuentes el número medio de IVRS fue de  $0.54 \pm 0.72$  en OG vs  $1.31$

$\pm 1.81$  en GC (p = 0.011); ver tabla 3 y figura 2. No hubo diferencia significativa en el número medio de URTI entre los no exacerbadores en los dos grupos ( $0.51 \pm 0.76$  en OG frente a  $0.77 \pm 1.06$  en GC; p = 0.370); ver tabla 3.

	Exacerbadores			No exacerbadores		
	OG (n = 61)	GC (n = 55)	valor p	OG (n = 39)	GC (n = 48)	valor p
<b>Número de URTI</b>						
Media $\pm$ DE	$0.54 \pm 0.72$	$1.31 \pm 1.81$	<b>0.011<sup>a</sup></b>	$0.51 \pm 0.76$	$0.77 \pm 1.06$	0.370 <sup>a</sup>
Mediana (mínimo-máximo)	0 (0-3)	1 (0-9)		0 (0-3)	0 (0-4)	
<b>Número de exacerbaciones</b>						
Media $\pm$ DE	$0.9 \pm 1.3$	$1.5 \pm 1.7$	<b>0.037<sup>a</sup></b>	$0.3 \pm 0.6$	$0.4 \pm 0.7$	0.554 <sup>a</sup>
Mediana (mín-máx)	1 (0-7)	1 (0-8)	1 (0-8)	0 (0-2)	0 (0-2)	0 (0-2)

**Tabla 3.** Subanálisis de agudizaciones de IVRS y EPOC en el periodo de seguimiento en pacientes con fenotipo agudizador o no agudizador. **OG:** grupo tratado con medicamentos convencionales + medicación homeopática; **GC:** grupo control tratado solo con medicamentos convencionales; **URTÍ:** infecciones del tracto respiratorio superior; **DE:** desviación estándar. **a:** Mann-Whitney.

#### 4. Criterios de valoración secundarios

##### 4.1. URTI

En pacientes con  $\geq 1$  URTI (n = 98), hubo una reducción significativa en la duración de las URTI por

episodio en OG en comparación con GC ( $3.57 \pm 2.44$  días en pacientes OG vs.  $5.22 \pm 4.17$  días en GC; p = 0.012). Ver tabla 4.

	Durante los 4 meses de seguimiento			
	OG	GC	Total	valor p
<b>Duración de los síntomas de URTI por episodio</b> (todos los pacientes) (días)				
Media $\pm$ DE	(n = 105) $1.45 \pm 2.33$	(n = 109) $2.68 \pm 3.97$	(n = 214) $2.08 \pm 3.32$	0.021b
Mediana (mínimo-máximo)	0 (0-12.5)	1.5 (0-24.5)	0 (0-24.5)	
<b>Duración de los síntomas de URTI por episodio</b> ( $\geq 1$ episodio) (días)				
Media $\pm$ DE	(n = 42) $3.57 \pm 2.44$	(n = 56) $5.22 \pm 4.17$	(n = 98) $4.52 \pm 3.61$	0.012b
Mediana (mín-máx)	2.5 (1.0-12.5)	4.0 (1.0-24.5)	3.5 (1.0-24.5)	
<b>Número de exacerbaciones de la EPOC</b>				
Media $\pm$ DE	(n = 105) $0.7 \pm 1.1$	(n = 109) $1.0 \pm 1.4$	(n = 214) $0.8 \pm 1.3$	0.128b
Mediana (mín-máx)	0 (0-7.0)	0 (0-8.0)	0 (0-8.0)	
<b>Duración de las agudizaciones de la EPOC por episodio</b> (todos los pacientes) (días)				
Media $\pm$ DE	(n = 105) $2.33 \pm 3.91$	(n = 109) $3.09 \pm 4.51$	(n = 214) $2.71 \pm 4.24$	0.140b
Mediana (mín-máx)	0 (0-22.5)	0 (0-24.0)	0 (0-24.0)	
<b>Duración de las exacerbaciones de la EPOC por episodio</b> ( $\geq 1$ episodio) (días)				
Media $\pm$ DE	(n = 40) $6.03 \pm 4.23$	(n = 51) $6.16 \pm 4.52$	(n = 91) $6.10 \pm 4.37$	0.876b
Mediana (mín-máx)	5.0 (1.0-22.5)	5.0 (1.0-24.0)	5.0 (1.0-24.0)	

	Durante los 4 meses de seguimiento			
	OG	GC	Total	valor p
<b>Consumo de fármacos relacionados con las agudizaciones de la EPOC (%)</b>	(n = 109)	(n = 110)	(n = 219)	
Corticosteroides orales	31.2	32.7	32,0	0.808 <sup>c</sup>
Corticosteroides inhalados	15.6	24.5	20.1	0.098 <sup>c</sup>
Corticoides parenterales	2.8	4.5	3.7	0.721 <sup>d</sup>
Antibióticos	56.9	56.4	56.6	0.938 <sup>c</sup>
Broncodilatadores agonistas beta 2 de acción corta	46.8	46.4	46.6	0.950 <sup>c</sup>
<b>CV (CAT)<sup>a</sup></b>	(n = 104)	(n = 107)	(n = 211)	
Media ± DE	11.0 ± 6.1	11.3 ± 6.6	11.1 ± 6.4	0.846 <sup>b</sup>
Mediana (mín-máx)	10.0 (1.0–34.0)	10.0 (1.0–31.0)	10.0 (1.0–34.0)	

**Tabla 4.** Datos de resultados secundarios durante el período de seguimiento de pacientes con EPOC tratados con medicamentos convencionales (GC) o con medicamentos convencionales + medicación homeopática (OG). **a:** en la visita de los 4 meses (final del estudio; EOS); **b:** Mann-Whitney; **c:** Prueba de Chi-cuadrado, y **d:** Fisher.

## 4.2. Exacerbaciones de la EPOC

No hubo diferencia significativa en el número medio de exacerbaciones de la EPOC por paciente entre los dos grupos ( $0.7 \pm 1.1$  en OG frente a  $1.0 \pm 1.4$  en GC;  $p = 0.128$ ); ver tabla 4. Asimismo, no hubo diferencia significativa en la duración media de las exacerbaciones por episodio entre los pacientes del OG y del GC con  $\geq 1$  episodio ( $n = 91$ ) ( $6.03 \pm 4.23$  vs  $6.16 \pm 4.52$  días, respectivamente;  $p = 0.876$ ) (ver tabla 4) o entre pacientes de OG y GC en general ( $n = 114$ ) ( $2.33 \pm 3.91$  días en OG vs  $3.09 \pm 4.51$  días en GC;  $p = 0.140$ ) (ver tabla 4).

Además del número de agudizaciones, también se registró el número total de ingresos hospitalarios por agudización. En la visita 1, no se observó diferencia en el número medio de hospitalizaciones por exacerbación entre OG ( $0.1 \pm 0.2$ ) y GC ( $0.1 \pm 0.3$ ) ( $p = 0.632$ ). En la visita 2, esta media fue de  $0.1 \pm 0.3$  para ambos grupos ( $p = 0.777$ ).

Cuando se realizó un subanálisis en pacientes que presentaban exacerbaciones frecuentes, los pacientes del OG tuvieron significativamente menos exacerbaciones que los pacientes del GC durante el período de seguimiento ( $0.9 \pm 1.3$  frente a  $1.5 \pm 1.7$ , respectivamente;  $p = 0.037$ ); ver tabla 3.

## 4.3. Medicamentos para la EPOC

El consumo de fármacos utilizados para tratar las agudizaciones (corticoides orales, inhalados o parenterales, broncodilatadores y antibióticos) no difirió significativamente entre los dos grupos durante el seguimiento. Aunque hubo una gran diferencia en el uso de corticosteroides inhalados entre los dos grupos (15.6% en OG frente a 24.5% en GC), esto no fue estadísticamente significativo ( $p = 0.098$ ); ver tabla 4.

Por otro lado, un análisis de los cambios en la administración de corticosteroides (orales, inhalados o parenterales) para las exacerbaciones en pacientes con datos en la inclusión y V2 mostró que un 22.1 % menos de pacientes en OG usaron algún tratamiento con corticosteroides entre la inclusión y V2 (cambio de 54.8 % a 32.7%) frente a 7.5% menos en GC (cambio de 41.1% a 33.6%) ( $p = 0.005$ ). La diferencia fue estadísticamente significativa para los corticosteroides orales e inhalados (13.5% menos pacientes usaron corticosteroides orales en OG vs 2.8% menos en GC ( $p = 0.009$ ) y 14.5% menos pacientes usaron corticosteroides inhalados en OG vs 3.8% menos en GC ( $p = 0.014$ ). La diferencia para los corticoides parenterales no fue estadísticamente significativa (5.8% menos en OG vs 2.8% menos en GC;  $p = 0.462$ ).

#### 4.4. Vacunación contra el neumococo y la influenza

No hubo diferencia significativa en el número de IVRS o exacerbaciones en OG entre los pacientes que habían sido vacunados contra la influenza o el neumococo y los que no.

#### 4.5. Calidad de vida

No hubo diferencias significativas en la CdV (prueba CAT) entre los pacientes OG y GC durante el período de seguimiento de 4 a 5 meses ( $p = 0.846$ ); ver tabla 4.

### 5. Cumplimiento y EA

Hubo seis (5.5%) EA en OG y cuatro (3.6%) en GC ( $p = 0.538$ ). Tres en OG y dos en GC fueron EA graves. Ninguno de estos se consideró relacionado con el fármaco del estudio.

Tres en OG y dos en GC fueron EA no graves (intolerancia local al broncodilatador inhalado, infección del tracto urinario, infección respiratoria, trastorno digestivo y temblor). Solo se sospechó que dos EA estuvieran relacionados con la medicación homeopática: un trastorno digestivo (intensidad leve) y un caso de temblor (intensidad moderada). Para ambos, el estudio de imputabilidad reveló una relación dudosa. La adherencia al tratamiento homeopático fue alta en el 94.2% de los pacientes en V1 y 92.3% en V2, y media en el 3.9% y 7.7% de los pacientes en V1 y V2, respectivamente.

## Discusión

Los resultados de este estudio observacional sugieren que la administración de un medicamento homeopático a pacientes con EPOC durante el período de exposición a la influenza puede ayudar a reducir la frecuencia y la duración de las URTI que pueden provocar exacerbaciones de la EPOC. La incidencia de IVRS en los pacientes que tomaron la medicación homeopática (OG) fue un 50% menor que en el grupo control (0.51 vs 1.04, respectivamente; 0.52 episodios menos por paciente) ( $p = 0.001$ ). Además, solo el 9.5% de los pacientes del OG sufrieron dos o más episodios de IVRS durante el periodo de seguimiento frente al 25.7% del GC ( $p = 0.029$ ). Estas cifras fueron del 1.9% frente al 13.8%, respectivamente, para los pacientes que padecían  $\geq 3$  URTI. La duración media de los síntomas por episodio de URTI también fue significativamente menor en los pacientes con OG (3.57 frente a 5.22 días, respectivamente; 1.65 días menos;  $p = 0.012$ ).

Esta es una duración de síntoma más corta que el 0<sup>46</sup>. Sin embargo, los dos estudios no pueden compararse directamente ya que la revisión Cochrane describió un estudio curativo con una dosis de tratamiento de **Oscillococcinum**® mientras que nosotros estábamos interesados en pacientes con EPOC que recibieron una dosis semanal durante el período de exposición a la influenza. Además, el estudio anterior se limitó a la influenza y las enfermedades similares a la influenza, mientras que investigamos un espectro más amplio de URTI, incluido el resfriado común. Nuestros resultados respaldan los de estudios previos que informaron los beneficios de **Oscillococcinum**® en el síndrome similar a la influenza y las URTI<sup>34-36</sup>.

El riesgo de exacerbaciones de la EPOC varía considerablemente entre los pacientes y se ha relacionado con una serie de factores de riesgo que incluyen antecedentes de exacerbaciones previas, edad > 65 años, gravedad de la EPOC, índice BODE alto, estado de salud deficiente y presencia de comorbilidades (para una revisión, consulte la referencia 18). En el estudio actual, el número medio de exacerbaciones en los 12 meses anteriores al estudio fue de 2.1, que es similar a un promedio de 1.5 a 2 exacerbaciones por año informado por Viejo-Bañuelos<sup>47</sup>.

El número medio de exacerbaciones durante el período de seguimiento fue de 1 en los pacientes del GC y de 0.7 en los del OG, lo que es bajo si se considera que los pacientes fueron seleccionados en los meses de otoño e invierno cuando es más probable que ocurran las exacerbaciones. Además, la diferencia entre los dos grupos no fue estadísticamente significativa. El principal determinante de las exacerbaciones en el estudio ECLIPSE fue un historial de exacerbaciones previas<sup>48</sup>. En el presente estudio, un subanálisis de pacientes con fenotipo exacerbador mostró que el número medio de exacerbaciones en el período de seguimiento fue de 0.9 en OG frente a 1.5 en GC. Hubo un 40% menos de exacerbaciones (o 0.6 episodios menos) por paciente en números absolutos ( $p = 0.037$ ).

En el período de seguimiento, la duración media de las exacerbaciones por episodio en pacientes con  $\geq 1$  exacerbación fue de 6.03 días en OG frente a 6.16 días en GC. Esta diferencia no fue estadísticamente significativa ( $p = 0.876$ ). Las exacerbaciones conducen a un deterioro de la función pulmonar, más ingresos hospitalarios, mala calidad de vida y mayores costos de atención

médica<sup>20, 47</sup>. Por lo tanto, es importante evitar que tales eventos ocurran. Nuestros resultados sugieren que la medicación homeopática estudiada podría ser de particular interés en pacientes con fenotipo exacerbador, aunque nuestros resultados son preliminares y se basan en un pequeño subgrupo (n = 116) con bajo poder estadístico.

El uso de medicamentos homeopáticos para el manejo de las URTI y otras enfermedades respiratorias se asocia con una menor prescripción de antibióticos y medicamentos convencionales relacionados con estos problemas de salud<sup>49, 50</sup>. Una reducción en la incidencia, duración y complicaciones de las URTI en pacientes con EPOC puede tener un impacto en la prescripción de medicamentos relacionados con la exacerbación. Observamos una disminución en el consumo de fármacos destinados a tratar las agudizaciones (broncodilatadores, antibióticos y corticoides), que fue estadísticamente significativa para el uso de corticoides (orales e inhalados) en pacientes con OG entre la inclusión y la visita 2. Para todos los corticoides juntos, independientemente de la vía de administración, un 22.1 % menos de pacientes en OG utilizaron corticoides en V2 frente a un 7.5 % menos en GC (p = 0.005). Esta diferencia podría estar relacionada con la reducción de requerimientos de los pacientes debido a la leve menor incidencia de exacerbaciones en el OG.

Nuestros resultados están limitados por el diseño observacional del estudio y el posible sesgo inherente a la ausencia de aleatorización. Además, no hubo cegamiento de la medicación del estudio: tanto los pacientes como los médicos sabían qué tratamientos se habían prescrito. Las prescripciones a menudo están influenciadas por la participación en un estudio. Curiosamente, notamos una disminución significativa en el uso de corticosteroides orales e inhalados para las exacerbaciones en todos los pacientes de nuestro estudio, aunque la disminución fue estadísticamente mayor en los pacientes del OG que en los del GC.

La duración media del seguimiento fue de 4.72 ± 0.96 meses. Los próximos estudios deberían aumentarlo a un mínimo de 6 meses, lo que mejorará la detección de exacerbaciones. Finalmente, los datos obtenidos sobre el número y la duración de las IVRS y las agudizaciones fueron declarativos por parte de los pacientes. El estudio se fortalece con la inclusión de dos grupos que tenían características

sociodemográficas y clínicas similares al momento de la inclusión y, como fue observacional, el estudio reflejó condiciones de la vida real.

La calidad de vida también se puede utilizar como una medida de la eficacia terapéutica y el cuestionario CAT está especialmente adaptado para la EPOC<sup>44, 45</sup>. Desde un punto de vista farmacológico, sólo el uso de broncodilatadores en combinación con corticosteroides inhalados ha demostrado mejorar la CdV en pacientes con EPOC. El análisis de la CdV en nuestro estudio no reveló una diferencia significativa entre los dos grupos en ninguna visita, aunque la duración del seguimiento (4-5 meses) probablemente sea demasiado corta para detectar diferencias reales en la CdV.

Las comorbilidades son frecuentes en los pacientes con EPOC y pueden dificultar el diagnóstico y el tratamiento. Un estudio realizado en Madrid informó que el 90% de los pacientes con EPOC tenían comorbilidades con una media de cuatro enfermedades por paciente<sup>51</sup>. Nuestro estudio muestra una proporción similar de pacientes (89.5%) que padecen comorbilidades, pero solo el 46.1% de los pacientes presenta otras tres o más enfermedades. No buscamos específicamente algunas de las enfermedades más frecuentes reportadas en ese estudio (insuficiencia cardíaca, enfermedad hepática crónica, arterioesclerosis generalizada, enfermedad tiroidea, obesidad, trastornos del metabolismo de los lípidos). Es posible que algunos de los tratamientos para las comorbilidades puedan tener un efecto beneficioso sobre la propia EPOC.

A pesar de las recomendaciones para la vacunación antigripal anual en pacientes con EPOC<sup>12, 26-28</sup>, la tasa de vacunación en estos pacientes es subóptima<sup>12, 28-33</sup>. La prevalencia de vacunación antigripal entre nuestros pacientes con EPOC (69%) en Cantabria fue similar a la comunicada previamente por Garrastazu *et al.* (62.7%)<sup>32</sup>. Esta baja aceptación de la vacunación contra la influenza probablemente esté relacionada con las actitudes culturales. El medicamento homeopático puede ser de particular interés para ayudar a reducir la incidencia de URTI durante el período de exposición a la influenza en pacientes vacunados y no vacunados.

Fue bien tolerado en los pacientes de nuestro estudio y la baja incidencia de eventos adversos fue similar a la informada anteriormente<sup>37</sup>.

## Conclusiones

Los resultados de este estudio observacional muestran el interés potencial de un medicamento homeopático para reducir el número y la duración de las URTI en pacientes con EPOC. Además, hubo una reducción significativa en el número de exacerbaciones en pacientes con el fenotipo de exacerbador frecuente. Este medicamento homeopático debe utilizarse como tratamiento complementario a la vacunación antigripal o antineumocócica durante el periodo de exposición a la gripe, concretamente en pacientes con EPOC para complementar la vacunación o en pacientes que no deseen vacunarse, a pesar de las recomendaciones. Se necesitan más estudios para confirmar los efectos observados en este estudio.

## Declaraciones

### 1. Aprobación ética y consentimiento para participar

El estudio se realizó respetando los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki, y de acuerdo con las Buenas Prácticas Clínicas y la normativa nacional española vigente (Orden SAS 3470/2009). El protocolo del estudio fue registrado como BOI-OSC-2015-01 y revisado por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla-Cantabria el 25 de julio de 2015. El estudio fue clasificado por la AEMPS como estudio postautorización, prospectivo y de seguimiento.

### 2. Información de los autores

JG y FO son especialistas en enfermedades respiratorias. SC, AV, JL y JG son miembros de la organización ACINAR (Asociación Cantabra de Investigación en Respiratorio). GD es médico especialista en Homeopatía.

### 3. Conflictos de interés

JL García-Rivero ha recibido honorarios por conferencias de Laboratorios Boiron. G. Díaz Sáez era el director médico de Laboratorios Boiron cuando se realizó el estudio y continuó colaborando en el estudio después de dejar este cargo. A. Viejo Casas ha recibido honorarios por ponencias de Laboratorios Boiron. Todos los autores de este estudio, excepto G. Díaz, recibieron honorarios por incluir pacientes.

### 4. Fondos

Este trabajo fue apoyado por los Laboratorios Boiron.

### 5. Contribuciones de los autores

Todos los autores participaron en el reclutamiento de pacientes, excepto GD. GD fue un importante contribuyente en el diseño y desarrollo del estudio. Todos los autores contribuyeron a escribir el manuscrito.

## Expresiones de gratitud

Los autores agradecen a *Newmed Publishing* por su ayuda en la redacción de este artículo. Los autores también agradecen a Miguel Santibáñez de ACINAR y CRO DYNAMIC por su participación en la puesta en marcha y desarrollo del estudio.

## REFERENCIAS

1. Thomashow BM, Walsh JW, Malanga EDF. The COPD Foundation: celebrating a decade of progress and looking ahead to a cure. *Chronic. Obstr. Pulm. Dis.* 2014; 1: 4-16. doi: 10.15326/jcopdf.1.1.2014.0122
2. GBD 2015 Chronic Respiratory Disease Collaborators Global, regional, and national deaths, prevalence, disability-adjusted life years, and years lived with disability for chronic obstructive pulmonary disease and asthma, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet Respir. Med.* 2017; 5: 691-706. doi: 10.1016/S2213-2600(17)30293-X
3. Raheison C, Girodet PO. Epidemiology of COPD. *Eur. Respir. Rev.* 2009; 18: 213-22. doi: 10.1183/09059180.00003609
4. Miravittles M, Murio C, Guerrero T, Gisbert R. Costs of chronic bronchitis and COPD: a 1-year follow-up study. *Chest.* 2003; 123: 784-791.

5. Soni A. Top Five Most Costly Conditions among Adults Age 18 and Older, 2012: Estimates for the U.S. Civilian Noninstitutionalized Population. Abr 2015. En: Statistical Brief (Medical Expenditure Panel Survey (US)) [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (Estados Unidos); 2001-. STATISTICAL BRIEF #471. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK447186/>
6. Diaz-Guzman E, Mannino DM. Epidemiology and prevalence of chronic obstructive pulmonary disease. *Clin. Chest Med.* 2014; 35: 7-16. doi: 10.1016/j.ccm.2013.10.002
7. Parasuramalu BG, Huiraj N, Prashanth Kumar SP, Gangabaraiah Ramesh Masthi NR, Srinivasa Babu CR. Prevalence of chronic obstructive pulmonary disease and its association with tobacco smoking and environmental tobacco smoke exposure among rural population. *Indian J. Publ. Health.* 2014; 58: 45-49. doi: 10.4103/0019-557X.128166
8. Salvi S. Tobacco smoking and environmental risk factors for chronic obstructive pulmonary disease. *Clin. Chest Med.* 2014; 35: 17-27. doi: 10.1016/j.ccm.2013.09.011
9. Ancochea J, Badiola C, Duran-Tauleria E, Garcia Rio F, Miravittles M, Muñoz L, Sobradillo V, Soriano JB. Estudio EPI-SCAN: resumen del protocolo de un estudio para estimar la prevalencia de EPOC en personas de 40 a 80 años en España. *Arch. Bronconeumol.* 2009; 45: 41-47. doi: 10.1016/j.arbres.2008.06.001
10. Ancochea J, Miravittles García-Río F, Muñoz L, Sánchez G, Sobradillo V, Duran-Tauleria E, Soriano JB. Infradiagnóstico de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica en mujeres: cuantificación del problema, determinantes y propuestas de acción. *Arch. Bronconeumol.* 2013; 49: 223-229. doi: 10.1016/j.arbres.2012.11.010
11. Miravittles M, Soler-Cataluña JJ, Calle M, Molina J, Almagro P, Quintano JA, Riesco JA, Trigueros JA, Piñera P, Simón A, Rodríguez-Hermosa JL, Marco E, López D, Coll R, Coll-Fernández R, Lobo MÁ, Díez J, Soriano JB, Ancochea J. Guía española de la EPOC (GesEPOC). Actualización 2014. *Arch. Bronconeumol.* 2014; 50(supl. 1): 1-16. doi: 10.1016/S0300-2896(14)70070-5
12. Cimen P, Unlu M, Kirakli C, Katgi N, Ucsular FD, Ayranci A, Guclu SZ. Should patients with COPD be vaccinated? *Respir. Care.* 2015; 60: 239-243. doi: 10.4187/respcare.03350
13. Santibáñez M, Garrastazu R, Ruiz-Núñez M, Helguera JM, Arenal S, Bonnardeux C, León C, García-Rivero JL. Predictors of hospitalized exacerbations and mortality in chronic Obstructive pulmonary disease. *PLoS One.* 2016; 11e0158727. doi: 10.1371/journal.pone.0158727
14. Burge S, Wedzicha J.A. COPD exacerbations: definitions and classifications. *Eur. Respir. J. Suppl.* 2003; 41: 46s-53s.
15. Donaldson GC, Seemungal TA, Patel I, Lloyd-Owen SJ, Wilkinson TM, Wedzicha JA. Longitudinal changes in the nature, severity and frequency of COPD exacerbations. *Eur. Respir. J.* 2003; 22: 931-936.
16. Dransfield MT, Kunisaki KM, Strand MJ, Anzueto A, Bhatt SP, Bowler RP, Criner GJ, Curtis JL, Hanania NA, Nath H, Putcha N, Roark SE, Wan ES, Washko GR, Wells JM, Wendt CH, Make BJ. COPD Gene Investigators Acute exacerbations and lung function loss in smokers with and without chronic obstructive pulmonary disease. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* 2017; 195: 324-330.
17. Leong P, Tran A, Rangaswamy J, Ruane LE, Fernando MW, MacDonald MI, Lau KK, Bardin PG. Expiratory central airway collapse in stable COPD and during exacerbations. *Respir. Res.* 2017; 18: 163. doi: 10.1186/s12931-017-0646-2
18. Agustí A, Calverley PM, Decramer M, Stockley MA, Wedzicha JA. Prevention of exacerbations in chronic obstructive pulmonary disease: knowns and unknowns. *J. COPD F.* 2014; 1: 166-184. doi: 10.15326/jcopdf.1.2.2014.0134
19. Wedzicha JA, Singh R, Mackay AJ. Acute COPD exacerbations. *Clin. Chest Med.* 2014; 35: 157-163. doi: 10.1016/j.ccm.2013.11.001
20. Pasquale MK, Sun SX, Song F, Hartnett HJ, Stemkowski SA. Impact of exacerbations on health care cost and resource utilization in chronic obstructive pulmonary disease patients with chronic bronchitis from a predominantly Medicare population. *Int. J. Chronic Obstr. Pulm. Dis.* 2012; 7: 757-764. doi: 10.2147/COPD.S36997.
21. Seemungal T, Harper-Owen R, Bhowmik A, Moric I, Sanderson G, Message S, Maccallum P, Meade TW, Jeffries DJ, Johnston SL, Wedzicha JA. Respiratory viruses, symptoms, and inflammatory markers in acute exacerbations and stable chronic obstructive pulmonary disease. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* 2001; 164: 1618-1623.
22. Stockley RA, O'Brien C, Pye A, Hill SL. Relationship of sputum color to nature and outpatient management of acute exacerbations of COPD. *Chest.* 2000; 117: 1638-1645.
23. Mackay AJ, Hurst JR. COPD exacerbations: causes, prevention, and treatment. *Med. Clin.* 2012; 96: 789-809. doi: 10.1016/j.mcna.2012.02.008
24. Papi A, Bellettato CM, Braccioni F, Romagnoli M, Casolari P, Caramori G, Fabbri LM, Johnston SL. Infections and airway inflammation in chronic obstructive pulmonary disease severe exacerbations. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* 2006; 173: 1114-1121. doi: 10.1164/rccm.200506-859OC
25. Mallia P, Message SD, Gielen V, Contoli M, Gray K, Keadze T, Aniscenko J, Laza-Stanca V, Edwards MR, Slater L, Papi A, Stanciu LA, Kon OM, Johnson M, Johnston SL. Experimental rhinovirus infection as a human model of chronic obstructive pulmonary disease exacerbation. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* 2011; 183: 734-742. doi: 10.1164/rccm.201006-0833OC

26. Vestbo J, Hurd SS, Agustí AG, Jones PW, Vogelmeier C, Anzueto A, Barnes PJ, Fabbri LM, Martinez FJ, Nishimura M, Stockley RA, Sin DD, Rodriguez-Roisin R. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: GOLD executive summary. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* 2013; 187: 347-365. doi: 10.1164/rccm.201204-0596PP
27. Global initiative for chronic obstructive lung disease. Pocket Guide to COPD Diagnosis, Management and Prevention. A Guide for Healthcare Professionals. GOLD updated, 2017. Disponible en: <http://goldcopd.org/wp-content/uploads/2016/12/wms-GOLD-2017-Pocket-Guide-1.pdf>
28. Aka Aktürk Ü, Görek Dilektaşlı A, Şengül A, Musaffa Salepçi B, Oktay N, Düger M, Arık Taşyikan H, Durmuş Koçak N. Influenza and pneumonia vaccination rates and factors affecting vaccination among patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Balkan Med. J.* 2017; 34: 206-211. doi: 10.4274/balkanmedj.2016.1028
29. Department of Health and Human Services Centers for Disease Control and Prevention. National Immunization Program Advisory Committee on Immunization Practices. Record of the Proceedings, Atlanta, GA29-30 June 2006 [Internet]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/vaccines/acip/meetings/downloads/min-archive/min-2006-06-508.pdf>
30. Chiatti C, Barbadoro P, Marigliano A, Ricciardi A, Di Stanislao F, Prospero E. Determinants of influenza vaccination among the adult and older Italian population with chronic obstructive pulmonary disease: a secondary analysis of the multipurpose ISTAT survey on health and health care use. *Hum. Vaccine.* 2011; 7: 1021-1025. doi: 10.4161/hv.7.10.16849
31. Ciblak MA. Grip Platformu. Influenza vaccination in Turkey: prevalence of risk groups, current vaccination status, factors influencing vaccine uptake and steps taken to increase vaccination rate. *Vaccine.* 2013; 31: 518-523. doi: 10.1016/j.vaccine.2012.11.022
32. Garrastazu R, García-Rivero JL, Ruiz M, Helguera JM, Arenal S, Bonnardeux C, León C, Llorca J, Santibañez M. Prevalencia de vacunación antigripal en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica e impacto en el riesgo de agudizaciones graves. *Arch. Bronconeumol.* 2016; 52: 88-95. doi: 10.1016/j.arbres.2015.09.001
33. Plans-Rubió P. Prevention and control of influenza in persons with chronic obstructive pulmonary disease. *Int. J. Chronic Obstr. Pulm. Dis.* 2007; 2: 41-53.
34. Ferley JP, Zmirou D, D'Adhemar D, Balducci F. A controlled evaluation of a homeopathic preparation in the treatment of influenza-like syndromes. *Br. J. Clin. Pharmacol.* 1989; 27: 329-335.
35. Papp R, Schuback G, Beck E, Burkard G, Bengel J, Lehri S, Belon P. Oscillococinum® in patients with influenza-like syndromes: a placebo-controlled, double-blind evaluation. *Br. Homeopath. J.* 1988; 87: 69-76.
36. Mathie RT, Frye J, Fisher P. Homeopathic Oscillococinum® for preventing and treating influenza and influenza-like illness. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2015; 1: CD001957. doi: 10.1002/14651858.CD001957.pub6
37. Beghi GM, Morselli-Labate AM. Does homeopathic medicine have a preventive effect on respiratory tract infections? A real life observational study. *Multidiscip Respir Med.* 2016; 11: 12. doi: 10.1186/s40248-016-0049-0
38. Miravittles M, Soler-Cataluña JJ. GOLD en 2017: una visión desde la Guía Española de la EPOC (GesEPOC). *Archivos de Bronconeumología.* Mar 2017; 53(3): 89-90. doi: 10.1016/j.arbres.2017.01.001
39. GesEPOC GdSD. Guía Española de la EPOC (GesEPOC). *Arch. Bronconeumol.* 2012; 48: 2-58.
40. Calle Rubio M, Casamor R, Miravittles M. Identification and distribution of COPD phenotypes in clinical practice according to Spanish COPD Guidelines: the FENEPOC study. *Int. J. Chronic Obstr. Pulm. Dis.* 2017; 12: 2373-2383. doi: 10.2147/COPD.S137872
41. Celli BR, Cote CG, Marin JM, Casanova C, Montes de Oca M, Mendez RA, Pinto Plata V, Cabral HJ. The body-mass index, airflow obstruction, dyspnea, and exercise capacity index in chronic obstructive pulmonary disease. *N. Engl. J. Med.* 2004; 350: 1005-1012.
42. Soler-Cataluña JJ, Martínez-García MA, Sánchez LS, Tordera MP, Sánchez PR. Severe exacerbations and BODE index: two independent risk factors for death in male COPD patients. *Respir. Med.* 2009; 103: 692-699. doi: 10.1016/j.rmed.2008.12.005
43. Bestall JC, Paul EA, Garrod R, Garnham R, Jones PW, Wedzicha JA. Usefulness of the Medical Research Council (MRC) dyspnoea scale as a measure of disability in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax.* 1999; 54: 581-586.
44. Jones PW, Brusselle G, Dal Negro RW, Ferrer M, Kardos P, Levy ML, Perez T, Soler Cataluña JJ, van der Molen T, Adamek L, Banik N. Properties of the COPD assessment test in a cross-sectional European study. *Eur. Respir. J.* 2011; 38: 29-35. doi: 10.1183/09031936.00177210
45. Jones PW, Harding G, Berry P, Wiklund I, Chen WH, Kline Leidy N. Development and first validation of the COPD assessment test. *Eur. Respir. J.* 2009; 34: 648-654. doi: 10.1183/09031936.00102509
46. Vickers A, Smith C. WITHDRAWN: homeopathic Oscillococinum® for preventing and treating influenza and influenza-like syndromes. *Cochrane Syst. Rev.* 2009: CD001957. doi: 10.1002/14651858.CD001957.pub4
47. Viejo Bañuelos JL. Virus respiratorios como causa de agudización de la EPOC. *Arch. Bronconeumol.* Dic 2004; 40(S6): 3-8.

48. Hurst JR, Vestbo J, Anzueto A, Locantore N, Müllerova H, Tal-Singer R, Miller B, Lomas DA, Agusti A, Macnee W, Calverley P, Rennard S, Wouters EF, Wedzicha JA, Evaluation of COPD longitudinally to identify predictive surrogate endpoints (ECLIPSE) investigators. Susceptibility to exacerbation in chronic obstructive pulmonary disease. *N. Engl. J. Med.* Sep 2010; 363: 1128-1138. doi: 10.1056/NEJMoa0909883
49. Díaz Saez G, Díaz Díez C, Sanchez Perez M, Luis Hortal Muñoz L, Domínguez Agüero MN, Verdú Sotomayor P, García Gómez O, Sacristán Rubio A, Santamaría de la Rica F. [Poster 212/542]. Revisión de estudios de efectividad de la homeopatía en problemas respiratorios. *Semergen.* 2016; 42: 1.
50. Grimaldi-Bensouda L, Bégaud B, Rossignol M, Avouac B, Lert F, Rouillon F, Bénichou J, Massol J, Duru G, Magnier AM, Abenhaim L, Guillemot D. Management of upper respiratory tract infections by different medical practices, including homeopathy, and consumption of antibiotics in primary care: the EPI3 cohort study in France 2007-2008. *PLoS One.* 2014; 9e89990. doi: 10.1371/journal.pone.0089990
51. García-Olmos L, Alberquilla A, Ayala V, García-Sagredo P, Morales L, Carmona M, de Tena-Dávila MJ, Pascual M, Muñoz, Salvador CH, Monteagudo JL. Comorbidity in patients with chronic obstructive pulmonary disease in family practice: a cross sectional study. *BMC Fam. Pract.* 2013; 14: 11. doi: 10.1186/1471-2296-14-11



## Artículo de revisión

# Epidemiología Clínica Homeopática: Premisas y Principios para la Elaboración de Investigación Clínica en Homeopatía

Marcus Zulian Teixeira\*

## Resumen

La epidemiología clínica se ocupa de la práctica clínica a través del estudio de la variación y de los determinantes de la evolución de las enfermedades, siendo indispensables sus conocimientos para el correcto diseño, planificación y ejecución de los diversos tipos de estudios clínicos. Entre los supuestos homeopáticos, la individualización del tratamiento es una condición indispensable para alcanzar la eficacia y la efectividad de la terapia, necesitando un período mayor de acompañamiento para que los ajustes de la similitud terapéutica globalizante sean alcanzados. La epidemiología clínica homeopática asocia las premisas y principios de la epidemiología clínica a los de la episteme homeopática, con el fin de incrementar la calidad metodológica de la investigación clínica sin violar la racionalidad homeopática. En esta revisión, abordamos las premisas y los principios de la epidemiología clínica (homeopática), destacando los aspectos fundamentales para la elaboración de estudios epidemiológicos en Homeopatía para los distintos tipos de enfermedades, incluidas las epidemias.

### PALABRAS CLAVE:

Homeopatía, Epidemiología, Epidemiología clínica, Investigación clínica, Estudios clínicos, Estudios observacionales, Estudios

## Abstract

*Clinical epidemiology deals with clinical practice through the study of variation and the determinants of the evolution of diseases, its knowledge being indispensable for the correct design, planning and execution of the different types of clinical studies. Among the homeopathic assumptions, the individualization of treatment is an indispensable condition to reach the efficacy and effectiveness of the therapy, requiring a longer period of follow-up so that the adjustments of the globalizing therapeutic similarity are achieved. Homeopathic clinical epidemiology associates the premises and principles of clinical epidemiology with those of homeopathic episteme, with the aim of increasing the methodological quality of clinical research without disrespecting homeopathic rationality. In this review, we discuss the premises and principles of (homeopathic) clinical epidemiology, highlighting the fundamental aspects for the elaboration of epidemiological studies in homeopathy for the different types of diseases, including epidemics.*

### KEYWORDS:

Homeopathy, Epidemiology, Clinical epidemiology, Clinical research, Clinical studies, Observational studies, Experimental studies.

\*Médico Homeópata; Doctor en Ciencias Médicas Posdoctorado e Investigador de la Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo (FMUSP); Coordinador Científico del Departamento Científico de Homeopatía de la Asociación Paulista de Medicina (APM).

**Correo:** marcus@homeozulian.med.br

**Sitio:** <http://www.homeozulian.med.br>

Publicado originalmente en la *Revista de Homeopatía*. **Referencia:** Teixeira MZ. Epidemiología Clínica Homeopática: premisas e principios para a elaboração da pesquisa clínica em Homeopatía. *Revista de Homeopatía*. 2022; 83(3-4): 4-24. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1402361>.

**Traducción:** Juan Fernando González G.

# 1. Introducción

Si un hombre comienza con certeza, debería terminar con dudas. Pero si se complace en comenzar con dudas, debe terminar en certeza.

Francis Bacon, *The Advancement of Learning*, 1605.

Cuando hablamos de ciencia o verdad científica, algunas determinantes deben destacarse:

- La ciencia busca la verdad (certeza), o sea, aquello que está de acuerdo con la realidad de los hechos o los fenómenos.
- La verdad científica es dinámica y no absoluta (carácter transitorio), pues cada día surgen nueva información y formas para abordar un mismo problema.
- La búsqueda de la verdad implica la aplicación rigurosa del método científico que, partiendo de una hipótesis (pregunta) y la prueba en un experimento, finalmente la acepta o la rechaza.
- Por lo tanto, el método científico existe para responder preguntas sobre las diversas dudas (incertidumbres) y buscar una aproximación de la realidad de los hechos o fenómenos.
- Al probar una hipótesis utilizando el método científico, se intenta controlar todas las posibles fuentes de errores sistemáticos y aleatorios del estudio, para que, al final, sus resultados y conclusiones puedan considerarse válidos, reproducibles y seguros.
- De esta manera, podemos hablar de aproximación de verdad, ya que la verdad absoluta es una abstracción.

Por lo tanto, la verdad científica puede definirse como el resultado de una observación empírica, controlados los errores sistemáticos y aleatorios del estudio:

**verdad científica = observación - errores sistemáticos y aleatorios**

Como decía William Osler (1849-1919), médico y profesor de medicina, devoto de la medicina humanística y fundador de la Facultad de Medicina y Hospital Johns Hopkins: “¿Quién puede hablar de las incertidumbres de la medicina como arte? La práctica de la medicina es arte basado en la ciencia. La medicina es una ciencia de la incertidumbre y un arte de probabilidad” (*Aphorisms from his bedside teachings and writings*, Epitomes, 1950).

Al igual que otras especialidades médicas, la Homeopatía necesita buscar la verdad científica sobre su método de tratamiento, respondiendo a las dudas que se ciernen sobre su actividad terapéutica mediante la aplicación rigurosa del método científico, desarrollando la investigación en las áreas clínica y básica de la biomedicina. Mientras que la investigación básica pretende fundamentar científicamente los supuestos homeopáticos, tratando de dar respuesta a las incertidumbres sobre la plausibilidad biológica del medicamento homeopático, la investigación clínica tiene como objetivo fundamentar científicamente la práctica clínica homeopática, buscando responder las incertidumbres sobre la plausibilidad clínica del tratamiento homeopático.

Aunque ya existe un conjunto de investigaciones y pruebas científicas que respaldan la práctica clínica y los supuestos homeopáticos<sup>1,2</sup>, se deben elaborar y sugerir continuamente nuevas informaciones, enfoques y formas de aplicar la propuesta homeopática para el tratamiento de enfermedades con el fin de mejorar su eficacia y efectividad frente a los diversos trastornos de salud.

La epidemiología es una rama de la medicina que estudia los diferentes factores que intervienen en la difusión y propagación de las enfermedades, su frecuencia, su modo de distribución, su evolución y la colocación de medios necesarios para su prevención, es decir, estudia las peculiaridades de las enfermedades o condiciones relacionadas con la salud en poblaciones específicas. Por su parte, la epidemiología clínica se ocupa de la práctica clínica a través del estudio de la variación y de los determinantes de la evolución de las enfermedades, siendo indispensables sus conocimientos para el correcto delineamiento (diseño y planificación) de estudios e investigaciones clínicas.

A principios de 2020, con la llegada de la covid-19, atendiendo a la solicitud de colegas para orientar en la elaboración de estudios clínicos homeopáticos en el enfrentamiento de la epidemia, presentamos dos *lives* (*webinars*) sobre el tema en el canal de la Asociación Médica Homeopática Brasileña (AMHB) en la red social YouTube (*Lives AMHB #HomeopatiaEmAção#*)<sup>3, 4</sup>, disponibles posteriormente en la Biblioteca Virtual en Salud (BVS)<sup>5, 6</sup>, en la que abordamos los siguientes temas:

- Epidemiología Clínica Homeopática en la covid-19: premisas para la elaboración de estudios epidemiológicos (parte 1)<sup>3, 5</sup>.
- Epidemiología Clínica Homeopática en la covid-19: premisas para la elaboración de estu-

dios epidemiológicos sobre epidemias (parte 2)<sup>4, 6</sup>.

Sobre la base de dichas presentaciones<sup>3, 6</sup> la actual revisión aborda las premisas y los principios de la epidemiología clínica (homeopática), destacando los aspectos fundamentales para la elaboración de la investigación clínica en Homeopatía para los diversos tipos de enfermedades (crónicas, agudas y epidémicas). Dicho material aporta una síntesis sobre el asunto, con el fin de estimular a los interesados a la profundización del estudio en las obras de referencia<sup>7-11</sup>.

## 2. Epidemiología clínica. Premisas y principios para la elaboración de estudios epidemiológicos

### 2.1. Histórico

Al inicio de la práctica médica, la experiencia personal guio al médico en sus decisiones. Con el tiempo, se observó que gran parte de estas predicciones y conclusiones personales no se sostenían, haciendo inviable el tradicional “**como yo lo hago**”, empleado hasta hoy por muchos colegas para justificar sus conductas, por más inverosímiles que sean. Por otro lado, aunque han surgido varias hipótesis fisiopatológicas para justificar la causa de las enfermedades y su tratamiento, a menudo fueron denegadas tras la realización de ensayos clínicos controlados. Por lo tanto, se ha creado la necesidad de definir métodos más rigurosos de evaluación de las evidencias científicas, para fundamentar e instrumentalizar al médico en su actividad diaria. Con este fin surge la epidemiología clínica, reuniendo los conceptos de la epidemiología y medicina clínica con el objetivo de ayudar al médico en la solución de dudas (incertidumbres) diagnósticas, terapéuticas y pronósticos que se presentan en la práctica clínica.

A través del conocimiento de la metodología de los estudios clínicos realizados y de su análisis crítico, el médico puede decidir sobre la validez (certeza) de resultados y su aplicabilidad en la actuación clínica diaria, siendo estos algunos de los objetivos de esta “ciencia básica para el clínico”.

### 2.2. Definición

Epidemiología clínica es una ciencia básica que hace predicciones sobre pacientes individuales contando eventos clínicos en pacientes similares y utilizando métodos científicos sólidos, en estudios de grupos de

pacientes, para asegurar que las predicciones sean correctas.

Como hemos dicho, la epidemiología clínica deriva de las dos disciplinas madres, medicina clínica y epidemiología: es “clínica”, porque busca responder a cuestiones clínicas y guiar las decisiones clínicas basadas en la mejor evidencia disponible; es “epidemiología”, porque muchos de los métodos utilizados para responder a estas preguntas han sido desarrollados por los epidemiólogos y porque el cuidado de los pacientes individuales se ve en el contexto de la población a la cual pertenezca el paciente. Empezaron juntas, en el último siglo se han separado y están volviendo a interrelacionarse.

### 2.3. Objetivo

Desarrollar y aplicar métodos de observación clínica que permitan predicciones seguras y lleven a conclusiones válidas, evitando que el médico sea engañado por errores sistemáticos (sesgos) o errores aleatorios (por azar) ayudándole a perfeccionar la práctica clínica.

Representa un enfoque importante para obtener el tipo de respuesta que los clínicos necesitan para tomar decisiones correctas en el cuidado de sus pacientes, ya que ningún médico tendrá suficiente experiencia para reconocer todas las relaciones sutiles y de larga duración que interactúan entre sí en la caracterización de la mayoría de las enfermedades.

Por lo tanto, **en la elaboración de estudios clínicos, en cualquier área de la medicina, incluyendo la Homeopatía, las premisas y los principios de la epidemiología clínica deben ser seguidos y respetados**, a fin de que los resultados proporcionen informaciones seguras y válidas, acercándose a la verdad científica.

### 2.4. Premisas de la epidemiología clínica

- Empleo de probabilidades, pues situaciones clínicas que involucran diagnóstico, pronóstico y tratamiento son inciertas y necesitan de una estimación numérica que traduzca cada situación.
- La mejor estimación para un paciente individual se basa en la experiencia previa con grupos similares de pacientes.
- Las observaciones clínicas pueden verse afectadas por errores sistemáticos (sesgos) que pueden conducir a conclusiones engañosas, debido a las habilidades y los sesgos de los pacientes y de los clínicos.
- Las observaciones clínicas también están in-

fluenciadas por el azar (variación aleatoria).

- Para evitar ser engañados, los clínicos deben orientar su práctica en observaciones fundamentadas en principios científicos sólidos que incluyan el control de sesgos y la estimación del papel del azar sobre los resultados.

## 2.5. Principios de la epidemiología clínica

- Población y muestra.
- Probabilidad, riesgo y estadística.
- Medidas de efecto clínico (riesgos).
- Medida de precisión (intervalo de confianza, IC).
- Fiabilidad y precisión de los resultados.
- Error sistemático o sesgo.
- Error aleatorio o azar.
- Validez interna y externa.
- Significados clínicos y estadísticos.
- Tamaño de la muestra (NNT).
- Resultados clínicos.

### 2.5.1. Población y muestra

Población es un grupo de individuos que viven en un contexto determinado o tiene una característica común. Al estudiar una población, muchas veces no podemos obtener datos de su totalidad y, por lo tanto, recurrimos a muestras (subconjuntos) de la población. La muestra se puede obtener por conveniencia o al azar. La muestra al azar, por realizarse aleatoriamente y no depender de los criterios de investigador, es representativa de la población y evita el sesgo de selección. La muestra de conveniencia, ya que sus criterios de selección no están fundados, es sospechosa de sesgo en la selección.

### 2.5.2. Probabilidad, riesgo y estadística

Por la dificultad para predecir un evento o desenlace clínico (incertidumbre), la epidemiología clínica utiliza probabilidades para expresar su manifestación (medida de eventos/resultados). En la actividad clínica diaria, tratamos con probabilidades todo el tiempo. Ya sea al estimar el riesgo de que un paciente desarrolle una enfermedad, en función de los factores de riesgo, o analizar los resultados de una intervención o prueba diagnóstica ante los datos clínicos del paciente. Las estimaciones probabilísticas se basan en estudios prospectivos y es la mejor inferencia disponible para establecer pronósticos en la clínica.

En la investigación clínica, el evento de interés puede ser visto como una respuesta binaria: éxito o fracaso. Sobre esta base podemos derivar tasas de riesgo del evento y medidas de precisión de esas tasas. Se conceptualiza riesgo como “la probabilidad de que un individuo desarrolle un cambio en su pa-

trón de salud (enfermedad), a lo largo de un determinado período de tiempo”.

La estadística, “matemática de las incertidumbres”, es una disciplina que recopila, clasifica y analiza datos numéricos de manera sistemática. A través de procedimientos inductivos, generaliza los resultados de una muestra para la población de estudio. Hay dos tipos de procedimientos estadísticos inductivos: estimación de parámetros a través de la descripción de los datos y su precisión (media y desviación estándar; tasa de eventos e IC) y pruebas de hipótesis o significación estadística (qui-cuadrado y *t-student*).

En la investigación clínica, los objetivos estadísticos son: descripción de los datos, estimación de parámetros, exploración de asociaciones entre las variables, comparación de grupos y, finalmente, la aplicación de modelos de regresión. Probabilidad y riesgo, así como su aplicación práctica, son medidas de eventos o resultados que ayudan a la interpretación estadística de los resultados de los estudios clínicos. Como decía Frank Hyneman Knight (1885-1972), economista y fundador de la Escuela de Chicago: “Si usted desconoce lo que va a ocurrir, pero está consciente de las probabilidades, eso es riesgo; si usted desconoce hasta las probabilidades, eso es incertidumbre”.

### 2.5.3. Medidas de efecto clínico (riesgos)

Medir eventos es la actividad cotidiana del investigador clínico. Los resultados de una investigación clínica se expresan en número de eventos y tasas, donde el denominador representa el número de personas en riesgo (todo el grupo) y el numerador representa el número de eventos ocurridos en el grupo. A partir de estos números, podemos derivar cinco importantes medidas de efecto clínico: Riesgo Relativo (RR), Reducción Absoluta del Riesgo (RAR), Reducción Relativa del Riesgo (RRR), Número Necesario para Tratar (NNT) y Relación de Probabilidades (*Odds Ratio* u *OR*).

### 2.5.4. Medida de precisión (intervalo de confianza, IC)

La precisión estadística de una estimación puntual es expresada por el intervalo de confianza (IC), por lo general el intervalo de confianza del 95% (IC 95%) en alrededor de la estimación. Su interpretación es la siguiente: en un estudio libre de sesgos, existe una probabilidad del 95% de que el intervalo incluya el verdadero efecto clínico de la intervención investigada.

El IC el 95% significa que el resultado estará dentro de este rango en 95 de 100 estudios hipotéticamente realizados. Los cinco estudios excluidos

representan valores extremos (límites inferior y superior) ocurridos probablemente por casualidad ( $P < 0.05$ ). Por tanto, se excluyen de un rango que desea estimar donde está la certeza.

Cuanto más estrecho sea este intervalo, mayor será la probabilidad (oportunidad) de que ésa sea la verdadera magnitud del efecto. Por otra parte, intervalos muy amplios nos dan menos seguridad en la estimación del efecto clínico de la intervención. La precisión estadística aumenta con el poder estadístico del estudio, que, por su turno, depende del tamaño de la muestra.

### 2.5.5. Fiabilidad (precisión) y precisión (exactitud) de los resultados

Fiabilidad o precisión es el grado en que las medidas de un fenómeno estable son reproducibles, es decir, alcanzan resultados similares al ser repetidas. Una prueba de diagnóstico o intervención terapéutica dada es confiable o confiable cuando sus resultados se reproducen consistentemente en diferentes momentos y lugares.

Precisión o exactitud es el grado en que los resultados de la medición corresponden al estado real de los fenómenos que se están midiendo. La agudeza de una medida o práctica se mide por el número de verdadero-positivos y verdadero-negativos con respecto a todos los individuos sometidos. Pocos falsos positivos y falsos negativos reflejan una alta precisión. Alta precisión refleja pequeños errores sistemáticos y aleatorios.

### 2.5.6. Error sistemático o sesgo

En el sentido común, sesgo o vicio es una distorsión del juicio del observador. Se manifiesta como una inclinación irracional a atribuir un juicio más favorable o desfavorable a algo, persona o grupo. El sesgo puede ser consecuencia de la participación del observador con el objeto de su observación o con prejuicios.

En epidemiología clínica, error sistemático o sesgo se define como cualquier proceso, en cualquier etapa de la inferencia, que tiende a producir resultados y conclusiones que se desvían sistemáticamente de los valores verdaderos (valores que se alejan de la realidad). Su efecto distorsiona la estimación de una variable, por ejemplo, aumentando la media de una variable o disminuyendo la prevalencia de una característica (generando la “incertidumbre” de los resultados).

El potencial de sesgo no significa que esté siempre presente en el estudio. Tanto para el inves-

tigador en cuanto al evaluador, la cuestión del sesgo demanda que, ante todo, se sepa dónde y cuándo buscar, y qué hacer para evitarlo. También es importante determinar la magnitud del sesgo y si es lo suficientemente grande como para modificar las conclusiones del estudio y su aplicación en la clínica. La carga de la prueba de que el sesgo existe o no, y se influyó o no de manera decisiva los resultados, es siempre del investigador.

Por eso, el investigador debe prevenirse de todos los potenciales sesgos, tanto en la fase de planificación, como en las fases de recolección de los datos y análisis del estudio, con el fin de garantizar la validez interna del estudio. Básicamente, tenemos tres grupos de sesgos: sesgo de selección, sesgo de medición y sesgo de confusión.

El sesgo de selección se produce cuando la muestra del estudio no es representativa de la población y resulta de la forma en que se seleccionó a los individuos para el estudio. El sesgo de selección se puede evitar al inferir el azar en la selección de los pacientes: en un ensayo clínico, la asignación de los pacientes para cada grupo (activo y placebo) debe ser al azar, proceso que llamamos aleatorización. Esto garantiza la misma oportunidad, a cada paciente individual, de ser asignado a uno u otro grupo. Por lo tanto, el investigador no interfiere en el proceso, eliminando el sesgo de selección.

El sesgo de medición, evaluación o información ocurre cuando los métodos de medición de los eventos (resultados) difieren entre los grupos. Como causas del sesgo de medición, tenemos: influencia del examinador (o del examinado) en la recolección de los datos; imprecisión en la definición del evento y la elección de sus indicadores; baja validez del instrumento de recolección; etcétera. Para evitar el sesgo de medición, tenemos algunas estrategias: doble ciego de los participantes del estudio (examinador y examinado); selección correcta del evento (desenlace) y sus indicadores; elección de instrumento de recolección válida.

El sesgo de confusión se produce cuando no haya comparabilidad entre los grupos estudiados. Esto ocurre cuando las variables que producen los resultados clínicos están distribuidas desigualmente entre los grupos. Dos factores están asociados (“viajan juntos”) y el efecto de uno de ellos es confundido o distorsionado por el efecto del otro. Varios factores pueden causar el sesgo de confusión, cuando su influencia no es valorada y minimizada en el diseño del estudio: estacionalidad, relación médico-paciente,

efecto consulta, efecto placebo, efecto Hawthorne, etcétera.

Entre los sesgos de confusión, el efecto placebo es el más significativo, siendo responsable de efectos terapéuticos no específicos, en promedio, del orden de 20-30% en diversas condiciones clínicas, como atestiguan diversos metanálisis de ensayos clínicos aleatorios, doble ciego y placebo controlados (ECR)<sup>12, 13</sup>. Ver tabla 1.

El ensayo clínico aleatorizado, doble ciego y placebo controlado (ECR) se considera la regla de oro entre los diversos diseños de estudios epidemiológicos, toda vez que permite evitar (o minimizar al máximo) los sesgos y las incertidumbres de los resultados.

### 2.5.7. Error aleatorio o azar

Observaciones sobre una muestra de pacientes, incluso sin estar viciada, puede ser una representación errónea de la situación real de la población, simplemente por el azar. Sin embargo, si las observaciones se repiten en muchas muestras similares, los resultados mostrarán una variación alrededor del valor real.

El error aleatorio se debe exclusivamente al azar y puede estimarse mediante pruebas estadísticas. Diferente del error sistemático, que desvía los valores a una u otra dirección, el error aleatorio varía de forma uniforme alrededor del valor real, pero sin modificarlo. La divergencia entre una observación hecha en muestra y otra hecha en la población, debido solo al azar, se llama variación aleatoria o aleatoria.

Las estadísticas ayudan a estimar y reducir la probabilidad de que el azar (variación aleatoria) sea responsable por los resultados clínicos, por permitir mejor delineamiento y análisis del estudio. Sin embargo, la variación aleatoria no se puede eliminar por completo, y el azar siempre debe ser considerado en la evaluación de resultados de observaciones clínicas.

El azar afecta a todos los pasos involucrados en las observaciones clínicas y variaciones aleatorias pueden ocurrir en el muestreo de pacientes para el estudio, en la selección de los grupos de tratamiento y medición de grupos. Por lo tanto, hay una clara necesidad de cuantificar en qué grado la variación aleatoria puede ser responsable de los resultados de un estudio.

Enfermedad	Efecto placebo	Ensayos clínicos aleatorizados (ECRs)	Referencia
Colitis ulcerosa	26,7%	38 ECR	Illyckyj <i>et al.</i> , 1997
Asma	6,0%	33 ECR (1243 pacientes)	Joyce <i>et al.</i> , 2000
Depresión mayor	29,7%	75 ECR	Walsh <i>et al.</i> , 2002
Enfermedad de Crohn	19,0%	32 ECR (1047 pacientes)	Sue <i>et al.</i> , 2004
Síndrome del intestino irritable	40,0%	45 ECR (3193 pacientes)	Patel <i>et al.</i> , 2005
Síndrome de fatiga crónica	19,6%	29 ECR (1016 pacientes)	Cho <i>et al.</i> , 2005
Trastorno bipolar	31,2%	20 ECR	Sysko y Walsh, 2007
Migraña	21,0%	32 ECR	Macedo <i>et al.</i> , 2008
Cáncer	□ dolor, □ apetito, □ peso, □ actividad, □ tumor	37 ECR (1237 pacientes)	Chvetzoff y Tannock, 2003

Tabla 1. Efecto placebo. Metaanálisis específicos de ensayos aleatorizados y controlados.

Esto se realiza mediante pruebas de significación estadística (qui-cuadrado y *t-student*, por ejemplo). En general, el resultado de estas pruebas estadísticas se comunicará en términos de valor de P, que indica la probabilidad de que un efecto determinado pueda haber ocurrido sólo por casualidad, lo que implica que no existe relación entre exposición y enfermedad. Por lo tanto,  $P < 0.05$  (IC 95%) significa que hay menos de 5% de probabilidad de observar un resultado tan extremo solo por casualidad, concluyendo que la asociación entre exposición y enfermedad es estadísticamente significativa. La significación estadística también está relacionada con el tamaño de la muestra. En estudios con grandes muestras, las pruebas estadísticas detectan pequeñas diferencias.

### 2.5.8. Relación inversa entre exactitud/sesgo y confiabilidad/azar

Las dos fuentes principales de errores —sesgo y azar— no son mutuamente excluyentes. La mayoría de las veces ambas están presentes y su distinción ayuda en el manejo y análisis de las mismas. El sesgo, en teoría, puede ser prevenido por el diseño y la conducción adecuada del estudio (aleatorización, grupo control y cegamiento) o corregido mediante un análisis adecuado de los datos. A diferencia de los sesgos identificados, ningún tratamiento estadístico puede corregir sesgos desconocidos en los datos. El azar, a su vez, no puede ser eliminado, pero su influencia puede ser minimizada por el diseño adecuado del estudio (aleatorización y tamaño de la muestra) y el error restante puede ser estimado por la estadística.

De esta manera, estos errores se pueden minimizar si la investigación clínica se planifica y lleva a cabo manera apropiada (minimizando los errores sistemáticos o sesgos y aumentando exactitud o exactitud) y sometida a un análisis estadístico adecuado de datos (minimizando los errores aleatorios o aleatorios y aumentando la confiabilidad o precisión).

### 2.5.9. Validez interna y externa

Cuando hacemos inferencias a una población, a partir de observaciones en una muestra, surgen dos preguntas fundamentales: ¿Las conclusiones de la investigación son correctas para las personas de la muestra? En caso afirmativo, ¿la muestra representa satisfactoriamente población de interés? La validez define hasta qué punto los resultados de un estudio son correctos en determinado contexto (método y población).

La validez interna se aplica a los resultados de un estudio realizado en condiciones ideales (método y población) y no en otros contextos. La validez interna está determinada por la calidad de la planifi-

cación y de la realización del estudio, amenazada por todos los sesgos y al azar. Para que una observación clínica sea de utilidad, la validez interna es condición necesaria, pero no suficiente. Un estudio indiscutible, con alta validez interna, puede ser totalmente engañoso si los resultados son generalizados a los pacientes equivocados (sesgo de muestreo).

La validez externa se refiere al grado de aplicabilidad o generalización de los resultados de un estudio (validez interna), en particular para otros contextos (condiciones rutinarias o de vida real). Difícilmente la capacidad de generalización puede evaluarse satisfactoriamente en un solo estudio y estudios multicéntricos pueden mejorar esa estimación.

La validez interna se refiere a la eficacia de una medida o intervención determinada, mientras que la validez externa se refiere a la efectividad.

### 2.5.10. Importancia clínica y estadística

Las significaciones clínica y estadística no son equivalentes. Se sabe que las diferencias de efecto clínico entre dos intervenciones pueden ser grandes y no ser detectadas en el análisis estadístico si la muestra es pequeña. En cambio, en muestras grandes, las diferencias de efecto, incluso si son muy pequeñas, pueden producir resultados significativos.

Siendo así, la significación clínica que la intervención produce en el pronóstico del paciente es más importante que la significación estadística (P), ya que es independiente de la muestra. De esta manera, la significación clínica se evalúa por el impacto que los resultados del estudio producen en la evolución clínica.

### 2.5.11. Tamaño de la muestra (NNT)

En la planificación de un ensayo clínico, el cálculo del tamaño de la muestra o número necesario para tratar (NNT) es imprescindible, pues de él depende su validez interna. Para ello, se requieren niveles adecuados de significación y potencia estadística que puedan detectar diferencias clínicamente relevantes entre los grupos.

Ensayos clínicos con muestras pequeñas presentan bajo poder estadístico en detectar diferencias (efectos) pequeñas a moderadas (10 a 20%) entre dos intervenciones. Efectos superiores al 50% requieren muestras con miles de individuos.

El NNT se calcula de acuerdo con tres factores: error alfa, error beta y diferencia clínicamente significativa (programas estadísticos).

### 2.5.12. Resultados clínicos

Resultados clínicos (*outcomes* o *end-points*) son eventos considerados importantes y objetos de la hipótesis del estudio. Están predefinidos en el protocolo, recogidos y verificados en el transcurso del estudio, o a su término.

La elección correcta de los resultados clínicos (para cada tipo de estudio) es fundamental para evaluar la importancia clínica de la medida o intervención (a menudo la elección de un resultado impropio hace inviable el estudio).

El sesgo de medición de los resultados clínicos debe evitarse cegando a los interesados, mediante métodos o instrumentos de medida adecuados y aplicación correcta y uniforme en los grupos.

## 3. Tipos de estudios epidemiológicos

### 3.1. Etapas del razonamiento epidemiológico

Una hipótesis con respecto a una posible asociación entre un factor determinado (exposición) y la ocurrencia de un evento (desenlace) puede surgir a partir de la observación clínica, investigación de laboratorio o especulaciones teóricas. La prueba de esta hipótesis debe realizarse mediante estudios epidemiológicos que incluyan grupos de comparación.

Con ese fin, el estudio debe ser efectuado mediante la recolección sistemática de datos y el análisis correspondiente, con el objetivo de determinar la existencia o no de la asociación entre la exposición (causa) y el resultado (efecto) de interés.

A continuación, es necesario evaluar la validez de las posibles asociaciones estadísticas observadas, excluyendo el azar (error aleatorio), los errores sistemáticos (sesgos) en la recopilación o interpretación de los datos y el efecto de otras variables que pueden ser responsables de asociación observada (factores de confusión). Finalmente, el juicio se centra en la existencia de una asociación de causa y efecto, teniendo en cuenta los criterios de evaluación de la asociación causal, entre ellos: fuerza de la asociación, consistencia de los resultados obtenidos, efecto dosis-respuesta y plausibilidad biológica, entre otros.

### 3.2. Tipos de estudios epidemiológicos

Los estudios epidemiológicos pueden dividirse en dos grandes grupos: estudios observacionales y estudios experimentales. Entre los estudios observacionales, tenemos los descriptivos (relato de caso o serie de casos) y los analíticos (transversal, caso-control, cohorte y ecológico). Entre los experimentales, tenemos el ensayo clínico aleatorizado y controlado (ECR), ensayo clínico aleatorizado y controlado con grupos (clústeres), el ensayo de campo y el ensayo comunitario. Ver tabla 2.

Los estudios epidemiológicos están jerarquizados de acuerdo con el nivel de evidencia que presentan, como consecuencia de la calidad de los estudios y de la fiabilidad de los resultados, según diversas calificaciones. Ver tabla 3.

### 3.3. Estudios observacionales descriptivos (informe caso o serie de casos)

En el informe de caso, tenemos la descripción detallada de uno o algunos casos clínicos, generalmente de un acontecimiento clínico raro o una nueva intervención. La serie de casos es un estudio con mayor número de participantes (más de 10) y puede ser retrospectivo o prospectivo.

Tipo de estudio	Nombre alternativo	Unidad de estudio
<b>Estudios de observación</b>		
Estudios observacionales descriptivos	Relato de caso o serie de casos	
Estudios observacionales analíticos		
Estudio transversal o de corte	Prevalencia	Individuo
Estudio de caso-control	Caso-referencia	Individuo
Estudio de cohorte	Longitudinal (seguimiento)	Individuo
Estudio ecológico	Correlación	Población (conjunto)
<b>Estudios experimentales</b>		
<b>Estudios de intervención</b>		
Ensayo clínico aleatorizado y controlado (ECR)	Ensayos clínicos	Pacientes
Ensayo clínico aleatorizado y controlado con grupos (clústeres)		Grupos
Ensayo de campo		
Pruebas comunitarias	Estudios de intervención en la comunidad	Individuos sanos en la comunidad

Tabla 2. Tipos de estudios epidemiológicos.



Nivel de evidencia	Tipo y calidad del estudio
1A	Revisión sistemática Metaanálisis de ECRs
1B	ECRs individual con IC 95% estrecho
2A	Revisión sistemática de los estudios de cohorte
2B	Estudios de cohorte bien realizados ECR de baja calidad
2C	Outcomes research Estudios ecológicos
3A	Revisión sistemática de estudios de caso-control
3B	Estudios de caso-control bien llevados a cabo
4	Serie de casos Estudios de cohorte y de caso-control de baja calidad
5	Opinión de expertos

**Tabla 3.** Nivel de evidencia de los estudios epidemiológicos según la clasificación de *Oxford Centre for Evidence-Based Medicine*.

Son especialmente útiles en la explotación inicial de nuevos eventos (enfermedades y síntomas emergentes, resultados de nuevas terapias y efectos secundarios) y la formulación inicial de nuevas hipótesis etiológicas, centrándose en grupos específicos de la población o aspectos no estudiados en investigaciones cuantitativas que necesiten más información.

**Ventajas:** primer enfoque de fácil ejecución; bajo costo; enfoque cualitativo, descriptivo y exploratorio; colabora con el delineamiento minucioso de casos clínicos.

**Desventajas:** poseen limitaciones importantes, pudiendo llevar a conclusiones equivocadas, en vista de estudiar individuos seleccionados con ausencia de cegamiento y grupo control (todos los sesgos), presentando resultados y conclusiones que se aplican solamente a aquella muestra (validez interna) y no pueden ser generalizados.

Existen protocolos para la elaboración y publicación de estudios observacionales descriptivos (relato de caso o serie de casos)<sup>14</sup>, que deben seguirse en el diseño de los mismos.

### 3.4. Estudios analíticos de observación (transversal, caso-control y cohorte)

Todos los estudios observacionales analíticos presentan, comúnmente, el sesgo de prevalencia-incidencia (*Neyman's bias*) es decir, la exclusión de individuos con enfermedades graves o moderadas, lo que resulta en un error sistemático en la asociación o efecto estimado de una determinada exposición o resultado.

Este sesgo de prevalencia-incidencia se produce en el momento en que los casos se incluyen en los estudios observacionales analíticos: cuanto mayor sea el tiempo entre exposición e investigación, mayor es la probabilidad de que las personas fallezcan o se recuperen de la enfermedad, y por lo tanto, mayor es la probabilidad de ser excluidos del análisis (casos fallecidos y curados). Es más probable que este sesgo tenga mayor impacto en las enfermedades de larga duración.

#### 3.4.1. Estudio observacional analítico transversal (seccional o de corte)

Es un tipo de estudio donde la relación exposición-enfermedad en una población se investiga en un momento particular, proporcionando un retrato (corte) de la situación en ese momento. Se evalúa la relación entre las enfermedades y otras variables de interés existentes en una población determinada (exposición y resultado se miden simultáneamente) y se utilizan para cuantificar la prevalencia de una enfermedad o factor de riesgo, o la exactitud de una prueba de diagnóstico. En la investigación de brotes epidémicos, la realización de un estudio transversal que mide diversas exposiciones es, en general, el primer paso para la determinación de su causa.

**Características generales:** aleatorio; inferencia de resultados; entrevistas (censo o muestreo, según complejidad y costos); caracteriza a ciertas poblaciones sobre la base de la recopilación sistemática de información sobre eventos; las observaciones y mediciones de las variables de interés (exposición/desenlace) son realizadas simultáneamente; estima

medias y proporciones; no prueba hipótesis causa-efecto (factores de riesgo) y sí asociación exposición/resultado; utiliza prueba de asociación de frecuencia o análisis estadístico.

**Ventajas:** de fácil y rápida ejecución; bajo costo; objetividad en la recolección de los datos; no necesita seguimiento de los individuos; facilidad para obtener muestra representativa; ideal para describir características de los eventos en la población, identificar casos en la comunidad y detectar grupos de mayor riesgo.

**Desventajas:** baja calidad de datos retrospectivos (exposición pasada puede establecer causalidad presente); relación cronológica entre eventos puede ser difícil de establecer; sesgo de prevalencia-incidencia; datos de exposición actuales pueden no representar exposición pasada.

### 3.4.2. Estudio observacional analítico de caso-control

Son una forma relativamente simple de investigar la causa de las enfermedades, particularmente las enfermedades raras. En este tipo de estudio se incluyen dos grupos similares de una población en riesgo, uno con la enfermedad (“caso”) y otro sin la enfermedad (“control”). Los investigadores “miran al pasado” (estudio retrospectivo), para medir la frecuencia de exposición a un posible factor de riesgo en ambos grupos.

Este tipo de estudio investiga si los dos grupos difieren en la proporción de personas que han estado expuestas a un mismo factor de riesgo, en busca de confirmar una posible causalidad.

**Características generales:** parte del efecto hacia la causa (del resultado de la exposición); determina la proporción de personas que han estado expuestas a un mismo factor de riesgo (efecto); la muestra debe ser representativa de la población que produjo el caso; identifica la exposición o el factor de riesgo (o factor de protección, en el caso de vacunas); estima el riesgo relativo (RR) solo cuando la enfermedad sea rara; los grupos estudiados, “caso” (pacientes) y “control” (no enfermos), son investigados para saber si fueron expuestos a determinado factor de riesgo y si éste contribuyó para la manifestación de la enfermedad; la selección de “casos” y “controles” se debe independientemente de la exposición al factor de estudio.

**Ventajas:** relativamente barato y rápido; investiga factores de riesgo; útil en enfermedades ra-

ras; permite consistencia de las medidas, a la vista de la exposición y efecto se miden al mismo tiempo; necesita pocos individuos; útil en el estudio de eventos adversos de drogas.

**Desventajas:** vulnerable al sesgo de selección de “casos” y “controles”; vulnerable al sesgo de observación (búsqueda de resultados solo donde sea más conveniente) y sesgo de prevalencia-incidencia; no es adecuado para exposiciones o factores de riesgo raros; no puede obtener estimaciones de la incidencia de la enfermedad.

### 3.4.3. Estudio de observación analítico de cohorte (prospectiva y retrospectiva)

El término cohorte se utiliza para describir un grupo de personas que tienen algo en común cuando se reúnen y se observan durante un período, para analizar lo que ocurre con ellas. En un estudio de cohorte, un grupo de personas se reúne sin que ninguna de ellas haya sufrido el desenlace de interés (enfermedad, por ejemplo) pero que puede sufrir. Cuando se desea proporcionar información sólida sobre el riesgo de enfermedad, las observaciones del grupo de edad deben cumplir determinados criterios en relación con el resultado de interés, período de observación y tiempo de seguimiento.

**Resultado de interés:** los individuos deben ser libres del desenlace (enfermedad) cuando se reúnen. **Período de observación:** debe ser significativo de acuerdo con la historia natural de la enfermedad en estudio. **Tiempo de seguimiento:** los miembros de la cohorte deben observarse durante todo el período del estudio. Una cohorte incompleta (tasa de abandono significativa) puede no representar la situación real, ya que los individuos pueden haber abandonado el estudio por alguna razón relacionada con el resultado en investigación.

En la cohorte prospectiva, en el momento del ingreso de los individuos en el estudio estos se clasifican como de acuerdo con las características que pueden estar relacionadas con el desenlace (posibles factores de riesgo, por ejemplo). En la cohorte retrospectiva o histórica, el estudio es conducido a partir de la identificación de registros pasados del desenlace, acompañando a los individuos desde ese momento hasta el presente. Este tipo de delineamiento no debe confundirse con el estudio de caso-control.

Para cada factor de riesgo, los miembros del grupo de edad se clasifican como expuestos (es decir, presentando el factor en cuestión) o no expuestos. En estudios de cohorte, la incidencia de la en-

fermedad se compara entre dos o más grupos que difieren en cuanto a la exposición el posible factor de riesgo (“causa-exposición” que conduce al “efecto final”).

**Características generales:** parte de la causa en la dirección al efecto (exposición hacia el desenlace); participantes elegidos (no aleatorio), formando grupos de “expuestos” y “no expuestos” con características comunes; estudio observacional de los grupos “expuestos” y “no expuestos” a una causa potencial del resultado y que son objeto de seguimiento en el tiempo; grupos (cohorte) se seleccionan de modo que sus miembros no han presentado el resultado de interés, pero que tienen la oportunidad de presentar; describe la incidencia de resultados a lo largo del tiempo y analiza si existen asociaciones entre las variables (predictores) y los resultados; prospectivo o retrospectivo.

**Ventajas:** la exposición se mide antes del inicio de la enfermedad; exposiciones raras se pueden estudiar seleccionando a grupos de individuos apropiados; más de un efecto (resultado) se puede estudiar para una misma exposición; la incidencia del resultado puede ser medida en los grupos de “expuestos” y “no expuestos”.

**Desventajas:** larga duración y caro; cambios en la condición de exposición y en los criterios diagnósticos pueden ocurrir durante el período de estudio afectando la clasificación de las personas en “expuestas” y “no expuestas”, en “enfermas” y “no enfermas”; pérdida de individuos durante el seguimiento.

Análogamente a los estudios observacionales descriptivos, existen protocolos para la elaboración y publicación de estudios observacionales analíticos (transversal, caso-control y cohorte)<sup>15</sup>, que deben seguirse en el diseño de los mismos.

#### 3.4.4. Estudio observacional analítico ecológico

Los estudios ecológicos (o de correlación) son útiles para generar hipótesis. En un estudio ecológico, las unidades de análisis son grupos de personas en lugar de individuos. Los estudios ecológicos se utilizan para comparar poblaciones en diferentes lugares al mismo tiempo o, en una serie temporal, para comparar la misma población en diferentes momentos (minimizando el sesgo socioeconómico). Si el período de tiempo en un estudio de serie temporal es muy corto, como en un estudio de serie temporal diaria, el factor de confusión es prácticamente nulo, pues los

participantes sirven como sus propios controles.

Aunque son fáciles de realizar, a menudo es difícil interpretarles y encontrar explicaciones para los resultados, ya que se basan en datos recogidos con otros fines (datos de rutina o secundarios se utilizan para buscar una correlación del fenómeno). Además, ya que la unidad análisis es una población, la relación entre la exposición y el efecto a nivel individual no se puede establecer, sacando conclusiones inapropiadas (“falacia ecológica”) cuando se hace esa correlación. El sesgo ocurre porque la asociación observada entre las variables en el nivel de grupo, generalmente, no representa la asociación existente a nivel individual.

**Características generales:** colectivo; distribución marginal (totales); medidas agrupadas; todas variables en grupo: medidas agregadas, ambientales y globales; generar hipótesis etiológicas; probar estas hipótesis; evaluar efectividad de intervenciones en poblaciones.

**Ventajas:** simple, rápido y de bajo costo; trabaja con grandes poblaciones (comparaciones internacionales de las tasas de incidencia de enfermedades); investigación de *clusters* de enfermedades; disponibilidad de grandes bases de datos.

**Desventajas:** problemas metodológicos y en el análisis de los datos, tales como limitación en la inferencia causal (población/individuo), información de calidad variable (datos de diferentes fuentes) y con ambigüedad temporal (recopilación de datos en épocas distintas), factores de confusión (ocurrencia de resultados distintos), dificultad en el análisis estadístico porque la unidad de observación es el grupo, etcétera.

### 3.5. Estudios experimentales o de intervención

Estudios experimentales o de intervención implican el intento de cambiar los determinantes de una enfermedad, tales como una exposición o un comportamiento, o detener el progreso de la enfermedad a través de tratamientos o intervenciones terapéuticas. Los efectos de una intervención se miden mediante la comparación del resultado en los grupos experimental y control.

Como involucran intervenciones en la salud de las personas, consideraciones éticas deben observarse (por ejemplo, el tratamiento apropiado debe ser ofrecido a los participantes, en función de su participación en el experimento; el tratamiento a ser

probado debe ser aceptable a la luz de los conocimientos actuales; el consentimiento de participantes es necesario, etcétera).

Los estudios experimentales tienen por objetivo tratar de cambiar una variable en uno o más grupos de personas. Esto puede significar la eliminación de un factor alimentario relacionado con una causa alérgica o la prueba de un nuevo tratamiento para un grupo seleccionado de pacientes. Los principales diseños experimentales son: ensayo clínico aleatorizado y controlado, cuyos participantes son los pacientes; ensayo de campo en que los participantes son personas sanas, y ensayo comunitario, donde los participantes son los propios miembros de la comunidad.

### 3.5.1. Ensayo clínico aleatorizado y controlado (ECR)

El ensayo clínico aleatorizado, doble ciego y placebo controlado (ECR) es un estudio que tiene el objetivo de estudiar los efectos de una determinada intervención. Los individuos seleccionados son asignados para los grupos intervención y control (controlado), y los resultados se evaluarán comparando los resultados entre los grupos. Para garantizar que los grupos sean equivalentes, los pacientes se asignan aleatoriamente (*randomizado*). Esto garantiza comparabilidad entre los grupos intervención y control desde el inicio del estudio. Por lo tanto, cualquier diferencia observada entre los grupos se deriva del azar, por lo que no se ven afectados por el sesgo de selección.

El ECR se considera el estándar de oro para determinar la evidencia científica sobre los efectos de tecnologías en salud. Un ECR bien planeado y conducido es el tipo de delineamiento que presenta menores posibilidades de la ocurrencia de sesgos (selección, medición y confusión). Un ECR debe ir precedido de un protocolo que justifique y describa en detalle cómo se realizará el estudio (objetivos, criterios de selección de los pacientes, aplicación de las intervenciones métodos de evaluación, ejecución y supervisión del estudio, registro y aleatorización, TCLE, cálculo del tamaño muestral –NNT–, análisis estadístico, etcétera).

**Características generales:** parte de la causa en la dirección el efecto (“exposición” hacia el “desenlace”); participantes elegidos al azar, formando grupos “estudio” (intervención) y “control” (placebo); los individuos se distribuyen al azar en un grupo que recibe el tratamiento en estudio y un grupo de control que puede recibir placebo u otra intervención conocida; se utiliza para determinar la eficacia de

un nuevo tratamiento (medicamento), pero también para evaluar eventos adversos o efecto placebo; se realizan en la fase pre-comercialización de un nuevo medicamento.

**Ventajas:** es el estándar de excelencia en estudios que pretenden evaluar la eficacia de una intervención en el curso de una situación clínica; permite eliminar los diversos sesgos, pues los grupos son asignados aleatoriamente y las características son distribuidas de forma normal y similar.

**Desventajas:** alto costo, laborioso y lento; no siempre factibles desde un punto de vista ético; sujetos a la pérdida de seguimiento de los pacientes; por lo general, evalúan escenarios específicos de la enfermedad; comúnmente, se realizan en un escenario académico, limitando la generalización de los datos (validez externa).

### 3.5.2. Ensayo de campo

Los ensayos de campo, a diferencia de los ensayos clínicos, involucran a personas que están libres de enfermedad, pero bajo riesgo de desarrollarla. Dado que los participantes están libres de la enfermedad y el propósito es prevenir la aparición de enfermedades, incluso entre las de baja frecuencia, los ensayos de campo implican un gran número de personas, lo que los hace costosos y logísticamente complicados. Los datos se recogen en “el campo”, generalmente entre personas de la población general y no institucionalizadas.

Los ensayos de campo podrán utilizarse para evaluar las intervenciones destinadas a reducir la exposición, sin medir necesariamente la incidencia de efectos sobre la salud. Este tipo de estudio de intervención puede realizarse a pequeña escala y con menores costes, ya sea porque no implican seguimientos a largo plazo, ya sea porque no requiere la medida de la enfermedad como resultado. Uno de los mayores ensayos de campo jamás realizados fue para probar la vacuna **Salk** para la prevención de la poliomielitis, que involucró a más de un millón de niños.

### 3.5.3. Ensayo comunitario

En este tipo de experimento, los grupos de tratamiento son comunidades en lugar de individuos. Este el diseño es particularmente adecuado para enfermedades que tengan sus orígenes en las condiciones sociales y que puedan ser fácilmente influenciadas por intervenciones dirigidas al comportamiento del grupo o del individuo (por ejemplo, enfermedad cardiovascular). Una limitación de este tipo de delineamiento es que solo un pequeño número de comuni-

dades puede ser incluido y la asignación aleatoria de comunidades no es muy práctica.

Por lo tanto, otros métodos son necesarios para asegurar que cualquier diferencia encontrada al final del estudio pueda atribuirse a la intervención y no a diferencias inherentes a las comunidades. Además, es difícil aislar las comunidades donde la intervención está siendo conducido debido a cambios sociales en curso.

Análogamente a los estudios observacionales descriptivos y analíticos, existen protocolos para la elaboración y publicación de estudios clínicos o experimentales<sup>16-18</sup>, que deben seguirse en el diseño de los mismos.

## 4. Epidemiología clínica homeopática. Premisas y principios para la elaboración de estudios epidemiológicos en Homeopatía

La epidemiología clínica homeopática debe asociar las premisas y los principios del paradigma científico (epidemiología clínica) citados anteriormente a las premisas y los principios del paradigma homeopático (epidemiología clínica homeopática) adaptando estudios epidemiológicos clásicos al modelo homeopático. De esta forma, tendremos un incremento en la calidad metodológica de los estudios epidemiológicos en Homeopatía sin incumplir aspectos fundamentales de la epistema homeopática, indispensables para que la reacción vital curativa sea despertada de acuerdo con el principio de similitud terapéutica.

### 4.1. Premisas y principios del paradigma científico (epidemiología clínica)

En análisis de ensayos clínicos homeopáticos aleatorizados, doble ciego y placebo controlado (ECHR) publicados hasta principios de los años noventa, Kleijnen y colaboradores<sup>19</sup>, epidemiólogos de *University of Limburg*, observaron que los aspectos básicos de la epidemiología clínica eran despreciados en su elaboración y publicación, tales como: muestra significativa de participantes (NNT); aleatorización correctamente ejecutada y descrita; método doble ciego correctamente ejecutado y descrito; síntomas homeopáticos correctamente descritos; conducta medicamentosa correctamente descrita; resultados correctamente descritos; análisis estadístico correctamente ejecutada y descrita.

Siendo así, en el incremento de la calidad metodológica de los estudios epidemiológicos en Homeopatía, resulta imprescindible que los principios de epidemiología clínica (paradigma científico) sean observados en la delineación de las investigaciones y en el análisis de los resultados, como se ha descrito anteriormente: población y muestra; probabilidad, riesgo y estadística; medidas de efecto clínico (riesgos); medición de precisión (intervalo de confianza, IC); validez interna y externa; confiabilidad y exactitud de los resultados; error sistemático o sesgo; error aleatorio o aleatorio; significancia clínica y estadística; tamaño de la muestra (NNT) y resultados clínicos, entre otros.

### 4.2. Premisas y principios del paradigma homeopático (epistema homeopático)

Por otra parte, en la adaptación de los estudios epidemiológicos clásicos al paradigma homeopático (epidemiología clínica homeopática), incluido el ECHR, es imprescindible que ciertos preceptos de la buena práctica clínica homeopática se observan en el diseño, la planificación y la ejecución de los mismos, según las premisas y principios del episteme homeopático<sup>20-23</sup>:

- Individualización del medicamento homeopático.
- Sistematización de los criterios para la elección del medicamento individualizado.
- Individualización de las dosis y potencias del medicamento homeopático.
- Tiempo de consulta y duración del estudio acorde con el modelo homeopático.
- Observación y descripción de eventos “adversos específicos” a lo largo del tratamiento.
- Evaluación cuanti-cualitativa de los resultados.

#### 4.2.1. Individualización del medicamento homeopático (medicamento individualizado)

Con la aplicación del principio de similitud terapéutica, se busca despertar una reacción vital y globalizante del organismo, escogiéndose un medicamento homeopático según la totalidad sintomática característica del individuo enfermo (enfermo-enfermedad), es decir, un medicamento homeopático individualizado. Siendo así, para una misma enfermedad, cada individuo enfermo podrá recibir diferentes medicamentos homeopáticos. En el diseño de los ensayos clínicos esto es factible de ser aplicado con la propuesta de evaluar la mejoría clínica, de laboratorio y global en el tratamiento previo y posterior, y no la respuesta de todos los participantes al mismo medicamento (como se hace en los ensayos clínicos convencionales). Esta individualización del medicamento es condición *sine*

*qua non* para el éxito terapéutico, siendo considerada el “estado del arte” del tratamiento homeopático.

#### **4.2.2. Sistematización de los criterios de selección medicamento individualizado**

Como se mencionó anteriormente, la elección del medicamento individualizado debe basarse en la totalidad sintomática característica del binomio enfermedad-paciente, debiendo abarcar los síntomas mentales, generales y físicos del individuo enfermo. En vista de la subjetividad en el análisis y la elección de los signos y síntomas característicos, existe la necesidad de discriminar los criterios de selección utilizados según un patrón de jerarquización y repertorización de los signos y síntomas homeopáticos, restringiendo las variables intrínsecas al proceso de individualización del medicamento y permitiendo la posterior reproducibilidad del método. Buscando esa uniformización, se hace indispensable que un mismo investigador (médico homeópata prescriptor) realice todos los pasos de la consulta homeopática (anamnesis hasta la prescripción) para el grupo de pacientes en estudio.

#### **4.2.3. Individualización de las dosis y potencias de la medicina homeopática**

Al igual que el medicamento homeopático debe ser individualizado, las dosis y las potencias también deberán elegirse según las susceptibilidades y respuestas del binomio enfermo-enfermedad. De esta manera, cada retorno, las dosis y las potencias deben ser evaluadas y ajustadas según las necesidades individuales, evitándose, por ejemplo, las agravaciones homeopáticas indeseables e innecesarias, que pueden confundir la evaluación de la respuesta terapéutica.

#### **4.2.4. Tiempo de consulta y duración del estudio acorde con el modelo homeopático**

En cuanto al tiempo de consulta, prerrogativa esencial para realizar una anamnesis homeopática globalizante, se debe seguir el patrón de atención del investigador en cuestión, según la dinámica semiológica empleada en la investigación de la totalidad sintomática característica. En cuanto a la duración del estudio, prerrogativa esencial en el diseño de la investigación, la Homeopatía necesita un tiempo de seguimiento mayor que los ensayos clínicos convencionales, dividido en consultas periódicas, para que se pueda elegir el medicamento con mayor similitud a la individualidad enferma, entre las diversas hipótesis planteadas en la repertorización de los síntomas. Para contemplar esta dinámica individualizante en el ECHR, se sugiere un período de tratamiento superior a seis meses, con reevaluaciones mensuales.

#### **4.2.5. Observación y descripción de eventos “adversos específicos” a lo largo del tratamiento**

Varios eventos “adversos específicos” pueden originarse después de la administración de los medicamentos homeopáticos, sin que necesariamente indiquen una evolución desfavorable. Por el contrario, estos eventos pueden indicar un pronóstico favorable y reiterar la elección correcta del medicamento individualizado. Entre los eventos que deben describirse, citamos: agravación homeopática (empeoramiento inicial de los síntomas-guías del individuo, pudiendo indicar un medicamento correcto y un pronóstico favorable); exoneraciones (eliminación de descargas por emuntorios naturales del organismo, pudiendo indicar un pronóstico favorable); reaparición de síntomas antiguos (aparición de síntomas antiguos, desaparecidos tras tratamientos paliativos, pudiendo indicar un pronóstico favorable); aparición de nuevos síntomas molestos, no manifiestos previamente (pronóstico desfavorable), entre otros.

#### **4.2.6. Evaluación cuanti-cualitativa de los resultados**

En vista de que la Homeopatía utiliza un enfoque semiológico y terapéutico globalizante, valorizando el conjunto de aspectos manifiestos por la individualidad enferma en la génesis del desequilibrio orgánico-vital y buscando su reequilibrio con el tratamiento individualizante, se requiere una evaluación multifactorial para tener una idea de la magnitud de la respuesta al tratamiento en sí. Por lo tanto, junto con la evaluación objetiva clínica y de laboratorio (exámenes complementarios), es necesario asociar una evaluación subjetiva, en el que los aspectos mentales, emocionales, sociales, familiares, espirituales y existencias de la individualidad enferma pueden ser a lo largo del tratamiento. Para ello, podemos emplear instrumentos de evaluación de la calidad de vida, de estrés y de la espiritualidad/religiosidad, entre otros.

## **5. Tipos de estudios epidemiológicos en Homeopatía**

Análogamente a los estudios epidemiológicos clásicos, los estudios epidemiológicos en Homeopatía se pueden dividir en dos grandes grupos: estudios observacionales en Homeopatía y estudios experimentales en Homeopatía. Entre los estudios observacionales en Homeopatía, tenemos los descriptivos (relato de caso o serie de casos) y los analíticos (transversal, caso-control y cohorte). Entre los estudios experimentales en Homeopatía, tenemos, principalmente, el ensayo clínico aleatorizado y controlado.

### 5.1. Estudios observacionales descriptivos en Homeopatía

Siguiendo las premisas de la epidemiología clínica, cientos de estudios observacionales descriptivos en Homeopatía se llevaron a cabo y están disponibles en las bases de datos de la literatura científica (Medline): casos<sup>24</sup> y series de casos<sup>25</sup>. Existen protocolos para la elaboración y publicación de estudios observacionales descriptivos en Homeopatía (relato de caso o serie de casos)<sup>26</sup>, que deben seguirse en la delineación de los mismos.

### 5.2. Estudios analíticos de observación en Homeopatía

Siguiendo las premisas de la epidemiología clínica, cientos de estudios analíticos de observación en Homeopatía se han realizado y están disponibles en las bases de datos de la literatura científica (Medline): transversal<sup>27</sup>, caso-control<sup>28</sup>, cohorte<sup>29</sup>. Análogamente a los estudios observacionales descriptivos, existen protocolos para la elaboración y publicación de estudios observacionales analíticos en Homeopatía (transversal, caso-control y cohorte)<sup>30</sup>, que deben seguirse en su diseño.

### 5.3. Estudios experimentales en homeopatía. *Ensayo clínico homeopático aleatorizado y controlado (ECHR)*

Siguiendo las premisas de la epidemiología clínica, cientos de ensayos clínicos homeopáticos aleatorizados y controlados se han llevado a cabo y están disponibles en las bases de datos de la literatura científica (Medline)<sup>31, 32</sup>.

Análogamente a los estudios observacionales descriptivos y analíticos, existen protocolos para la elaboración y publicación de ensayos clínicos aleatorios y controlados en Homeopatía<sup>20-23,33</sup>, que deben seguirse en la delineación de los mismos.

## 6. Epidemiología de las enfermedades transmisibles e infecciosas. Premisas y principios para la elaboración de estudios epidemiológicos en epidemias

### 6.1. Histórico

Etimológicamente, “epidemiología” significa “estudio de las epidemias”, habiéndose desarrollado con el estudio de brotes de enfermedades transmisibles y de la interacción entre agentes, vectores y reservorios. Las enfermedades emergentes siempre han re-

presentado una gran e impredecible carga (colapso) sobre los sistemas de salud, en todas las épocas y en todos los países. El uso de métodos epidemiológicos en la investigación y el control de las enfermedades transmisibles e infecciosas sigue siendo un desafío para los profesionales de la salud, ya que las investigaciones deben realizarse de forma rápida y, generalmente, con recursos limitados.

### 6.2. Enfermedades transmisibles y enfermedades contagiosas

Una enfermedad transmisible es aquella causada por transmisión de un patógeno específico (infeccioso) a un huésped susceptible. Los agentes infecciosos pueden transmitirse a los humanos de modo directo (otros humanos o animales) o indirecto (vectores, vehículos o vía aérea). Una enfermedad contagiosa es aquella que puede transmitirse por el contacto directo entre los seres humanos, sin la necesidad de un vector o vehículo que intervenga: la varicela, el sarampión y la covid-19 son transmisibles y contagiosas; la fiebre amarilla, la malaria y el dengue son transmisibles, pero no contagiosas (necesitan un vector para su transmisión).

### 6.3. Enfermedades transmisibles endémicas y epidémicas

Las enfermedades transmisibles son llamadas endémicas cuando presentan un patrón de ocurrencia relativamente estable, con alta incidencia o prevalencia. Enfermedades endémicas como la malaria y el dengue se encuentran entre los principales problemas de salud en países tropicales de bajos ingresos. Si se producen cambios en las condiciones del huésped, del agente infeccioso o del ambiente, una enfermedad endémica puede convertirse en epidémica, y viceversa. En el caso de la malaria y el dengue, donde el mosquito es el vector, áreas endémicas o epidémicas están limitadas por las condiciones del clima (cálido y húmedo *versus* frío y seco).

### 6.4. Triada epidemiológica de causalidad y cadena de transmisión o infección

La dinámica de una epidemia está determinada por las características del agente infeccioso, por el modo de transmisión y la susceptibilidad (inmunidad) de los huéspedes. Las enfermedades transmisibles ocurren como resultado de una cadena de infección (triada epidemiológica de causalidad), es decir, de la interacción entre agente infeccioso, huésped y medio.

La principal contribución de la epidemiología en enfermedades transmisibles es aclarar la cadena de transmisión o infección (agente infeccioso transmisión huésped), con el fin de evaluar, desarrollar e

instrumentar medidas de manejo y control.

#### 6.4.1. Agente infeccioso

El primer eslabón de la cadena de transmisión es el agente infeccioso (virus, bacterias, hongos y parásitos), y cada uno de ellos presenta características específicas e importantes para determinar la naturaleza de la infección según diversos aspectos. La transmisibilidad es la capacidad del agente para diseminarse de un individuo a otro, existiendo una dosis mínima requerida para causar la infección en individuo susceptible (dosis infectante del agente). A su vez, la patogenicidad es la capacidad del agente para producir la enfermedad, calculada por la razón entre el número de personas con la enfermedad clínica y el número de personas expuestas, mientras que la virulencia es la medida de gravedad de la enfermedad que el agente provoca, pudiendo variar de muy baja a muy alta (un virus de baja virulencia o atenuado puede usarse para la inmunización, como es el caso del virus de la polio).

El depósito es el hábitat natural del agente infeccioso, que puede incluir humanos, animales y fuentes ambientales, mientras que la fuente de infección puede ser una persona, un animal, un objeto o una sustancia de la que el hospedador adquiera la enfermedad. El conocimiento de estos aspectos, tanto del depósito del agente infeccioso como de la fuente de infección, es necesario para el desarrollo de prácticas de manejo y control.

Una importante fuente de transmisibilidad e infección puede ser el portador asintomático, es decir, una persona infectada que no muestra ninguna evidencia de enfermedad clínica (infección inaparente o subclínica). La duración del estado de portador varía entre los diferentes agentes, pudiendo permanecer todo el período de infección (portador crónico) o estar limitada a una fase de la enfermedad (portador breve). En la hepatitis B y el sida, los portadores (asintomáticos) tienen un papel importante en la diseminación global de los virus, como consecuencia de la transmisión sexual que ocurre durante largos períodos en los que no hay síntomas (estado de portador crónico).

Numerosos agentes infecciosos interactúan con el individuo, siendo que la infección se instala (enfermedad manifiesta), sólo con la entrada y la multiplicación del agente en el huésped. Los tres grupos principales de agentes infecciosos o patógenos (virus, bacterias y parásitos) presentan modos de transmisión y formas distintas de prevención/control. Virus y bacterias cuentan con la ayuda de vacu-

nas que actúan tanto a nivel individual, al prevenir o atenuar la enfermedad en un individuo expuesto al agente, cuanto a nivel de población, al afectar a la inmunidad de la población.

#### 6.4.2. Transmisión del agente infeccioso

El segundo eslabón en la cadena de infección es la transmisión del agente infeccioso al ambiente o a otra persona. La transmisión podrá ser directa o indirecta. En la transmisión directa, el agente infeccioso se transfiere directa e inmediatamente de un depósito o huésped a una puerta de entrada de otro huésped. También denominada transmisión por contagio, se produce por contacto directo a través del tacto, un beso, relaciones sexuales o por la difusión por gotas de secreción (hablar, toser o estornudar). En una epidemia de transmisión directa o por contagio, la enfermedad se transmite de persona a persona y el incremento inicial en el número de casos es lento. El número de individuos susceptibles y la transmisibilidad del agente infeccioso son los principales factores que determinan la propagación de la epidemia, con mayor o menor difusión. Identificada el 01/12/19 en China, la covid-19 se propagó por contagio a varios países, siendo reconocida como una pandemia el 11/03/20.

En la transmisión indirecta, el agente infeccioso es propagado a través de vehículos (materiales contaminados: objetos, alimentos, agua, tejidos, etcétera), vectores (insecto o animal) o por vía aérea (aerosoles microbianos, partículas o gotitas). En una epidemia de transmisión indirecta por materiales contaminados, todas las personas susceptibles están expuestas a una misma fuente o vehículo de infección. Esto da como resultado un aumento exponencial de los casos, aunque hace posible que haya un rápido control de la situación. Este tipo de transmisión se observó en epidemia de cólera, en la cual la forma de control efectiva fue posible, rápidamente, retirándose el vehículo de infección (agua con *Vibrio cholerae*).

#### 6.4.3. Huésped

El tercer eslabón en la cadena de infección es el huésped, definido como una persona o un animal que proporciona un lugar adecuado para que un agente infeccioso crezca y se multiplique en condiciones naturales. El punto de entrada en el huésped varía con el agente e incluye la piel, las mucosas, el tracto respiratorio y el tracto gastrointestinal. La reacción del huésped a la infección es muy variable, desde la infección subclínica o inaparente (asintomáticos) hasta las formas clínicas severas, siendo determinada por su interacción con el agente y el tipo de transmisión.



El grado de resistencia o susceptibilidad del huésped es un importante determinante del resultado de una infección. La resistencia (inmunidad) se adquiere normalmente a través de exposiciones previas o por la inmunización contra el agente. El período de incubación —tiempo transcurrido entre la entrada del agente infeccioso y la aparición de los primeros síntomas de la enfermedad— varía desde pocas horas (intoxicación alimentaria por estafilococos) hasta muchos años (hepatitis B y sida). La inmunización, mediante la administración de vacunas, es la protección individual y colectiva (inmunidad heredada, rebaño o grupo) para los individuos susceptibles a enfermedades transmisibles. Como parte de la triada epidemiológica de causalidad, el ambiente desempeña un papel importante en el desarrollo de enfermedades transmisibles.

Como principales factores ambientales que pueden influir en las etapas de la cadena de infección, tenemos: condiciones sanitarias, aspectos climáticos (temperatura y humedad, por ejemplo), contaminación del aire y calidad del agua, entre otros. Además de estos, factores socioeconómicos, tales como densidad de población, aglomeración y pobreza, también son de gran importancia en el desarrollo de epidemias.

### 6.5. Manejo y monitoreo de las epidemias

Finalmente, el manejo de una epidemia implica el tratamiento de los casos, evitando la difusión de la enfermedad y verificando los efectos de las medidas de control (vigilancia epidemiológica). Las medidas de control pueden dirigirse contra la fuente y la difusión de la infección a través de la protección del huésped susceptible. Al mismo tiempo, es necesario identificar, controlar y eliminar los depósitos, así como interrumpir las vías de transmisión, eliminando las fuentes de propagación de la infección (vehículos, vectores o partículas aéreas).

Una vez que las medidas de control hayan sido implementadas, debe continuar la vigilancia epidemiológica para asegurar su aceptabilidad y efectividad, recopilando datos sobre cualquier elemento de cadena causal de una enfermedad transmisible. El objetivo de un sistema de vigilancia se limita generalmente a la cantidad de recursos humanos y financieros disponibles. Por lo general, el seguimiento epidemiológico y los estudios de laboratorio se indican, principalmente para evaluar la relación costo-beneficio en el largo plazo.

## 7. Tipos de estudios epidemiológicos en epidemias

### 7.1. Inmunización y vacunas

En epidemias, las vacunas permiten la prevención y el control de las enfermedades transmisibles e infecciosas, haciéndolas un componente obligatorio de los programas de salud pública. Hay programas de inmunización dirigidos a alterar la ecología de ciertos agentes infecciosos y el comportamiento de las enfermedades asociadas a ellos, buscando proteger a la población. En un programa de vacunación, algunos aspectos deben considerarse: eficacia/efectividad y seguridad de la vacuna; aplicación de estrategias apropiadas a la cobertura del antídoto; equidad en el acceso a la vacuna (costo-beneficio).

Como objetivos de la epidemiología clínica aplicada a la inmunización, tenemos: sistematizar la aplicación del método epidemiológico en la evaluación de la eficacia (validez interna investigación), de la efectividad (validez externa campo) y de la seguridad (eventos adversos) de las vacunas; supervisar el éxito de los programas de vacunación (vigilancia).

Eficacia/efectividad de una vacuna es el porcentaje de reducción de la incidencia de la enfermedad entre vacunados y no vacunados. Vale resaltar que el cálculo de eficacia/efectividad no tiene en cuenta la reducción de la exposición determinada por la disminución de la incidencia entre vacunados que viven en contacto con el grupo estudiado (inmunidad de rebaño).

Para evaluar la eficacia/efectividad (profilaxis) o la seguridad (eventos adversos) de las vacunas, el método epidemiológico emplea estudios epidemiológicos observacionales o experimentales. Tanto los estudios observacionales (estudios transversales, caso-control, cohorte, ecología o serie de casos) cuanto los experimentales (ensayo clínico controlado aleatorio o prueba comunitaria) evalúan la relación entre determinados resultados (enfermedad, efectos adversos o defunción) y los diversos factores o exposiciones (fuente de infección o vacuna), que pueden interferir en su ocurrencia o su pronóstico (efectos de las exposiciones sobre los resultados).

Reiterando que la validez científica de la evidencia (fuerza de la recomendación) de un estudio se relaciona con el grado de confianza de sus resultados, el diseño y la planificación de los estudios deben minimizar los errores sistemáticos que ofuscan la

evaluación de la eficacia de la intervención o la aparición de acontecimientos adversos de la misma: sesgo de selección de los pacientes (aleatorización de los pacientes), sesgo de medición de los datos (doble cegamiento de los involucrados), sesgo de confusión en la evaluación de los resultados (grupo control). Determinar la influencia de estos sesgos en la realización de los estudios, junto con la minimización de errores aleatorios (casualidad) mediante la correcta aplicación del método estadístico, es indispensable para la correcta interpretación de los resultados de los mismos.

En epidemias, los estudios observacionales (descriptivos y analíticos) son aquellos en que no hay interferencia del investigador, induciendo al grupo de estudio la exposición a factores que participan o pueden participar en el proceso que conduce a la enfermedad de interés, o que altere su pronóstico. En ese delineamiento de estudio, tratándose de la investigación de la prevención de enfermedades por vacunas (inmunización), el investigador no interfiere con la condición de que el individuo sea susceptible o inmune, o incluso en la probabilidad del individuo pueda haber estado en contacto o no con una fuente de infección (portador sano o asintomático).

A su vez, en los estudios experimentales o de intervención, el investigador controla factores seleccionados que pueden ser de importancia en ese proceso (portador sano o asintomático, por ejemplo). Cuando son aplicados para la evaluación de la eficacia/efectividad de la prevención vacunal, el factor de interés controlado por el investigador es la intervención, es decir, la propia vacunación. En ambos tipos de estudios, cuando examinamos vacunas, el factor o exposición de interés es la propia vacuna y los resultados de interés pueden ser la aparición de la enfermedad que la vacuna propone a prevenir o los posibles eventos adversos asociados a ella.

Independientemente del tipo de investigación (observacional o experimental), cuando exista un grupo de comparación o control el estudio será analítico, permitiendo identificar la asociación entre determinada exposición y resultado, es decir, entre una intervención (vacuna) y la protección contra una enfermedad (inmunidad). Cuando no existe un grupo control y, por lo tanto, el objetivo no es el de analizar la asociación entre la exposición y el resultado, tendremos los estudios descriptivos (estudios de caso o de una serie de casos) cuyo objetivo principal es elaborar hipótesis explicativas que deberán ensayarse posteriormente los estudios analíticos.

## 7.2. Estudios observacionales descriptivos en epidemias

En el informe del caso, tenemos la descripción detallada de uno o algunos casos clínicos, generalmente de evento clínico raro o de una nueva intervención. La serie de casos es un estudio con mayor número de participantes (más de 10) y puede ser retrospectivo o prospectivo. Son especialmente útiles en la explotación inicial de nuevos acontecimientos (enfermedades y síntomas emergentes, nuevas epidemias o nuevas variantes de la misma, resultados de nuevas terapias y efectos secundarios) y en la formulación inicial de nuevas hipótesis etiológicas (nuevos agentes infecciosos y transmisibles), con enfoque en grupos específicos de población o aspectos no analizados en investigaciones cuantitativas que requieran mayor información.

Siguiendo las premisas de la epidemiología clínica, cientos de estudios observacionales descriptivos en epidemias están disponibles en las bases de datos de la literatura científica (Medline): relato de casos<sup>34</sup> y serie de casos<sup>35</sup>.

## 7.3. Estudios analíticos de observación en epidemias

### 7.3.1. Estudio observacional analítico transversal en epidemias

Es un tipo de estudio donde la relación exposición-enfermedad en una población se investiga en un momento particular, proporcionando una imagen de la situación en ese momento. Evalúa la relación entre enfermedades y otras variables de interés existentes en determinada población (“exposición” y “resultado” se miden simultáneamente). Se utiliza para cuantificar la prevalencia de una enfermedad o factor de riesgo, o la exactitud de una prueba de diagnóstico. En la investigación de brotes epidémicos, la realización de un estudio transversal que mide diversas exposiciones es, en general, el primer paso para la determinación de la su causa.

Siguiendo las premisas de la epidemiología clínica, cientos de estudios de observación transversales en epidemias están disponibles en las bases de datos de la literatura científica (Medline)<sup>36</sup>.

### 7.3.2. Estudio analítico observacional de caso control en epidemias

Es una forma relativamente sencilla de investigar la causa de las enfermedades, en particular en enfermedades raras o nuevas epidemias. En este tipo de estudio se incluirán dos grupos similares a partir de una población en riesgo, una con la enfermedad (“caso”) y otro sin la enfermedad (“control”). Los in-

investigadores “miran al pasado” (estudio retrospectivo) para medir la frecuencia de exposición a un posible factor de riesgo en los dos grupos. Investigan si los dos grupos difieren en la proporción de personas que han sido expuestas a un mismo factor de riesgo, buscando confirmar una posible causalidad.

Siguiendo las premisas de la epidemiología clínica, cientos de estudios observacionales de caso-control en epidemias están disponibles en las bases de datos de la literatura científica (Medline)<sup>37</sup>.

### 7.3.3. Estudio de observación analítico de cohorte en epidemias

En los estudios de cohorte en epidemias se reúnen grupos de personas sin la manifestación de la enfermedad epidémica (resultado de interés), pero que la pueden sufrir. Para proporcionar información sólida sobre el riesgo de manifestar la enfermedad, el período de observación debe ser significativo (según la historia natural de la enfermedad epidémica en estudio) y los miembros de la cohorte deben observarse durante todo el período del estudio (tiempo de seguimiento). Para cada factor de riesgo (por ejemplo, intervención preventiva o inmunización), los miembros del grupo de edad se clasificarán como expuestos (recibiendo la inmunización) o no expuestos. En los estudios de cohorte, la incidencia de enfermedad se compara entre dos o más grupos que difieren en cuanto a la exposición al posible factor de riesgo o intervención.

Siguiendo las premisas de la epidemiología clínica, cientos de estudios observacionales de cohorte en epidemias están disponibles en las bases de datos de literatura científica (Medline)<sup>38</sup>.

### 7.3.4. Estudio observacional analítico ecológico en epidemias

Los estudios ecológicos (o de correlación) son útiles para generar hipótesis. En un estudio ecológico, las unidades de análisis son grupos de personas en lugar de individuos. Los estudios ecológicos son utilizados para comparar poblaciones en diferentes lugares al mismo tiempo o, en una serie temporal, para comparar la misma población en diferentes momentos (minimizando el sesgo socioeconómico). Niveles de medición: medidas agregadas (prevalencia de enfermedad o cobertura vacunal, por ejemplo), medidas ambientales (verbigracia, nivel de contaminación atmosférica) y medidas globales (densidad de población, entre otras).

Variables de análisis grupales (medidas agregadas, ambientales o globales): medias de estados, municipios o barrios; IDH, prevalencia, inciden-

cia, porcentaje u otros coeficientes también pueden ser utilizados. Puesto que la unidad de análisis es la población, la relación entre exposición (vacuna) y efecto (enfermedad) a nivel individual no puede establecerse, extrayéndose conclusiones impropias (“falacia ecológica”) cuando se hace esa correlación. El sesgo de confusión se produce porque la asociación observada entre las variables en el nivel de grupo, generalmente, no representa la asociación existente en el nivel individual.

Siguiendo las premisas de la epidemiología clínica, decenas de estudios observacionales ecológicos en epidemias están disponibles en las bases de datos de la literatura científica (Medline)<sup>39</sup>.

## 7.4. Estudios experimentales sobre epidemias

### 7.4.1. Ensayo clínico aleatorizado y controlado (ECR) en epidemias

El ensayo clínico aleatorizado y controlado (ECR) es un estudio que tiene por objetivo estudiar los efectos de una intervención determinada (vacunas). Los individuos seleccionados se asignan a los grupos de intervención y control (controlado), y los resultados son evaluados comparando los resultados entre los grupos. Para garantizar que estos grupos sean equivalentes, los pacientes se asignan aleatoriamente (aleatorizados). Esto garantiza la comparabilidad entre grupos intervención y control desde el inicio del estudio. Por lo tanto, cualquier diferencia observada entre los grupos se derivan de la casualidad, por lo que no se ven afectados por el sesgo de selección.

Siguiendo las premisas de la epidemiología clínica, cientos de ensayos clínicos aleatorizados y controlados en epidemias están disponibles en las bases de datos de la literatura científica (Medline)<sup>40</sup>.

### 7.4.2. Prueba comunitaria de epidemias

Para minimizar los sesgos de los estudios observacionales, se requieren otros delineamientos de estudios epidemiológicos en epidemias para asegurar que cualquier diferencia al final del estudio pueda atribuirse a la intervención y no a diferencias inherentes a las comunidades (como se indica en la “falacia ecológica”). Además, es difícil aislar a las comunidades donde se está produciendo la intervención debido a los cambios sociales en curso. Al igual que estudios ecológicos, otros factores relacionados con grupos pueden influir en el resultado, además de la intervención. En caso de las epidemias serían: medidas de higiene adoptadas en la comunidad, calidad de los servicios de salud locales, monitoreo de casos, etcétera.

Siguiendo las premisas de la epidemiología clínica, algunos ensayos comunitarios sobre epidemias están disponibles en las bases de datos de la literatura científica (Medline)<sup>41</sup>.

## 8. Epidemiología clínica homeopática en epidemias. Premisas y principios para la elaboración de estudios epidemiológicos homeopáticos en epidemias

### 8.1. Directrices para el manejo homeopático de las epidemias<sup>42, 43</sup>

#### 8.1.1. Samuel Hahnemann

Análogamente a las enfermedades agudas y crónicas, Samuel Hahnemann estipula directrices semiológicas y terapias individualizantes en el enfoque de las enfermedades epidémicas. Así como cada enfermo presenta un conjunto de aspectos característicos que difiere de el de los demás individuos afectados por la misma enfermedad aguda o crónica, cada epidemia “es un fenómeno con sus propias características” y debe diferenciarse de las anteriores (*Organon del arte de curar*, §100<sup>44</sup>): “En la investigación de la esencia sintomática de las enfermedades epidémicas, es indiferente que haya ocurrido algo similar en el mundo, bajo este o ese nombre”.

Con esta alerta, Hahnemann critica la aplicación del conocimiento obtenido en epidemias previas en nuevos brotes de la misma enfermedad, sin que se realice un “examen minucioso del cuadro puro de la enfermedad actual” (*Organon del arte de curar*, §100)<sup>44</sup>. Como la imagen del cuadro patológico de las enfermedades colectivas surge solo después de la observación de cierto número de pacientes, Hahnemann sugiere la observación de varios casos para formar el “cuadro completo de la enfermedad”, basado en el “conjunto característico de sus síntomas y signos”, según la semiología homeopática (*Organon del arte de curar*, §101)<sup>44</sup>.

En la búsqueda de la “esencia” o el “genio” de la epidemia (“genio epidémico”) que permitirá por similitud identificar el medicamento más apropiado, el “marco característico de la epidemia” estará formado por la totalidad de los signos y síntomas característicos. Ese medicamento individualizado puede ser aplicado en el tratamiento de los pacientes afectados por el mismo brote de la enfermedad (*Organon del arte de curar*, §102)<sup>44</sup>. Manteniendo su coherencia

epistemológica, Hahnemann enfatiza la premisa de utilizar “sustancias simples y únicas” en el tratamiento adecuado de las epidemias (*Organon del arte de curar*, §241)<sup>44</sup>: “medicamento homeopático (específico) para todos los casos”.

Además de indicar el medicamento homeopático individualizado como medida terapéutica en los casos manifiestos de la enfermedad epidémica, Hahnemann también describe la utilización de la Homeopatía individualizada como práctica profiláctica en epidemias de fiebre intermitente (*Organon del arte de curar*, §241)<sup>44</sup>. En el escrito menor *Cura y prevención de la fiebre escarlata*<sup>45</sup>, Hahnemann describe el empleo de **Atropa belladonna** en la profilaxis de la escarlatina, con el fin de ser el medicamento del genio epidémico para el tratamiento de la fase inicial de la enfermedad: “Un remedio que es capaz de bloquear rápidamente una enfermedad en sus inicios también debe ser su mejor preventivo”.

A pesar de reconocer los beneficios de la vacuna antivariólica, introducida por su contemporáneo Edward Jenner en 1796, Hahnemann critica el uso de ultradiluciones de subproductos de la enfermedad o el agente patógeno (nosodes) como método profiláctico (“isoprofilaxis”) o tratamiento isopático, sin la experimentación patogenética del subproducto y la aplicación de la similitud individualizante (*Organon del arte de curar*, nota del §56<sup>44</sup>). Aunque no existen evidencias científicas de que el método isopático pueda utilizarse como profiláctico o terapéutico en enfermedades epidémicas, por desgracia se utiliza de forma indiscriminada y abusiva por terapeutas homeopatas<sup>46</sup>, postura que atenta contra la verdad científica.

#### 8.1.2. James Tyler Kent

En su obra *Lecciones de filosofía homeopática* (lección III)<sup>47</sup>, James Tyler Kent describe un protocolo semiológico para diagnosticar el grupo de medicamentos del “genio epidémico”, basándose en premisas hahnemannianas citadas anteriormente. Sugiere la observación cuidadosa de veinte pacientes afectados por la enfermedad en cuestión, registrando todos los síntomas presentes de forma esquemática (clasificación repertorial), los cuales, al ser considerados colectivamente “presentarán una imagen, como si un solo hombre hubiera expresado todos los síntomas”.

Al poner delante de cada síntoma el número de pacientes que lo manifestaron, el médico homeopata “descubrirá los rasgos esenciales de la epidemia” (“naturaleza de la enfermedad”) a través de la totalidad sintomática común y característica. Utilizando un repertorio de síntomas, seleccionará seis o siete

medicamentos que cubran la totalidad sintomática de esa epidemia (grupo de medicamentos homeopáticos individualizados del “genio epidémico”), fijando los cuadros individuales de cada medicamento en el estudio de la Materia Médica Homeopática.

En seguida, procediendo de lo general a lo particular, pues “no hay otro modo de proceder en Homeopatía”, el médico homeópata adaptará las características de cada enfermo a las particularidades de cada medicamento seleccionado (individualización terapéutica). Si ninguno de los medicamentos seleccionados es útil, “el médico debe volver a su anamnesis original para ver cuál de los otros medicamentos es el adecuado”. Señala que la aplicación del “genio epidémico” en la selección de los medicamentos homeopáticos es un “trabajo duro”, pero trae resultados espectaculares.

En estos dos siglos de práctica homeopática, diversas epidemias fueron manejadas con un medicamento homeopático, desde Hahnemann hasta la actualidad, haciendo hincapié en los estudios epidemiológicos en Homeopatía en el enfoque del cólera asiático<sup>48</sup>, la influenza<sup>49</sup> y el dengue<sup>50</sup>, últimamente.

Siguiendo las directrices para el manejo homeopático de las epidemias estipuladas por Hahnemann y Kent, utilizando los informes y estudios que describen los signos y síntomas comunes a miles de pacientes afectados por la covid-19 en Wuhan (China), describimos en marzo de 2020 algunos posibles medicamentos homeopáticos individualizados para el “genio epidémico” de esta pandemia de época, en sus diferentes etapas<sup>51-53</sup>.

## 9. Tipos de estudios epidemiológicos homeopáticos en epidemias

Análogamente a los estudios epidemiológicos clásicos, los estudios epidemiológicos homeopáticos en epidemias se pueden dividir en dos grandes grupos: estudios observacionales y estudios experimentales. Entre los estudios homeopáticos observacionales en epidemias tenemos los descriptivos (relato de caso o serie de casos) y los analíticos (transversal y cohorte). Entre los estudios experimentales homeopáticos en epidemias, tenemos principalmente el ensayo clínico aleatorio y controlado.

Aunque los estudios epidemiológicos homeopáticos sobre epidemias son más raros en la literatura científica, con el advenimiento de la covid-19

estos estudios tuvieron un pequeño incremento.

### 9.1. Estudios observacionales descriptivos en Homeopatía en covid-19

Siguiendo las premisas de la epidemiología clínica, estudios observacionales descriptivos en Homeopatía en la covid-19 están disponibles en las bases de datos de la literatura científica (Medline): relato de casos<sup>54</sup> y serie de casos<sup>55</sup>.

### 9.2. Estudios analíticos de observación en Homeopatía en la covid-19

Siguiendo las premisas de la epidemiología clínica, estudios de observación analíticos sobre Homeopatía en la covid-19 están disponibles en las bases de datos de la literatura científica (Medline): transversal<sup>56</sup> y cohorte<sup>57</sup>.

### 9.3. Estudios experimentales en Homeopatía covid-19. *Ensayo clínico homeopático aleatorizado y controlado (ECHR)*

Siguiendo las premisas de la epidemiología clínica, ensayos clínicos homeopáticos aleatorizados y controlados en covid-19 están disponibles en las bases de datos de la literatura científica (Medline)<sup>58</sup>.

## 10. Conclusión

En la búsqueda de la verdad científica, la aplicación rigurosa de las premisas y de los principios de la epidemiología clínica en estudios homeopáticos, buscando controlar las posibles fuentes de errores sistemáticos y aleatorios de los mismos, permite que sus resultados y conclusiones puedan considerarse válidos, reproducibles y seguros, aclarando las dudas e incertidumbres que se ciernen sobre la práctica clínica homeopática.

Sin violar las premisas de la episteme homeopática, la epidemiología clínica homeopática permite un incremento en la calidad metodológica de la investigación clínica en Homeopatía para los diversos tipos de enfermedades, incluyendo las epidémicas.

Con el advenimiento de la covid-19, buscando el entendimiento y manejo de la epidemia, se produjo un incremento en la cantidad y calidad de los estudios epidemiológicos, con iniciativas de la aplicación de la terapéutica homeopática en la prevención y/o en el control de la enfermedad, siendo indispensable el estudio de la epidemiología clínica para que esas propuestas pudieran realizarse dentro

de las premisas del método científico.

Esa revisión fue elaborada con ese fin, estimulando a estudiantes e investigadores a profundizar en el estudio de la epidemiología clínica, a fin de que

sus proyectos de investigación puedan tener calidad metodológica para responder, científicamente, a las preguntas sobre la eficacia y la efectividad del tratamiento homeopático en la prevención y el tratamiento de los trastornos de la salud.

## REFERENCIAS

1. Teixeira MZ. Homeopatia: o que os médicos precisam saber sobre esta especialidade médica. *Diagn Tratamento* 2019; 24(4): 143-152. Disponible en:  
• <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1049381>
2. Teixeira MZ, *et al.* Special Dossier: "Scientific Evidence for Homeopathy". *Rev Assoc Med Bras* 2018; 64(2): 93-94. Disponible en:  
• <https://doi.org/10.1590/1806-9282.64.02.93>  
• <http://homeopatiamex.similia.com.mx/index.php/Revista/issue/view/90-aniversario-2023>
3. Teixeira MZ. Epidemiologia Clínica Homeopática na COVID-19: premissas para a elaboração de estudos epidemiológicos (Parte 1). [S. l.]: Associação Médica Homeopática Brasileira, 11 jun. 2020. 1 video (1h:49min). [Live]. Consultado: 15 May 2022. Disponible en:  
• <https://www.youtube.com/watch?v=EK7AFG2tLw0&t=27s>
4. Teixeira MZ. Epidemiologia Clínica Homeopática na COVID-19: premissas para a elaboração de estudos epidemiológicos em epidemias (Parte 2). [S. l.]: Associação Médica Homeopática Brasileira, 02 jul. 2020. 1 video (1h:45min). [Live]. Consultado: 15 May 2022. Disponible en:  
• <https://www.youtube.com/watch?v=aEEDSXua0q0&t=10s>
5. Teixeira MZ. Epidemiologia clínica homeopática na COVID-19: premissas para a elaboração de estudos epidemiológicos (Parte 1). São Paulo: AMHB; Jul. 2020. 96 p. Consultado: 15 May 2022. Disponible en:  
• <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1102602>
6. Teixeira MZ. Epidemiologia clínica homeopática na COVID-19: premissas para a elaboração de estudos epidemiológicos em epidemias (Parte 2). São Paulo: AMHB; Jul. 2020. 146 p. Consultado: 15 May 2022. Disponible en:  
• <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1102603>
7. Fletcher RH, Fletcher SW. *Epidemiologia clínica – elementos essenciais*. 4a ed. Porto Alegre: Artmed Editora; 2006.
8. Waldman EA, Sato HK, Freitas FRM. *Epidemiologia Aplicada à Vacinação*. En: Farhat CK, Weckx LY, Carvalho LHFR, Succi RCM (eds). *Imunizações: Fundamentos e Prática*, 5a ed. São Paulo: Atheneu; 2008. p. 53-67.
9. Bonita R, Beaglehole R, Kjellstrom T. *Epidemiologia Básica*, 2a ed. São Paulo: Editora Santos; 2010.
10. Almeida Filho N, Baretto ML. *Epidemiologia & saúde: fundamentos, métodos e aplicações*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.
11. Freire SM. *Bioestatística Básica*. Rio de Janeiro: Laboratório Médico de Pesquisas Avançadas (L@mpada), 2020. Consultado: 15 May 2022. Disponible en:  
• <http://www.lampada.uerj.br/bioestatisticabasica>
12. Teixeira MZ. Bases psiconeurofisiológicas do fenômeno placebo-nocebo: evidências científicas que valorizam a humanização da relação médico-paciente. *Rev Assoc Med Bras* 2009; 55(1): 13-18. Disponible en:  
• <https://doi.org/10.1590/S0104-42302009000100008>
13. Teixeira MZ, Guedes CHFF, Barreto PV, Martins MA. The placebo effect and homeopathy. *Homeopathy* 2010; 99(2): 119-129. Disponible en:  
• <https://doi.org/10.1016/j.homp.2010.02.001>
14. Pacheco RL, Latorraca COC, Pachito DV, Riera R. Guidelines para publicação de estudos científicos. Parte 1: Como publicar relatos e séries de casos. *Diagn Tratamento* 2017; 22(2): 78-82. Disponible en:  
• <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-833698>
15. Pacheco RL, Martimbianco ALC, Garcia CM, Logullo P, Riera R. Guidelines para publicação de estudos científicos. Parte 2: Como publicar estudos observacionais (coorte, caso-control e transversal). *Diagn Tratamento* 2017; 22(3): 121-126. Disponible en:  
• <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-848018>
16. Mancuso ACB, Camey SA, Nunes LN, Hirakata VN, Guimarães LSP. Os principais delineamentos na Epidemiologia – Ensaio Clínico. *Clin Biomed Res* 2014; 33(3/4): 286-294. Disponible en:  
• <https://seer.ufrgs.br/index.php/hcpa/article/view/44253>
17. Guimarães LSP, Hirakata VN, Camey SA, Nunes LN, Mancuso ACB. Os principais delineamentos na Epidemiologia – Ensaio Clínico (Parte II). *Clin Biomed Res* 2014; 33(3/4): 295-302. Disponible en:  
• <https://seer.ufrgs.br/index.php/hcpa/article/view/44657>
18. Pacheco RL, Garcia CM, Hosni ND, *et al.* Guidelines para publicação de estudos científicos. Parte 3: Como publicar ensaios clínicos. *Diagn Tratamento* 2017; 22(4): 169-175. Disponible en:  
• <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-875481>

19. Kleijnen J, Knipschild P, ter Riet G. Clinical trials of homeopathy. *BMJ* 1991; 302: 316-323. Disponible en:  
 • <https://dx.doi.org/10.1136%2Fbmj.302.6772.316>
20. Teixeira MZ. Protocolo para pesquisa clínica em homeopatia: aspectos fundamentais. *Diagn Tratamento* 2001; 6(4): 11-18. Disponible en:  
 • <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-320538>
21. Teixeira MZ. Ensaio clínico quali-quantitativo para avaliar a eficácia e a efetividade do tratamento homeopático individualizado na rinite alérgica perene [Tesis]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2009. Consultado: 15 May 2022. Disponible en:  
 • <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5159/tde-10062009-102220/pt-br.php>
22. Teixeira MZ, Podgaec S, Baracat EC. Protocol of randomized controlled trial of potentized estrogen in homeopathic treatment of chronic pelvic pain associated with endometriosis. *Homeopathy* 2016; 105(3): 240-249. Disponible en:  
 • <https://dx.doi.org/10.1016/j.homp.2016.03.002>
23. Teixeira MZ, Podgaec S, Baracat EC. Potentized estrogen in homeopathic treatment of endometriosis-associated pelvic pain: a 24-week, randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2017; 211: 48-55. Disponible en:  
 • <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2017.01.052>  
 • <http://homeopatiamex.similia.com.mx/index.php/Revista/article/view/320>
24. Medline (vía PubMed). Búsqueda (palabras clave): “case reports” y “homeopathy”. Consultado: 15 May 2022. Disponible en:  
 • [https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term="case+reports"+AND+"homeopathy"&sort=date&size=50](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=)
25. Medline (vía PubMed). Búsqueda (palabras clave): “case series” y “homeopathy”. Consultado: 15 May 2022. Disponible en:  
 • [https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term="case+series"+AND+"homeopathy"&sort=date&size=50](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=)
26. Teut M, van Haselen RA, Rutten L, Lamba CD, Bleul G, Ulbrich-Zürni S. Case Reporting in Homeopathy-An Overview of Guidelines and Scientific Tools. *Homeopathy* 2022; 111(1): 2-9. Disponible en:  
 • <https://doi.org/10.1055/s-0041-1731313>
27. Medline (vía PubMed). Búsqueda (palabras clave): “cross-sectional studies” y “homeopathy”. Consultado: 15 May 2022. Disponible en:  
 • [https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term="cross-sectional+studies"+AND+"homeopathy"&sort=date&size=50](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=)
28. Medline (vía PubMed). Búsqueda (palabras clave): “case-control studies” y “homeopathy”. Consultado: 15 May 2022. Disponible en:  
 • [https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term="case-control+studies"+AND+"homeopathy"&sort=date](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=)
29. Medline (vía PubMed). Búsqueda (palabras clave): “cohort studies” y “homeopathy”. Consultado: 15 May 2022. Disponible en:  
 • [https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term="cohort+studies"+AND+"homeopathy"&sort=date](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=)
30. Teut M, Walach H, Varanasi R, *et al.* Recommendations for Designing, Conducting and Reporting Observational Studies in Homeopathy. *Homeopathy* 2020; 109(3): 114-125. Disponible en:  
 • <https://doi.org/10.1055/s-0040-1708045>
31. Medline (vía PubMed). Búsqueda (palabras clave): “randomized controlled trials” y “homeopathy”. Consultado: 15 May 2022. Disponible en:  
 • [https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term="randomized+controlled+trials"+AND+"homeopathy"&sort=date&size=50](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=)
32. Medline (vía PubMed). Búsqueda (palabras clave): “randomized, double-blind, placebo-controlled” AND “homeopathy”. Consultado: 15 May 2022. Disponible en:  
 • [https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term="randomized+double-blind+placebo-controlled"+AND+"homeopathy"&sort=date](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=)
33. Mathie RT, Roniger H, Van Wassenhoven M, *et al.* Method for appraising model validity of randomized controlled trials of homeopathic treatment: multi-rater concordance study. *BMC Med Res Methodol* 2012; 12: 49. Disponible en:  
 • <https://doi.org/10.1186/1471-2288-12-49>
34. Medline (vía PubMed). Búsqueda (palabras clave): “case reports” y “epidemics”. Consultado: 15 May 2022. Disponible en:  
 • [https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term="case+reports"+AND+"epidemics"&sort=date&size=50](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=)
35. Medline (vía PubMed). Búsqueda (palabras clave): “case series” y “epidemics”. Consultado: 15 May 2022. Disponible en:  
 • [https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term="case+series"+AND+"epidemics"&sort=date&size=50](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=)
36. Medline (vía PubMed). Búsqueda (palabras clave): “cross-sectional studies” y “epidemics”. Consultado: 15 May 2022. Disponible en:  
 • [https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term="cross-sectional+studies"+AND+"epidemics"&sort=date&size=50](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=)
37. Medline (vía PubMed). Búsqueda (palabras clave): “case-control studies” y “epidemics”. Consultado: 15 May 2022. Disponible en:  
 • [https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term="case-control+studies"+AND+"epidemics"&sort=date&size=50](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=)
38. Medline (vía PubMed). Búsqueda (palabras clave): “cohort studies” y “epidemics”. Consultado: 15 May 2022. Disponible en:  
 • [https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term="cohort+studies"+AND+"epidemics"&sort=date&size=50](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=)
39. Medline (vía PubMed). Búsqueda (palabras clave): “ecological studies” y “epidemics”. Consultado: 15 May 2022. Disponible en:  
 • [https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term="ecological+studies"+AND+"epidemics"&sort=date](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=)

40. Medline (vía PubMed). Búsqueda (palabras clave): “randomized controlled trials” y “epidemics”. Consultado: 15 May 2022. Disponible en:  
• [https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term="randomized+controlled+trials"+AND+"epidemics"&sort=date&size=50](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=)
41. Medline (vía PubMed). Búsqueda (palabras clave): “community studies” y “epidemics”. Consultado: 15 May 2022. Disponible en:  
• [https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term="community+studies"+AND+"epidemics"&sort=date](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=)
42. Teixeira MZ. Homeopathy: a preventive approach to medicine? *Int J High Dilution Res* 2009; 8(29): 155-72. Disponible en:  
• <http://highdilution.org/index.php/ijhdr/article/view/360>  
• <http://homeopatiamex.similia.com.mx/index.php/Revista/article/view/53>
43. Teixeira MZ. Homeopatia nas doenças epidêmicas: conceitos, evidências e propostas. *Rev Homeopatia (São Paulo)* 2010; 73(1-2): 36-56. Disponible en:  
• <http://revista.aph.org.br/index.php/aph/article/view/36>
44. Hahnemann S. *Organon da arte de curar*, 6a ed. Ribeirão Preto: Museu de Homeopatia Abrahão Brickmann; 1995.
45. Hahnemann S. Cura e prevenção da febre escarlate. En: Dudgeon RE, *Escritos menores de Samuel Hahnemann*. São Paulo: Editora Organon; 2006.
46. Teixeira MZ. Isoprophylaxis is neither homeoprophylaxis nor homeopathic immunization, but isopathic immunization unsupported by the homeopathic epistemological model: A response to Golden. *Int J High Dilution Res* 2014; 13(46): 54-82. Disponible en:  
• <http://highdilution.org/index.php/ijhdr/article/view/707>  
• <http://homeopatiamex.similia.com.mx/index.php/Revista/article/view/200>  
• <http://homeopatiamex.similia.com.mx/index.php/Revista/article/view/201>
47. Kent JT. *Lições de filosofia homeopática*. São Paulo: Editorial Homeopática Brasileira; 1998.
48. Medline (vía PubMed). Búsqueda (palabras clave): “homeopathy” y “cholera”. Consultado: 15 May 2022. Disponible en:  
• [https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term="homeopathy"+AND+"cholera"&sort=date](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=)
49. Medline (vía PubMed). Búsqueda (palabras clave): “homeopathy” e “influenza”. Consultado: 15 May 2022. Disponible en:  
• [https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term="homeopathy"+AND+"influenza"&sort=date&size=50](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=)
50. Medline (vía PubMed). Búsqueda (palabras clave): “homeopathy” y “dengue”. Consultado: 15 May 2022. Disponible en:  
• [https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term="homeopathy"+AND+"dengue"&sort=date](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=)
51. Teixeira MZ. Protocolo de pesquisa clínica para avaliar a eficácia e a segurança de medicamento homeopático individualizado no tratamento e na prevenção da epidemia de COVID-19. São Paulo: AMHB; APH; 2020. 62 p. Disponible en:  
• <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/en/biblio-1087238>
52. Teixeira MZ. Clinical research protocol to evaluate the effectiveness and safety of individualized homeopathic medicine in the treatment and prevention of the COVID-19 epidemic. São Paulo: AMHB; APH; 2020. 60p. Disponible en:  
• <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/en/biblio-1088044>
53. Teixeira MZ. Clinical research protocol to evaluate the effectiveness and safety of individualized homeopathic medicine in the treatment and prevention of the COVID-19 epidemic. *Rev Assoc Med Bras* 2020; 66(4): 405-406. Disponible en:  
• <https://doi.org/10.1590/1806-9282.66.4.405>
54. Medline (vía PubMed). Búsqueda (palabras clave): “case report”, “homeopathy” y “covid-19”. Consultado: 15 May 2022. Disponible en:  
• [https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term="case+report"+AND+"homeopathy"+AND+"COVID-19"&sort=date](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=)
55. Medline (vía PubMed). Búsqueda (palabras clave): “case series”, “homeopathy” y “covid-19”. Consultado: 15 May 2022. Disponible en:  
• [https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term="case+series"+AND+"homeopathy"+AND+"COVID-19"&sort=date](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=)
56. Medline (vía PubMed). Búsqueda (palabras clave): “cross-sectional studies”, “homeopathy” y “covid-19”. Consultado: 15 May 2022. Disponible en:  
• [https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term="cross-sectional+studies"+AND+"homeopathy"+AND+"COVID-19"&sort=date](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=)
57. Jethani B, Gupta M, Wadhvani P, *et al*. Clinical Characteristics and Remedy Profiles of Patients with COVID-19: A Retrospective Cohort Study. *Homeopathy* 2021; 110(2): 86-93. Disponible en:  
• <https://doi.org/10.1055/s-0040-1718584>
58. Medline (vía PubMed). Búsqueda (palabras clave): “randomized controlled trials”, “homeopathy” y “covid-19”. Consultado: 15 May 2022. Disponible en:  
• [https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term="randomized+controlled+trials"+AND+"homeopathy"+AND+"COVID-19"&sort=date](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=)



## Homeopatía sin fronteras

# Homeopatía y Sufrimiento Emocional: un Camino de Evolución

Guillermo Basauri\*

*En el estado de salud, la fuerza vital (autocrática) que dinámicamente anima el cuerpo material (organismo), gobierna con poder ilimitado y conserva todas las partes del organismo en admirable y armoniosa operación vital, tanto respecto a las sensaciones como a las funciones, de modo que el espíritu dotado de razón que reside en nosotros, puede emplear libremente estos instrumentos vivos y sanos para los más altos fines de nuestra existencia.*

Órganon (parágrafo 9), Dr. Samuel Hahnemann.

Comienzo mi segundo artículo en **La Homeopatía de México** con el mismo párrafo del *Organon* en el que el doctor Samuel Hahnemann explica claramente, a su entender, el fin último de la medicina: liberarnos del sufrimiento para poder alcanzar los más altos fines de nuestra existencia. Fin último que yo comparto desde lo más profundo de mi ser.

## ¿Por qué sufrimos los seres humanos?

Desde la antigüedad, todas las grandes tradiciones filosóficas y espirituales han entendido, de alguna manera, que el origen del sufrimiento del ser humano se encuentra en la ignorancia, en el olvido de quiénes somos y en la falta de coherencia en nuestra forma de vivir con relación a nuestra naturaleza profunda.

“Conócete a ti mismo” es la frase inscrita en la entrada del templo de Apolo, en Delfos. Los más grandes filósofos griegos como Pitágoras, Sócrates, Platón o Aristóteles también hicieron suya la idea de que nunca sería posible desarrollar todo el potencial humano sin un conocimiento profundo de su naturaleza.

Los *Yoga Sutras* (en sánscrito “aforismos del yoga”) son los antiguos textos fundacionales del yoga recopilados en un libro por el sabio Patanjali, presumiblemente en el siglo III a. C. Esta sabiduría milenaria fue transmitiéndose por tradición oral hasta que este pensador hindú, también conocido como Gonardiya o Gonikaputra, los recopiló en el libro que hoy conocemos como *Los Yoga Sutras de Patanjali*.

\*Experto universitario en Homeopatía y profesor de esta disciplina médica en el Centro de Enseñanza y Desarrollo de la Homeopatía (CEDH), España. Especialista en Osteopatía y medicina naturista; miembro de la Sociedad Española de Medicina Homeopática (SEMH) y de la Sociedad Española de Puericultura (SEP). Vocal de Comunicación de la Asamblea Nacional de Homeopatía (España).

La ciencia del yoga tiene como objetivo conectar al ser humano con su más profunda esencia, de manera que pueda relacionarse con la Vida desde lo real, no desde lo ilusorio. En los *Yoga Sutras*, Patanjali recoge las cinco causas del sufrimiento humano, las cinco *kleshas* u obstáculos que nos impiden ser felices y liberarnos del sufrimiento. La primera, origen de la otras cuatro, es la ignorancia.

Pero, ¿la ignorancia de qué? ¿el olvido de qué? Pues de que somos seres divinos, eternos e inmortales encarnados en una realidad finita pero indispensable para vivir esta experiencia humana. Y que el sentido de esta experiencia humana es comprender esa realidad para llegar a vivir en coherencia con lo que somos, en coherencia con nuestra **esencia**, cuya naturaleza es el **amor** y todas sus cualidades.

Mientras no seamos capaces de vivir desde la esencia, tendremos que interactuar con la vida desde algún otro lugar de nosotros mismos. Ese “piloto automático”, ese “sistema operativo” que conduce nuestro coche cuando su legítimo piloto duerme es nuestro ego, con su personalidad, sus pensamientos y sus sentimientos asociados.

Lo que ocurre es que el ego no comprende la vida porque su sistema operativo es un sistema binario: me gusta-no me gusta. Para el ego las cosas o los acontecimientos son buenos o malos, le interesan o no le interesan, le convienen o no le convienen. Para la esencia todo lo que existe es, sencillamente, digno de ser amado. Y todas las experiencias que vivimos son dignas de ser vividas porque todo tiene un significado profundo en el transcurso de nuestra evolución.

El ego funciona en el juicio y la comparación. La esencia funciona en el amor y la aceptación. Pero ¡ajo!, el ego es maravilloso. ¿Cómo podríamos vivir la experiencia humana si nuestro piloto está dormido y no hay nadie que nos permita interactuar con la vida?

El problema es que le damos al ego las responsabilidades que no le corresponden. El ego es formidable para hacerse cargo de lo cotidiano, para organizar la vida, pero no para comprenderla. Nosotros mismos lo hemos creado a la espera del momento en el que podamos apagar ese piloto automático, cuando el conductor, nuestra esencia, se haga por fin cargo de los mandos.

Como escribía San Juan de la Cruz, en la última estrofa de su *Noche oscura*, hablando del ego: “Quedéme, y olvidéme, el rostro recliné sobre el Amado, cesó todo, y dejéme, dejando mi cuidado

entre las azucenas olvidado”.

Cuando podamos reclinarnos sobre el **amado**, nuestra **esencia**, la noche oscura cesará, el sufrimiento cesará y podremos dejar a nuestro ego, con amor y agradecimiento, delicadamente, descansando entre las azucenas olvidado.

---

## El espíritu de la Homeopatía: observación y experimentación

---

Todas las personas buscamos la felicidad, todas. Por extraños que nos parezcan los caminos, nuestro último afán en la vida es sentirnos felices, sentirnos en paz. La paz, la serenidad, la alegría, la gratitud, la compasión, la humildad, la equidad, el discernimiento, la sabiduría, la templanza, la creatividad, la solidaridad, la aceptación, la libertad, la salud, son atributos de nuestra **esencia**. Son cualidades y expresiones del **amor**.

La lucha, la competitividad, la envidia, la escasez, la preocupación, la venganza, la revancha, la resignación, el orgullo, la enfermedad y el sufrimiento... pertenecen al **ego** que todo lo juzga y que sólo acepta lo que considera benéfico para él.

A lo largo de la historia, en Oriente y en Occidente, han hablado de esto seres humanos que ya lo habían experimentado y que vinieron a esta Tierra con el propósito de guiarnos en el camino hacia la dicha de vivir en coherencia con lo que somos, en coherencia con nuestra **esencia**.

Pero no creáis nada. No creáis a nadie. Por supuesto, no me creáis a mí. Experimentad. Como hizo el doctor Hahnemann: observad y experimentad.

Todo esto que os comparto para mí no son sólo palabras; son experiencias de vida. Cuando soy capaz de alinearme con mi **esencia**, cuando vivo confiando en la vida y conectando con ella y con los demás desde un lugar amoroso y compasivo mi vida se vuelve mucho más ligera y todo es más fácil. Pero cuando vivo enganchado en mi ego, preocupado por mí, juzgándolo todo y sintiendo todo y a todos como separados de mí, como algo extraño, entonces la vida se vuelve algo duro, arduo y difícil, a veces aterrador.

Todo esto es algo personal e intransferible; cada cual tendrá que hacer su experiencia. Yo os comparto la mía porque la Homeopatía me ha ayudado de una manera preciosa a conocer mejor la naturaleza

humana, a mis pacientes y a mí mismo, y a poder así ayudar a muchos de ellos, no sólo con nuestros medicamentos sino también con mi presencia, con mi **ser**.

## Los núcleos profundos de nuestro conflicto existencial

Cuando nos encontramos en nuestra consulta con un paciente sensible a **Silicea** podemos ver a una persona amable y tímida, aunque muy observadora, algo nerviosa y muy sensible e inteligente. Una persona sensible a **Lycopodium** se mostrará segura, algo altiva, muy correcta y, normalmente, perfectamente vestida y conjuntada.

Pero nosotros sabemos que estas dos personas tan aparentemente distintas tienen algo profundo en común: su sentimiento de inferioridad, de no ser capaces, de no dar la talla. Lo que ocurre es que cada uno de ellos va a desarrollar una respuesta neurótica de defensa ante ese sentimiento radicalmente diferente. **Silicea** se convertirá en el “ratoncito asustado” y **Lycopodium** en el “perro ladrador, pero poco mordedor”.

Si conocemos el núcleo profundo del conflicto de cada paciente y comprendemos, sin juzgar, su neurosis de adaptación, podremos empezar a ser capaces de ayudarles desde nuestra presencia y nuestras palabras.

Entender que una persona es sensible a **Seipia**, **Lachesis**, **Aurum** o **Phosphorus** conlleva también tomar consciencia de sus fragilidades emocionales y esto nos puede ayudar a acompañarle en su proceso desde un lugar que a él le resuene.

Os propongo hacer un pequeño recorrido, a modo de ejemplo, por 10 de nuestros medicamentos de prescripción más habituales, al menos en mi experiencia, para entender qué pueden necesitar de nosotros cuando cada uno de ellos esté atravesando una de sus noches oscuras.

## Lycopodium

El núcleo del sufrimiento de las personas sensibles a **Lycopodium** es su sensación de sentirse débiles e inadecuadas, incapaces e impotentes para afrontar la vida. El miedo y la cobardía que esto provoca se

intenta compensar con una actitud de prepotencia y altanería. Como dice el refranero español: “Dime de qué presumes y te diré de qué careces”.

Lo que **Lycopodium** necesita saber es que: la vida no es una competición en la que sólo son amados y valorados los vencedores, los mejores o los “número uno”. El poder no es lo que da valor a un ser humano.

No estamos aquí para competir y vencer, sino para evolucionar y desarrollar nuestros dones y capacidades. Y siempre desde la deportividad: lo importante no es ganar sino participar.

## Silicea

En mi experiencia, las personas sensibles a **Silicea** son, posiblemente, de los seres humanos más conectados con su alma. Son sensibles y muy inteligentes, con una naturaleza básicamente bondadosa. Son dulces y reservados, y no buscan imponer sus convicciones, aunque estas puedan ser muy firmes y profundas. Saben escuchar, son capaces de cambiar de parecer y raramente se muestran agresivos o críticos.

Pero a **Silicea** lo que le limita es una sensación de falta de energía y de fragilidad para afrontar la vida. Por ello no suele desarrollar patología severa a nivel mental o emocional. El individuo de esta descripción no tiene un verdadero conflicto consigo mismo, es tan sólo que le falta energía, cuando dicha sensación se hace muy presente pueden mostrarse distantes, espesos mentalmente y con tendencia a las ideas fijas, como si su mente hubiera perdido la flexibilidad que le caracterizaba.

Lo que **Silicea** necesita saber es que: sólo sentirá todo su potencial energético cuando comprenda que lo que necesita es conectarse con una fuente de energía más amplia. Esa fuente de energía tiene que ver con su corazón, con su bondad. En cuanto **Silicea** empieza a actuar desde su alma, conecta con su energía y su fuerza. Esto es algo que nos pasaría a todos, lo que ocurre es que las personas **Silicea** están evolutivamente ya muy cerca de alcanzarlo.

## Lachesis

Si a la derecha tenemos a **Lycopodium**, a la izquierda nos encontramos con **Lachesis**. El núcleo central de su dolor emocional es la sensación de haber

sido abandonado, traicionado. Ante esta sensación desarrollará un sentimiento de culpa (consciente o, generalmente, inconsciente); se cree malo, pero lo rechaza, proyectándolo sobre los demás. Así, creará en su ego una buena imagen de sí mismo, creyéndose sinceramente bueno y rechazado.

En este contexto, su respuesta neurótica de defensa será el egocentrismo y la paranoia, volviéndose una persona agresiva, violenta, autoritaria, soberbia, crítica, logorreica (con exagerada locuacidad), dominadora, envidiosa, exigente y celosa. Busca una forma de dominio y de poder sobre los demás más sutil que **Lycopodium**, más manipulador. Se mostrarán siempre sobreexcitados, en la búsqueda constante de una descarga para aliviarse. Bueno, siempre sobreexcitados hasta que caen en alguna de sus fases depresivas, con una profunda angustia y misantropía.

Lo que **Lachesis** necesita saber es: confiar en los demás para evitar estar en constante fricción. Amar es compartir. Lo que vemos en los demás y nos irrita suele ser el mejor espejo de nosotros mismos.

---

## Sulphur

---

**Sulphur** vive demasiado centrado en sí mismo; se siente el centro del universo. Lo más importante para **Sulphur** es él mismo y sus necesidades, por eso le cuesta mucho tener en cuenta el “exterior”. Es como si entre él y el resto se levantase un muro de cristal. Así, el adulto **Sulphur** puede mostrar un comportamiento muy infantil con gran dificultad para compartir las responsabilidades; por eso es común que rechace todo lo que a él no le guste, le convenga o le apetezca.

**Sulphur** puede mostrarse como un exaltado voluble y caprichoso, con delirios de grandeza, pero con muy poca resolución a la hora de la verdad. Se le podría aplicar perfectamente el dicho de “mucho ruido y pocas nueces”.

Le cuesta ver la realidad y, sobre todo, ver **su realidad**. Es un maestro evitando y rechazando los problemas como si no fueran con él, “escondiendo la cabeza bajo tierra”. La fuerza centrífuga del medicamento también se hace presente en su mundo emocional.

Lo que **Sulphur** necesita saber es que: en esta vida todos somos únicos e irremplazables. Los demás también existen y sus necesidades son tan

importantes como las suyas. El sentido de la vida reside en ser capaz de transitar el camino que va desde el “yo” hasta el “nosotros”.

---

## Phosphorus

---

Las personas sensibles a **Phosphorus** tienen una profunda necesidad de belleza y de armonía, siempre en busca del objeto ideal que, por supuesto, no encuentran. Esto les produce sentimientos de insatisfacción y de frustración; la mediocridad de la realidad les deprime.

Lo que **Phosphorus** necesita saber es que la belleza no es algo absoluto ni la perfección es necesaria. Lo importante no es buscar la luz y la belleza fuera de nosotros, sino ser capaces de iluminar y de embellecer con nuestra presencia. La belleza está en todo, a condición de que lo miremos con los ojos del alma.

---

## Pulsatilla

---

El Dr. Hahnemann dijo de **Pulsatilla**: “Sana a las mujeres de naturaleza suave, dócil, sosegada y sumisa; no es porque lleven en ellas estos síntomas primitivos, estas cualidades, sino lo contrario. Así, cuando yo tomé o hice tomar **Pulsatilla** en alta dilución, siempre produjo, en mí y en mis pacientes, acidez, rebeldía... resentimiento”.

**Pulsatilla** confunde el amor con la dependencia. Vive las relaciones de una forma fusional, como si viviera sus vínculos a través de un imaginario cordón umbilical. Busca que sus relaciones la sostengan, que la “alimenten”, y así se pueden volver auténticos “vampiros emocionales”. **Pulsatilla** guarda tras su imagen dulce y sumisa una realidad irritable, tiránica y caprichosa que saldrá a la luz cuando sus necesidades de amor fusional no se cumplan. Y esto se ve especialmente en los niños.

Como **Lachesis**, se siente abandonado, pero, al contrario de éste, busca satisfacer su necesidad de protección y sostén a través de la seducción, de la dulzura y de la sumisión, como primera estrategia. Su lema podría ser: “¿Cómo quieres que sea para que me quieras?”. **Lachesis** no es pasiva como **Pulsatilla**. **Lachesis** lo toma, lo exige.

Lo que **Pulsatilla** necesita saber es: la calidad del amor no es tomar sino dar. Paradójicamente,

y en Homeopatía entendemos muy bien el valor de las paradojas, cuanto más das, más te llenas.

La soledad es una fantasía del ego. Todos estamos conectados y cuando somos capaces de sentir esa conexión el amor sin dependencia es posible.

## Sepia

**Sepia** no puede conectar con la dulzura, con la ternura ni con el calor de la vida. No sabe cómo mostrar su amor de una forma emocional y lo sustituye por el sentimiento del deber. Intercambia amor por abnegación, esto es, la renuncia voluntaria a los propios deseos, afectos o intereses en beneficio de otras personas. Al final, es frecuente que acabe tan agotado de “cargar con el mundo sobre sus espaldas” que termine tirando la toalla y dejando caer todo y a todos.

**Sepia** puede mostrarse como una persona fría y pesimista. Le falta la “chispa de la vida” que intentará encontrar en la acción; hacer, hacer y hacer. Necesita estímulos intensos que le saquen de su sensación de estancamiento. Así, yo he oído hablar de **Sepia** como la “**Nux vomica** femenina”.

Lo que **Sepia** necesita saber es que: el calor del corazón no se encuentra activando el cuerpo. La ternura es una cualidad de todo ser humano. Todos somos capaces de expresar el amor porque es lo esencial de nuestra naturaleza. Muchas veces, menos es más. Dejar de hacer para sentir, para ser.

## Aurum

Este elemento es el oro, el sol. Y de la misma manera que **Phosphorus**, vive conectado a un ideal inalcanzable; la suprema dignidad del ser humano. **Aurum** se decepciona tan profundamente de él mismo y de los demás que deja de sentirse digno de vivir. Siente que “no es oro todo lo que reluce” y esta idea le hunde en una profunda depresión melancólica.

Está convencido de que no ha cumplido con su “deber de ser”, que no ha estado a la altura de la grandeza y la dignidad que se espera de un ser humano. Ni él, ni nadie. Y vivir con este sentimiento de indignidad, con esta decepción tan profunda, se le puede hacer absolutamente intolerable.

Lo que **Aurum** necesita saber es que: aunque el cielo se vea nublado y oculte el sol, el sol siempre está ahí. La grandeza del ser humano es una semilla que hemos venido a alimentar para hacerla crecer, florecer y dar frutos. La vida es un camino de evolución. No hay prisa en alcanzar nuestro destino porque, más tarde o más temprano, acabaremos expresando lo que realmente somos: luz y amor.

## Natrum muriaticum

“No herir y no ser heridos” podría ser un buen lema de vida para las personas sensibles a **Natrum muriaticum**, un medicamento de contrastes. Es común que sus pacientes muestren un síntoma y también el contrario, es decir, signos y síntomas opuestos. Y esto es muy coherente con el núcleo profundo de su conflicto existencial; un mundo emocional muy sensible y vulnerable junto con una gran dificultad para expresar sus sentimientos.

En realidad, en un principio son personas que pueden mostrarse expresivas y afectuosas pues son de naturaleza cálida y emocional. Pero su profunda vulnerabilidad hace que cualquier ofensa o situación que vivan como una herida emocional lo sientan como un daño irreparable. La dificultad para expresar sus emociones les conducirá al aislamiento y, más allá, al resentimiento y al rencor.

Rumian mentalmente, incluso hasta la obsesión, todo lo que no pueden resolver en su mundo emocional y relacional. Se quedan enganchados en la nostalgia del pasado que ya nunca volverá. Un pasado, muchas veces, más idealizado que real. Todo esto hasta que ya no pueden contener más sus emociones y estallan en esas crisis de angustia que tantas veces **Ignatia** les ayuda a controlar.

Lo que **Natrum muriaticum** necesita saber es que: nadie vive en nuestra cabeza y en nuestro corazón, salvo nosotros mismos. Lo que no contemos a los demás, nadie tiene por qué saberlo. La mayoría de las veces que le hacemos daño a alguien no es con esa intención, sino por negligencia. Sencillamente, nos equivocamos sin deseo de herir.

Aprender a perdonar la torpeza de los otros es el único camino para que podamos perdonar nuestros propios errores y no quedarnos atrapados en la culpa y el dolor.

## Nux vomica

Las personas sensibles a **Nux vomica** parecen que nunca tienen suficiente acción, suficiente actividad. Requieren que esa acción las lleve a logros concretos y tangibles de una manera eficiente y, de ser posible, rápida. La acción y los logros parecen ser la única manera que conocen para calmar esa angustia existencial que les constriñe, como se manifiesta en su tendencia a los espasmos de todo tipo.

Su necesidad de acción y de logros es tan apremiante que intentarán ir más allá de sus límites, sacrificando su propia salud y hasta sus relaciones y afectos. Para ellos no hay nada más importante que seguir avanzando, hacia delante, sin descanso, hasta desfallecer. Caiga quien caiga.

Lo que **Nux vomica** necesita saber es que: no podemos huir de los conflictos; siempre acaban alcanzándonos. Es mejor parar y afrontarlos. Así, al final, siempre se llega más lejos.

## El doctor del futuro

Para terminar esta colaboración quiero dejaros con este inspirador y profético texto del escritor, filósofo y

maestro estadounidense Ralph Waldo Trine, escrito por allá de 1900. Estas letras las compartió conmigo una amiga hace apenas unas semanas, de manera que a ella se le podría responsabilizar (o culpar) de la creación de este artículo que comparto con todos vosotros.

Llegará el momento en el que el trabajo del médico no será tratar el cuerpo, sino curar la mente que, a su vez, curará el cuerpo. En otras palabras: el verdadero médico será un filósofo y un maestro y su preocupación será mantener a las personas sanas y no solo tratar de curarlas una vez que hayan caído enfermas.

El verdadero médico tratará no sólo el cuerpo con medicinas, sino la mente con principios. Enseñará a los hombres que la alegría, la benevolencia, las obras nobles, el amor y la bondad obran tanto en el cuerpo como en la mente y que un corazón alegre es la mejor medicina.

...Y aún más tarde llegará el momento en el que cada uno sea su propio médico, cuanto más se alinee con las leyes superiores de la vida y use los poderes de su mente.

Ralph Waldo Trine (1866-1958).

## Cartas a Mis Pacientes



Ilustración: José Luis Alcover Lillo.

M. Gloria Alcover Lillo\*

### Diferencia entre Homeopatía y Disciplinas Alternativas

\*La autora es médico cirujano por la Universidad Complutense de Madrid (España), con especialidad en Ginecología y Obstetricia; además, tiene la especialidad en Homeopatía por la Escuela de Posgrado de Homeopatía de México, A.C., y es miembro de honor de la Universidad de Sevilla, la Academia Médico Homeopática de Barcelona, la Escuela Médico Homeopática Rumana, la Escuela Médico Homeopática Ecuatoriana, la Escuela Médico Homeopática de Bogotá y el Instituto G. Páez de Bogotá.

Para entender las diferencias entre la medicina homeopática y las demás disciplinas alternativas no hay nada mejor que ejemplos concretos y reales. Podremos ver así, con claridad, la diferencia entre un tratamiento **curativo** capaz de desencadenar la reacción individual de la fuerza vital del sujeto, que corrige la enfermedad, incluso la hereditaria, y reorganiza su estructura patológica y la totalidad del sufrimiento del enfermo, frente al tratamiento higiénico y armonizador de la totalidad del enfermo, que mejora su desequilibrio sin poder modificar su estructura patológica, cosa que, a veces, resulta suficiente para llevar al sujeto a un bienestar aceptable.

## Ejemplo 1

Lilí es una gata de 18 años. Siempre ha vivido en comunidad con sus gatos abuelos. En los últimos tiempos han muerto sus dos abuelos. Primero el gato y después la gata. Ella ha sido siempre una gatita sana, independiente pero muy cariñosa y feliz. Siempre ha manifestado predilección por los hombres más que por las mujeres, excepción hecha de su dueña, pero siempre ha sido cariñosa con todos.

Por primera vez se ha encontrado sola y ello ha coincidido con un cambio de ambiente temporal. La dueña ha estado de viaje 15 días y ha dejado a la gatita en casa con dos amigos muy cariñosos, pero que han dormido en la cama donde la gatita estaba acostumbrada a dormir con su ama. La pareja ha limpiado los patios, plantas y jardines, y Lilí ha estado contenta con el señor, pero no con la señora, pues parecía molesta por la sustitución de su dueña. De hecho, echaba a la señora de todos los sitios, y ésta, riendo, decía que se veía obligada a sentarse en la escalera porque no le dejaba estar en ninguna habitación.

Cuando la dueña regresó, la gatita estaba totalmente cambiada. Se metía en una esquina de la casa o de la terraza y no quería saber nada de ella. Estaba indiferente y despreciativa, aunque la dueña la buscara, acariciara y abrazara continuamente. Ella se lo permitía, pero no respondía y enseguida la empujaba para volver a aislarse.

Se llenó de pulgas, cosa que nunca había sucedido, y no se sabía dónde pudo pillarles porque no tenía relación con otros gatos. La cantidad de parásitos era enorme y persistían, a pesar de los ungüentos que se le colocaron de acuerdo con el consejo de los veterinarios que consultaron. Le cambió el pelo, que de aterciopelado se volvió un estropajo. La dueña ya no sabía qué hacer.

La gatita no había sido abandonada ni un instante, pero las pulgas y parásitos son un síntoma de problemas con el ambiente ligados al abandono que, en este caso, Lilí experimentaba como una gran ofensa, por ese encadenamiento de situaciones de cambio.

Las pulgas simbolizan la inseguridad, sentirse poca cosa, carecer de importancia y todo aquello que te está molestando en tu vida real. Consultando con el médico homeópata se tomaron los síntomas:

## Consecuencias de desvalorización.

- Misantrópía: busca la soledad en todo momento, al contrario de cómo había sido siempre, cariñosa y pidiendo caricias.
- Apatía y pérdida de vitalidad, con gran sentimiento de ofensa. Se negaba a convivir.
- Orgullosa y dominante en silencio: obligaba a ir adonde ella estaba para atenderla. Cambiaba de lugar para que se la atendiera, pero jamás volvió a la habitación donde siempre dormía, aunque se la llevara en brazos allí.
- Obstínada y tenaz en su decisión.
- Pulgas, con el cuerpo lleno de huevos en ingentes cantidades.

Considerando todo lo anterior, se eligió el *si-millimum* (único remedio homeopático adecuado que comprendía, de modo unívoco y organizado, toda esta totalidad): **Lycopodium**.

Considerando que llevaba dos meses así, se eligió una potencia alta, suave para dar repetidamente si era necesario. Se añadió el **Lycopodium** a uno de los cuencos donde bebe agua. Los animales se dosifican muy bien ellos solos. Si el remedio es justo beben, si no, no, y cuando han tomado lo suficiente no beben más.

Tomó el **Lycopodium** sólo un día, unas dos veces. Sorprendentemente, en 24 horas la gata no sólo cambió completamente, volviendo a su carácter afectuoso, sino que corría y saltaba y se colocó en la habitación de trabajo de su dueña de manera que, cuando ella se ponía a trabajar, Lilí se acurrucaba en sus piernas.

**Desaparecieron por arte de magia las pulgas.** A los dos días, no sólo no tenía una pulga viva, ¡no tenía un solo huevo! Con esta auténtica curación suave, veloz y estable se verificó cuanto se afirma de la fuerza curativa de la Homeopatía y su modificación organizada y armónica de la totalidad del sufrimiento de cualquier ser viviente.



## Ejemplo 2. Púrpura de Schönlein-Henoch (púrpura trombocitopénica)

Fernando es el primer hijo de una pareja joven. Desde los siete u ocho meses empezó a tener bronquiolitis: cada vez que cogía un pequeño resfriado acababa con bronquiolitis. Tiene la amígdala izquierda muy inflamada desde hace tres meses y no se le baja la inflamación a pesar de todo lo que se ha intentado. Por último, desde hace un mes lo que tiene es **púrpura de Schönlein-Henoch**. Lleva unas tres semanas en casa, en reposo, ya que nos han dicho que ese virus afecta a las arterias.

Las consideraciones que acompañan al sufrimiento del niño, como su amigdalitis crónica del lado izquierdo, la tendencia a enfriarse y a desarrollar mucosidad bronquial, constituyen la respuesta de la totalidad que su pequeña persona desarrolla, pidiendo ayuda para que se corrija lo que le hace sufrir.

Su madre está siempre ocupada con el trabajo, siempre al teléfono, siempre fuera y el niño se siente abandonado. No puede ni dormir con ella porque siempre tiene algo que hacer. Aunque es muy pequeño muestra su rabia y su frustración: la impotencia de pedir y no obtener lo que necesita.

Cuando empieza el problema de la púrpura, lo achacan a que se ha contagiado en la guardería. Sin embargo, lo que le pasa es que quiere a su madre junto a él, porque la necesita, y su falta se convierte en un conflicto vital. No sabe cómo defenderse. No se siente protegido ni seguro. Sin duda es un conflicto que tiene que ver con “la sangre”, la familia.

Tomando la totalidad del conflicto existencial de Fernandito y los claros síntomas, como:

- Lesiones hemorrágicas por todo el cuerpo.
- Fragilidad capilar dolorosa.
- Fragilidad emotiva: inseguridad, deseo continuo del apoyo y la compañía de su madre, llanto irritado y lamentos que no son escuchados. Temperamento apacible y miedoso.
- Propensión a enfriarse (lo que significa falta de calor afectivo).
- La amigdalitis crónica izquierda, por todo lo que no puede comunicar de sus sentimientos y necesidades, con una inflamación rojo oscuro.

Todo eso nos lleva a un remedio como **Pulsatilla nigricans**. Se le suministra a una potencia alta, 6LM, en días alternos por tres veces, considerando la situación persistente de malestar que vive. Naturalmente, se habla con los papás y en especial con la madre. Una semana después han desaparecido las púrpuras y la amigdalitis. A pesar de los cambios bruscos de temperatura no ha presentado catarro bronquial. El niño está mucho más juguetón y contento, a pesar de que la madre no ha podido modificar su comportamiento, pero sí presta mayor atención al niño.

Dicho esto, se vuelve a confirmar la curación de la totalidad del sufrimiento de un paciente, de cualquier edad o situación en que se encuentre, de modo veloz, suave y permanente, cuando recibe el simillimum y cuando se comprende bien la totalidad de lo que se tiene que modificar, tanto en el paciente como en su ambiente.

No olvidemos que cada uno de nosotros también está constituido por “el otro”. Y los otros son motivo importante de equilibrio y felicidad en nuestra vida.

## Disciplinas alternativas

Las llamadas medicinas alternativas y complementarias tienen en común dos cosas:

1. El haber reconocido que **la causa verdaderamente eficiente** de la enfermedad es la alteración, desequilibrio y desviación de la Fuerza Vital invisible del individuo enfermo, y manifiesta sólo a través de los síntomas.
2. El reconocer la evidencia del ser viviente como **una unidad inseparable** en su complejidad y que, por lo tanto, cada célula habla de la identidad de ese individuo. Se han llamado alternativas o “no convencionales” porque todas reconocen que la convención de la medicina moderna es sólo material, sólo corpórea y está ligada a la idea del hombre-máquina, lo que supone que tiene un modo de proceder mecánico, fragmentario, muy útil cuando el problema del paciente es parcial y mecánico.

Se diferencian entre ellas por la potencia curativa y por la capacidad de modificar la totalidad del sufrimiento del enfermo. Por su velocidad de acción. Por su suavidad y por la estabilidad en la curación.

También por el fundamento científico y comprobado que permite organizar un camino seguro para alcanzar con certeza el objetivo final (método). Es decir, curar de raíz el sufrimiento en cada individuo en participar según sus posibilidades psico-biológicas, incluyendo la herencia patológica.

La convención de la medicina moderna es insuficiente cuando el sufrimiento pertenece a toda su realidad dinámica, anímica, emotiva y física como **un todo** que debe ser considerado y curado dinámicamente. Entre estas hay una gran variedad que podemos distinguir como:

**Sistemas médicos completos.** Incluyen una filosofía definida y una descripción de la enfermedad, el diagnóstico y el tratamiento:

- Ayurveda.
- Naturopatía.
- Medicina tradicional china.

**Técnicas cuerpo mente.** Usan métodos conductuales, psicológicos, sociales y espirituales:

- Biorretroalimentación.
- Visualización guiada.
- Hipnoterapia.
- Meditación.
- Relajación.

**Prácticas con base biológica.** Emplean sustancias naturales para mejorar la salud:

- Fitoterapia.
- Quelación.
- Espagírica.
- Dietoterapia.

**Terapias manipulativas.** Con las que se tratan diversas enfermedades a través de la manipulación corporal:

- Quiropraxia.
- Osteopatía.
- Masajes.
- Aplicación de ventosas.
- Moxibustión.
- Reflexología.

Estas terapias se basan en la creencia de que el cuerpo puede regularse y curarse a sí mismo y de que sus partes son interdependientes.

**Terapias energéticas.** Se basan en la hipótesis de que existe una fuerza vital universal o energía sutil que reside en el interior del cuerpo y a su alrededor (vitalismo). Se trabaja sobre los biocampos.

- Imanes.
- Qi gong y Tai chi. Se emplean posturas sua-

ves, movimientos conscientes y la respiración para equilibrar la energía de la persona.

- Reiki.
- Toque terapéutico.
- Reconexión.

Como se puede apreciar fácilmente es mucho más complicado, si no imposible, hacer un tratamiento con medicina ayurvédica, naturopatía, acupuntura, etcétera, a la gatita. La dificultad de ponerle las agujas o de suministrarle hierbas varias y hacer valoraciones cósmicas para atender el desequilibrio, con la esperanza de que actúen en el tiempo para modificar todos los desordenes de su sufrimiento, es mucho mayor que dar el remedio *simillimum* con la frecuencia y la potencia dinámica adecuadas a las necesidades manifestadas por el organismo. Igualmente aplicando reiki y visualizaciones a distancia, dependiendo directamente del poder del terapeuta.

En todos los casos es una forma de abordar el problema mucho más genérico y mucho menos individual; no obstante, la armonización siempre la hará el propio individuo con su posibilidad curativa. Esto se hace mucho más complejo cuando el enfermo presenta una condición patológica crónica y/o hereditaria.

Con ninguna disciplina se puede aplicar una metodología clara, exacta y precisa en un modo suave, veloz y estable como sucede con la medicina homeopática. Con ninguna se puede reconocer el estímulo justo, dinámico e individual que señala e identifica sus síntomas en modo organizado como ese todo, emotivo, físico y dinámico que presenta el organismo cuando se enferma.

Los síntomas organizados por la Fuerza Vital desequilibrada, empujada por la Ley de Conservación constitutiva de todo ser viviente, tienen el objetivo de pedir con fuerza y señalar el camino necesario de la posible sanación. Cuanto más similar sea el estímulo a la totalidad de síntomas evidenciados, mejor será el estímulo terapéutico y más capaz de hacer desencadenar la reacción curativa que se busca.

Todas estas disciplinas pueden restituir fundamentalmente la higiene energética y crear armonía, vitalizando al enfermo. A veces es suficiente para restituir la salud cuando el caso no es muy complicado y severo. Pero cuando se trata de una verdadera enfermedad, son simplemente insuficientes. Sin embargo, el tratamiento homeopático correcto goza de la posibilidad de abordar la curación total, incluso en relación con la herencia.

# Se encuentra en circulación la *Farmacopea Homeopática de los Estados Unidos Mexicanos 4.0*

Rafael Mejía

La Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (Cofepris) dio a conocer que ya está disponible la nueva edición de la *Farmacopea Homeopática de los Estados Unidos Mexicanos*, la cual establece y actualiza las especificaciones y los métodos de análisis para los medicamentos homeopáticos y sus materias primas, las actividades relacionadas con su manejo, distribución y dispensación, así como los documentos legales y técnicos que rigen dichas actividades.

A través de una publicación en el *Diario Oficial de la Federación*, Alejandro Ernesto Svarch Pérez, titular de la Cofepris, notifica “a los establecimientos donde se realice alguna de las actividades relativas a la fabricación, venta y suministro de medicamentos homeopáticos, materias primas para la elaboración de éstos, así como a los laboratorios de control químico, biológico, farmacéutico o de toxicología, para el estudio o experimentación de medicamentos homeopáticos y materias primas y al público en general, que se encuentran a la venta los ejemplares que contienen la *Farmacopea Homeopática de los Estados Unidos Mexicanos 4.0*”.

El aviso, dado a conocer en la edición del 10 de mayo de 2023 del órgano informativo del Gobierno federal, añade que esta nueva farmacopea “entrará en vigor a los 60 días naturales posteriores a la publicación del presente aviso” y que puede adquirirse en las instalaciones de la Comisión Permanente de la Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos (CPFEUM), con domicilio en Río Rhin no. 57, colonia Cuauhtémoc, CDMX.

Cabe señalar que esta obra también puede obtenerse en la tienda en línea de la Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos (FEUM), según lo señaló la CPFEUM en sus redes sociales. La dirección es: <https://tienda.farmacopea.org.mx/product/farmacopea-homeopatica-de-los-estados-unidos-mexicanos-4-0/>

De acuerdo con el sitio *web* de la CPFEUM, esta actualización de la farmacopea homeopática “comprende los nombres, procedimientos, métodos y especificaciones para la identificación, preparación y análisis de las sustancias y productos homeopáticos. En esta revisión se actualizaron 117 nombres botánicos con sus respectivas familias y sinónimos taxonómicos para una adecuada elaboración de sus medicamentos, evitando la adulteración o contaminación de dichos productos.

“Con esta herramienta normativa, la Cofepris vigila la calidad de los medicamentos homeopáticos para fortalecer la seguridad de la Homeopatía como modelo médico clínico terapéutico incorporado a nuestro Sistema Nacional de Salud”, concluye la misma fuente.



# El Mundo de la Homeopatía

---

---

## Nace el Instituto en Ciencias de la Salud y Medicina Integral Samuel Hahnemann, en Chiapas

- Una nueva opción para estudiar la licenciatura en Medicina y Homeopatía.
- También ofrece la licenciatura en Fisioterapia y Rehabilitación, además de una maestría y un doctorado.
- Cuenta con Reconocimiento de Validez Oficial de Estudios de la Secretaría de Educación Pública federal.
- Primera institución en su tipo en el sureste de la República Mexicana.

Juan Fernando González G.

Para nadie es un secreto que el sistema de Salud en México tiene muchas deficiencias. En las últimas décadas, este segmento de la administración pública fue prácticamente abandonado por las autoridades y ahora, sobre todo a raíz de la larga experiencia de la pandemia relacionada con la covid-19, se ha ratificado la urgente necesidad de incrementar la cantidad de médicos generales y especialistas en todo el país como un primer paso hacia la reconstrucción de este gigante maltrecho que atiende a más de 110 millones de personas.

En México, de acuerdo con reportes periodísticos, hay 194 instituciones (públicas y privadas) que ofrecen la licenciatura en Medicina. Si nos concretamos a las escuelas en las que puede cursarse la carrera de médico homeópata a nivel licenciatura, el contraste es impresionante, toda vez que tradicionalmente han existido sólo dos entidades educativas reconocidas por la Secretaría de Educación Pública que brindan dicha posibilidad: la Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía, perteneciente al Instituto Politécnico Nacional, y la Escuela Libre de Homeopatía, I.A.P.

Sirva este preámbulo para decir que, afortunadamente, ya es una realidad la puesta en marcha de una escuela que formará nuevas generaciones de médicos homeópatas en el sureste de la República Mexicana, específicamente en el estado de Chiapas. Se trata del Instituto en Ciencias de la Salud y Medicina Integral Samuel Hahnemann (ICSMISH), academia que posee el Reconocimiento de Validez Oficial de Estudios (Acuerdo RVOE 20221800. Modalidad escolar. Fecha de acuerdo: 2 de diciembre de 2022), de la Secretaría de Educación Pública federal.

### Un gran proyecto

**La Homeopatía de México** platicó con el médico homeópata Julio César Camacho León, rector de esta nueva casa de estudios, quien se graduó en el año 2012 como licenciado en Naturopatía para luego estudiar una maestría en

Homeopatía en 2015. Desde entonces, el amor y la comprensión por la ciencia configurada por el célebre Samuel Hahnemann hizo que el joven médico buscará conformar un grupo de trabajo multidisciplinario para emprender un gran proyecto educativo y de investigación en su estado natal, Chiapas.

El ICSMISH ofrece desde el mes de agosto de 2023 la licenciatura en Medicina y Homeopatía. Simultáneamente, los jóvenes provenientes del bachillerato podrán optar por otra licenciatura: la de Fisioterapia y Rehabilitación, ambas carreras con seis años de duración. El proyecto va más allá porque los médicos tendrán la posibilidad de cursar la maestría en Administración en Sistemas de Salud y el doctorado en Planeación y Gestión en Organizaciones de Salud, cada modalidad con dos años de duración.

Los planes de estudio son robustos y acordes con las exigencias de la época actual, además de que se apoyan en una planta docente que, en su gran mayoría, proviene de la Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía del IPN.

Con este soporte, “los egresados de nuestra institución serán médicos homeópatas que tendrán la posibilidad de estudiar una especialidad médica más adelante, así como practicar cirugías y prescribir medicamentos homeopáticos, es decir, todo lo que conlleva egresar como un profesional experto en medicina y Homeopatía”, comenta el Dr. Camacho de León, rector del nuevo instituto académico.

“Nos enorgullece mucho esta iniciativa porque somos la única escuela en Chiapas que ha conseguido la autorización para formar médicos, algo que, definitivamente, también servirá como una plataforma para atender a la población estudiantil del sureste del país. Hablamos de aquellos que viven en Tabasco, Oaxaca, Veracruz, Campeche, Quintana Roo y Yucatán”, afirma el entrevistado.

“Tenemos muy claro que adquirimos el compromiso de tomar la batuta para normalizar y regularizar el movimiento homeopático en el sureste del país, pero sobre todo que debemos partir de un objetivo primordial: beneficiar a la sociedad chiapaneca”. Así lo destaca el entusiasta emprendedor, quien resalta que la Homeopatía “ha demostrado ser muy eficiente para el tratamiento de enfermedades de todo tipo, lo que se ha hecho patente en situaciones tan específicas como la pandemia ligada a la covid-19 y otras nuevas enfermedades que nos afectan socialmente”, asevera.

“Afortunadamente, en todo el mundo hay una corriente muy fuerte para darle el sustento suficiente a la Homeopatía como una ciencia segura, eficaz y que no produce repercusiones indeseables en los pacientes. Estamos convencidos de ello y creemos que paulatinamente se podrá beneficiar a grandes sectores de la sociedad. Nosotros, particularmente, tenemos un plan trazado que incluye fortalecer la Homeopatía en Chiapas y el sureste del país; establecer un intercambio académico con el Instituto Politécnico Nacional y la Escuela Libre de Homeopatía, pero también con diferentes asociaciones de todo el país.

“Apenas empezamos este proyecto, pero pensamos ya en tener un hospital homeopático, algo que tarde o temprano pasará”, afirma el médico chiapaneco.

## Cifras no tan saludables

- De acuerdo con la *Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo* (2021), México cuenta con 305 mil 418 personas que trabajan como médicos. Del total, 54% son hombres y 46% mujeres.
- Nuestro país registra 2.4 médicos por cada mil habitantes; la cifra es inferior al valor promedio de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) que es de 3.5 médicos por cada mil individuos.
- De cada 100 personas con esta ocupación, 67 son médicos generales y 33 especialistas en alguna rama de la medicina.
- Respecto al nivel de instrucción, 69% cuentan con licenciatura, 27% con maestría y 4% con doctorado.

## Escuela de alto nivel

Es común que muchas instituciones hospitalarias sean renuentes a aceptar en sus filas a médicos provenientes de facultades o escuelas de medicina que consideren poco calificadas. Desafortunadamente,

los médicos homeópatas se enfrentan con ciertos prejuicios e incluso discriminación en este sentido. ¿Qué opina el Dr. Camacho de León al respecto?

“Nuestra escuela, al ser una institución reconocida por la Secretaría de Educación Pública, formará médicos que podrán ejercer su profesión en cualquier lugar del país. Por eso hemos trabajado para tener el reconocimiento de diversas instituciones de salud y establecer convenios con el IMSS, Pemex y las Secretarías de Salud de Oaxaca y Chiapas, entre otras dependencias”, dice el entrevistado.

“Nuestro plan de estudios está muy bien planeado y contempla un año de internado médico de pregrado y un año de servicio social; también prácticas clínicas durante la formación básica para que los alumnos puedan acudir a hospitales y clínicas, así como un convenio con el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de las Familias (DIF) de Chiapas, para que pongan en práctica todo lo aprendido en el aula y tengan los espacios adecuados para realizar su internado médico y su servicio social, tal y como lo marca la ley”, informa el rector del ICSMISH.

## Plan de estudios

Si se revisa con atención el plan de estudios de la licenciatura de Medicina y Homeopatía del instituto chiapaneco se observa que hay un gran equilibrio entre las materias propias de la medicina convencional y las que corresponden al ámbito homeopático. Como ejemplo de ello, enlistamos las materias de los tres primeros semestres:

- **Primer semestre:** Anatomía 1, Fisiología, Embriología, Histología, Fundamentos biológicos, Salud Pública y Antecedentes de la Medicina y Homeopatía.
- **Segundo semestre:** Anatomía, Fisiología, Habilidades Clínicas, Comunicación Oral y Escrita, Respuesta Inmunológica, Bioquímica, Bases teóricas y Experimentales de la Homeopatía.
- **Tercer semestre:** Bioética y enfoque inclusivo, Imagenología Médica, Genética Humana, Parasitología y Micología, Farmacopea Homeopática, Psicología Médica, Tecnología en Medicina.

Las guías de evaluación de la SEP marcan con precisión las materias relativas a la Homeopatía que deben integrarse al programa de estudios. De entre ellas resalta la de **Práctica Clínica Homeopática**, que está dotada de un sentido eminentemente

comunitario por la situación socioeconómica tan adversa que se vive en Chiapas. “Buscaremos ayudar a las comunidades marginadas a través de campañas de Homeopatía dirigidas a los sectores más vulnerables, y para cumplir con esa encomienda utilizaremos los centros de salud, las clínicas y los hospitales a los que irán los alumnos a hacer sus prácticas”, relata el académico.

“Afortunadamente, en el internado médico nos han abierto la puerta en hospitales del IMSS y en diferentes centros de salud. Como es de esperarse, en ninguno de ellos existe un área de medicina homeopática; de allí que sea nuestro deber fortalecer esa parte y tratar de abrir campo para que los médicos tengan el espacio adecuado para practicar sus conocimientos y beneficiar a la población. Se trata de que la gente nos visualice como una alternativa segura y efectiva que está respaldada por el Sector Salud”, enfatiza Camacho de León.

*Las materias ligadas a la Homeopatía serán impartidas desde el primer semestre y estarán presentes en toda la carrera.*



Es tal el empuje y la confianza en este proyecto que muy pronto se obtendrán las certificaciones necesarias para impartir dos licenciaturas más ligadas al área de la salud: Psicología Clínica y Nutrición Clínica, señala el entrevistado, quien también adelanta que ya trabajan en la creación de un campus que se ubicará entre las localidades de Tuxtla Gutiérrez y Chiapa de Corzo. El plan va más allá, toda vez que se contempla participar en el terreno gremial para que en un futuro cercano se constituya una asociación (quizá un colegio) de médicos homeópatas en el estado de Chiapas.

“Uno más de nuestros planes –dice el médico hahnemanniano– se centra en proponer ante las autoridades la creación de hospitales o clínicas de salud en los que haya un servicio de Homeopatía con el respaldo de nuestra institución.”

## Financiamiento

El rector del ICSMISH relata que este proyecto ha requerido de una gran creatividad, pero también de muchos recursos. “Tenemos el apoyo del sector privado, un grupo multidisciplinario que decidió invertir en esta iniciativa. Somos siete personas que tenemos mucho entusiasmo y que desde hace dos años trabajamos día y noche para cumplir lo que ha dejado de ser un sueño y hoy es una realidad”.

Cursar una carrera universitaria en el ámbito de la educación privada es, la mayoría de las veces, un tanto oneroso. En este caso, sorprenden los costos para cursar la licenciatura de Medicina y Homeopatía: 2 mil pesos para cubrir la evaluación psicopedagógica; 4 mil de uso de laboratorios; 8 mil de inscripción y 8 mil de colegiatura mensual. “En comparación con otras instituciones, el costo no es elevado; es de esta manera porque tratamos de apoyar a la sociedad chiapaneca, específicamente a quien quiera estudiar medicina y no tenga los recursos suficientes para continuar con sus estudios.

“No son sólo palabras, y un ejemplo vivo de lo que haremos es el convenio que acabamos de firmar con la sección 50 del Sindicato Nacional de Trabajadores del Sector Salud, el cual tiene 27 mil agremiados. Los hijos de los empleados de esta agrupación recibirán becas para cubrir las inscripciones y sus colegiaturas para que no interrumpan sus estudios”, enfatiza el médico homeópata.

*Más allá de ser pluralista o unicista, debemos tener una medicina basada en evidencias.*

## Médicos capaces y responsables

“Nuestra institución tiene la encomienda social de formar médicos que tengan toda la capacidad para hacer un buen diagnóstico y que puedan enfrentarse a casos en los que se requiera de una cirugía. Del mismo modo, nuestros egresados tendrán el criterio médico para canalizar a un paciente con un especialista que tenga mayor conocimiento y experiencia, si así lo consideran. Así las cosas, quienes se hayan preparado en nuestra escuela tendrán las herramientas necesarias para abrir un consultorio o buscar una plaza en una institución pública del Sector Salud, desde donde podrán ofrecer el uso de la Homeopatía con conocimiento médico, con responsabilidad y con todas las credenciales para poder ejercer este excelente arte de curar”, dice convencido el Dr. Camacho de León.

Como es público, los médicos homeópatas siguen los preceptos del doctor Samuel Hahnemann, pero unos lo hacen desde la óptica unicista, otros con el criterio pluralista y algunos más con el complejista. ¿Qué opina el Dr. Camacho al respecto?

“Es muy importante para nosotros establecer y seguir los pasos que Hahnemann legó a sus discípulos a través de sus obras, pero debemos reconocer que en la actualidad hay muchos médicos homeópatas dedicados a la investigación, como el doctor Luis Bárcenas o el doctor Marcus Teixeira, por citar a dos solamente, que han hecho investigaciones de medicina basada en evidencias.

“Los alumnos deberán tener un panorama lo más amplio posible para que puedan tomar las mejores decisiones para sus pacientes, lo que se traduce en la capacidad para definir un medicamento homeopático que lo lleve a su curación, quizá basado en el conocimiento de esas grandes figuras de la investigación clínica. Recordemos que hoy en día lo que las autoridades nos exigen para instrumentar un proyecto es comprobar la medicina basada en evidencias, y qué mejor inculcar a nuestros alumnos el que haya esa necesidad de investigar y publicar los resultados. Queremos ayudar a fortalecer esa área de la investigación médica homeopática.

“Si queremos ganar más campo tenemos que invertir en la investigación, de acuerdo con los

## Honor a quien honor merece

- Uno de los incentivos más grandes para que este proyecto sea una realidad ha sido el conocimiento de la trayectoria de diversas personalidades de la medicina homeopática que a lo largo de su vida se han dedicado a proteger esta bonita labor y que, a través de talleres, seminarios, conferencias y congresos impulsan a personas como yo a investigar y a tener un mayor panorama de lo que se puede hacer a favor de la Homeopatía a nivel nacional.
- Debo decir que ha sido muy importante para mí estar presente en los diversos eventos que ha organizado el laboratorio **Similia**, a los cuales han asistido grandes personalidades del ámbito homeopático internacional. Ese tipo de experiencias hace que los asistentes nos motivemos para querer hacer algo más en el campo de la Homeopatía.

### Dr. Julio Camacho de León

Rector del Instituto en Ciencias de la Salud y Medicina Integral Samuel Hahnemann

preceptos legados por el maestro Hahnemann, pero sin dejar de lado los nuevos conocimientos acerca de la Homeopatía. Esto es, experimentar con más medicamentos y valorando la eficacia de cada uno de ellos. Eso no lo veo incorrecto, sino como algo que abona a la grandeza de la medicina homeopática”, apunta el entrevistado.

“Si hablamos del ejercicio de una correcta Homeopatía tenemos que comenzar por inculcar la Homeopatía con pasión, y a través de la investigación y la experiencia de mostrarle a nuestros alumnos que se pueden atender muchas enfermedades a favor del paciente. Los alumnos observan de manera directa los beneficios de la ciencia homeopática, la cual es rápida, suave y duradera.

“En resumen: los estudiantes tomarán el mejor camino por sí solos, y sólo en ciertos casos optarán por otra alternativa o una herramienta quirúrgica. La ventaja es que los alumnos de nuestro instituto estarán capacitados para utilizar las dos herramientas cuando sea necesario”, acota el rector del instituto chiapaneco.

## Apoyos y unificación

“He escuchado en muchos lugares a médicos homeópatas que se consideran como lobos solitarios. Quizá digan eso porque sienten que no reciben el suficiente apoyo del gremio homeopático. Creo que debemos unirnos y levantar una sola voz para pelear por todos los derechos que la medicina homeopática debe tener.

“La inversión en investigación homeopática es algo indispensable y es necesaria para que podamos crecer, unirnos, adquirir experiencia, contar con la ayuda de los médicos connotados y en conjunto crear una organización médico homeopática nacional que reúna a las escuelas de medicina y Homeopatía que hay en el país, de manera que haya intercambios académicos en foros y congresos de toda índole.

“Necesitamos más espacios en el sector público, hospitales con el servicio de medicina homeopática, centros de salud. Eso no lo puede hacer una sola persona, sino una organización unida, fuerte y bien organizada. De esa manera, estoy seguro, se nos abrirán muchas puertas”, concluye el Dr. Camacho de León.

## Infraestructura homeopática en Chiapas

- En Chiapas, la Homeopatía no forma parte del sistema público de salud, sólo hay médicos con consultorio propio.
- En el estado predominan farmacias homeopáticas pequeñas, sin grandes conglomerados.
- Algunos médicos preparan sus compuestos y otros se surten de laboratorios de prestigio, principalmente Similia, que es el laboratorio que predomina en el gusto de los especialistas.
- Hay pocas farmacias en el estado y los homeópatas son muy pocos en comparación con los alópatas.

### Dr. Julio Camacho de León

Rector del Instituto en Ciencias de la Salud y Medicina Integral Samuel Hahnemann



# Instrucciones para los autores

**La Homeopatía de México** es una publicación trimestral, fundada en 1933 y editada desde 1941 por la División Editorial de Propulsora de Homeopatía, S.A. de C.V. Sus páginas incluyen artículos de publicaciones antiguas, debido a su calidad, su vigencia y al interés que pueden generar, además de trabajos nuevos y originales: artículos de opinión, temas de revisión, materia médica, investigaciones nuevas, reportes de casos clínicos y controversias que se llevan a cabo en México y el mundo, referentes al medio homeopático.

Desde su origen, la revista ha contribuido al mejoramiento del nivel académico, científico y de discusión entre particulares, y al interior de las instituciones educativas y hospitalarias dedicadas a la medicina homeopática.

Para su aceptación y publicación, todos los artículos que pretendan incluirse en **La Homeopatía de México** deben caracterizarse por su calidad teórica metodológica, su vigencia o su relevancia. Asimismo, serán analizados por al menos dos revisores (revisión por pares) y, finalmente, calificados como aceptados o rechazados por el Consejo Editorial.

En lo general, **La Homeopatía de México** acata las indicaciones establecidas por el Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (ICMJE, por sus siglas en inglés), cuya versión actualizada (abril de 2010) se incluye en el documento *Requisitos de uniformidad para manuscritos enviados a revistas biomédicas: redacción y preparación de la edición de una publicación biomédica*, mismo que se encuentra íntegramente en la página electrónica <http://www.icmje.org/> (la versión en castellano de este texto, también conocida como Normas o Lineamientos de Vancouver, puede consultarse y descargarse libremente en el sitio de la Universidad Autónoma de Barcelona: [http://www.metodo.uab.cat/docs/Requisitos\\_de\\_Uniformidad.pdf](http://www.metodo.uab.cat/docs/Requisitos_de_Uniformidad.pdf)).

De lo anterior se desprenden los siguientes puntos:

## I. Aspectos generales

### a) Libertad editorial

Que radica en la plena autoridad que posee el director editorial sobre el contenido de la revista y la elección del momento en que se publicará la información. En este sentido, basará sus decisiones en la validez de los trabajos recibidos, la importancia que puedan tener para los lectores y los puntos de vista de los miembros del Comité de Arbitraje y del Consejo Editorial; además, contará con la libertad para expresar puntos de vista críticos, aunque responsables, sobre todos los aspectos de la medicina homeopática.

### b) Sobre los derechos de autor

Los autores deberán certificar a través de una carta, o correo electrónico, que el artículo que envían es original y que autorizan su publicación en **La Homeopatía de México**. El creador conservará la propiedad (copyright) de la obra.

### c) Conflictos de intereses

Cuando una parte, o el total de un trabajo, se haya publicado en otro medio o se haya enviado a otra revista para su publicación, los autores tienen la responsabilidad de informarlo por escrito al director editorial de "La Homeopatía de México", proporcionando una fotocopia o un manuscrito de la versión original, y precisando los detalles de la relación que se haya establecido entre ambas partes. Dicha solicitud tiene la finalidad de evitar conflictos relacionados con dobles publicaciones. Queda a juicio del equipo editorial de **La Homeopatía de México** si el trabajo se imprimirá de manera íntegra o si será suficiente con una versión abreviada, bajo el compromiso de que ésta reflejará fielmente los datos e interpretaciones de la original, y de que se citarán tanto la fuente original del texto como su autor.

### d) Declaración de financiamiento

Algunos estudios reciben fondos de empresas, fundaciones privadas, instituciones educativas o gubernamentales; debido a que esto podría influir en la investigación misma y desprestigiarla, se solicita

a los autores que especifiquen si su trabajo contó con algún tipo de financiamiento. Debe detallarse al director editorial de **La Homeopatía de México**, por escrito, el nombre de fundaciones, organizaciones o particulares que hayan brindado apoyo económico. Esta información deberá incluirse en el trabajo para mantener al tanto a los lectores. Asimismo, debe comunicarse si el autor o alguno de los autores laboran o perciben un tipo de retribución económica, o de otro tipo, por parte de un laboratorio o compañía privada que haya participado en el financiamiento del trabajo.

### e) Notas de agradecimiento

Las notas de agradecimiento dirigidas a personas o instituciones que hayan apoyado el desarrollo del trabajo aparecerán en la parte final del escrito, nunca al principio.

## II. Especificaciones para los trabajos

### a) Criterios para la aceptación de manuscritos

Deben presentarse con escritura clara, además de brindar información importante y de interés para los lectores de **La Homeopatía de México**. En los trabajos de investigación los métodos de estudio deben ser apropiados, los datos válidos, y las conclusiones razonables y fundamentadas en evidencias y referencias confiables. Se recomienda al autor o autores que antes de remitir cualquier texto, lo ofrezcan a revisión por parte de un colega con experiencia en la publicación de trabajos científicos, a fin de detectar posibles problemas.

Todos los trabajos deberán dirigirse al director editorial de **La Homeopatía de México**, escribiendo a la dirección electrónica: [contacto@similia.com.mx](mailto:contacto@similia.com.mx)

En caso de que se presente algún impedimento para hacer el envío de algún escrito por este medio, será necesario comunicarse con la División Editorial de Propulsora de Homeopatía, S.A. de C.V., para acordar los detalles de su remisión en disco compacto, memoria USB u otro soporte:

Revista **La Homeopatía de México**  
Mirto No. 26  
Colonia Santa María la Ribera  
Alcaldía Cuauhtémoc  
Ciudad de México  
C.P. 06400  
Teléfono: 55 5547 9483, extensión 176

Queda a juicio de la División Editorial de **La Homeopatía de México** decidir si los manuscritos cuentan o no con el formato adecuado para su publicación, de tal manera que puede regresarlos a los autores para corrección, antes de considerarlos para el proceso de revisión por parte de su Comité de Arbitraje y Consejo Editorial.

### b) Características generales

- Los artículos deben encontrarse en formato de Office Word (archivos .doc o .docx).
- Se evitará la numeración de las páginas, encabezados y pies de página.
- Todas las secciones deben tener continuidad, sin utilizar saltos de página.
- Los manuscritos deben incluir un título de extensión libre, así como un título corto para las páginas internas.
- El nombre del autor o autores que hayan intervenido en el trabajo deben anotarse en el siguiente orden: nombre(s), apellido paterno, apellido materno.
- Si ya se cuenta con publicaciones previas (o indización), el nombre debe escribirse igual que en ellas.
- En todo caso debe incluirse el cargo académico, institucional o ambos.
- Es preferible que los trabajos incluyan un resumen estructurado, el cual

debe proporcionar el contexto o los antecedentes del estudio, así como sus objetivos, procedimientos básicos, principales resultados, conclusiones y fuentes de financiamiento. De ser posible, debe proporcionarse su traducción al inglés (*Abstract*).

- En caso de que se adjunten imágenes, éstas deben presentarse en alta resolución (a 300 dpi) y formato jpg, debidamente numeradas conforme a su cita o llamada en el texto. Se aceptan gráficos a color o en blanco y negro. Debe incluirse el pie de foto o figura (explicación breve) correspondiente a cada imagen o gráfico.
- Las tablas deben enviarse en formato de Office Word (.doc, .docx), y no como imagen. Se numerarán de acuerdo a la llamada o cita en el texto, y con título. De ser necesario, se incluirá un resumen explicativo (pie de figura).
- No se aceptarán imágenes ni tablas en archivos de Power Point.

### c) Referencias

Deben colocarse al final del texto y nunca al pie de página. Se enunciarán de manera correspondiente al texto, donde se citarán con números en superíndice y en orden consecutivo.

Los casos más usuales y su presentación internacionalmente aceptada son los siguientes:

- **Artículo de revista:** Autor o autores. Título del artículo. Abreviatura internacional de la revista. Año; volumen (número): página inicial y final del artículo. En caso de varios autores, se citan los seis primeros seguidos de la abreviatura et al. En lo posible, el nombre de la publicación debe abreviarse de acuerdo con el estilo de la National Library of Medicine, de Estados Unidos, disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals/>. / **Ejemplo:** Macías Cortés EC, Asbun Bojalil J. Frecuencia de eventos adversos en prescripciones homeopáticas del Hospital Juárez de México. *Rev Hosp Jua Mex.* 2008; 75(3):190-197.
- **Libro:** Autor o autores. Título del libro. Edición. Lugar de publicación: Editorial; año. No es necesario consignar la primera edición. La edición siempre se pone en números arábigos y abreviatura: 2a ed. Si la obra estuviera compuesta por más de un volumen, debe citarse a continuación del título del libro: vol. 3. / **Ejemplo:** Sánchez Ortega P. Apuntes sobre los miasmas o enfermedades crónicas de Hahnemann vol. 4, 2a ed. México: Biblioteca de Homeopatía de México, 1999.
- **Capítulo de libro:** Autor o autores del capítulo. Título del capítulo. En: Director o recopilador del libro. Título del libro. Edición. Lugar de publicación: Editorial; año. p. página inicial-final del capítulo. / **Ejemplo:** Demarque D. El método hahnemaniano. En: Benkemoun P, Cornillot P, Deltombe-Kopp M, Lutzler LJ. Tratado de Homeopatía. 2a ed. España: Paidotribo; 2000. p. 33-36.
- **Artículo en internet:** Autor o autores. Título. Nombre de la publicación abreviada [tipo de soporte] año [fecha de acceso]; volumen (número): páginas o indicador de extensión. Disponible en: / **Ejemplo:** Fernández Pérez JA, Barajas Arroyo G, Romano Rodríguez MC. La Homeopatía: un modelo médico clínico terapéutico, no una medicina complementaria. *Gaceta Homeopática de Caracas* [internet]. 2008 [citado 19 Dic 2011]; 16(1): p. 017-024. Disponible en: [http://www2.scielo.org/ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1315-30802008000100004&lng=es&nrm=iso](http://www2.scielo.org/ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-30802008000100004&lng=es&nrm=iso)

Para información sobre casos particulares, se puede consultar el documento *Requisitos de uniformidad para manuscritos enviados a revistas biomédicas*, citado en la primera parte de las presentes instrucciones.

### III. Tipos de trabajos a publicar

Los siguientes formatos son sugeridos por **La Homeopatía de México** para la entrega de manuscritos. No es estrictamente necesario que los autores se apeguen a ellos, siempre y cuando sus trabajos cumplan con los requisitos indispensables: la claridad en la exposición de ideas, la elección de un tema de interés para la comunidad homeopática y el sustento de cada una de sus afirmaciones en fuentes fidedignas.

#### a) Artículo de investigación (básica o clínica)

- **Título.** Es de extensión libre y debe ser representativo de los hallazgos. Se debe agregar un título corto para las páginas internas.

Es importante identificar si se trata de un estudio aleatorizado o de otro tipo.

- **Resumen.** Esboza los aspectos más importantes del texto. Preferentemente, debe incluir título, antecedentes, objetivo, material y método, resultados y conclusiones.
- **Introducción.** Enuncia aquellos aspectos que permiten entender el objetivo del estudio, mismo que se menciona al final de este apartado. La o las hipótesis, así como los planteamientos, deben incluirse en este apartado.
- **Método.** Explica a detalle cómo se desarrolló el estudio y en especial que sea reproducible. Menciona el tipo de estudio, observacional o experimental y métodos estadísticos. Cuando el caso lo amerita, se especifica si las personas involucradas tuvieron que firmar una carta de consentimiento Informado.
- **Resultados.** De acuerdo al diseño del estudio, se presentan todos los resultados, sin comentarlos. Tablas y otros gráficos con resultados deben presentarse al final del texto y con pie de figura. Es preferible no repetir la información de las tablas en el texto.
- **Discusión.** Con base en evidencias actuales, se discute por qué el estudio es único, diferente, confirmatorio o contrario a otros de la literatura. Debe incluirse un párrafo que informe si hubo limitaciones en el diseño del trabajo. Las conclusiones sobre el mismo se mencionan al final.
- **Referencias.** Deben seguir las especificaciones descritas con anterioridad. Es preferible incluir citas de autores mexicanos.
- **Extensión e imágenes.** El número de páginas del manuscrito, y de los gráficos, es libre. No obstante, **La Homeopatía de México** se reserva el derecho de editar o resumir los textos e imágenes cuando se considere necesario.

#### b) Artículo sobre casos clínicos o serie de casos

- **Título.** Debe especificarse si se trata de casos clínicos (uno o dos) o una serie de casos (más de tres). Se debe incluir un título corto a utilizar en las páginas internas.
- **Resumen.** Esboza los aspectos más importantes del texto.
- **Introducción.** Se describe la enfermedad o síndrome y su causa atribuible, o bien, la respuesta del paciente al tratamiento.
- **Presentación del (los) caso (s) clínico (s).** Se incluye la descripción clínica, así como los resultados obtenidos por estudios de laboratorio y otros métodos de diagnóstico. Se debe especificar el tiempo en que se reunieron estos casos. Las imágenes y tablas se mencionan en el texto del documento y aparecen al final del mismo, con pie de figura.
- **Discusión.** Se comentan las referencias más recientes o necesarias para entender la relevancia del caso expuesto, así como aquellas particularidades, similitudes o diferencias que lo hacen comunicable.
- **Referencias.** Deben seguir las especificaciones descritas con anterioridad.
- **Extensión e imágenes.** El número de páginas del manuscrito, así como de gráficos, es libre. Sin embargo, **La Homeopatía de México** se reserva el derecho de editar o resumir los textos e imágenes cuando se considere necesario.

#### c) Artículo de revisión

- **Título.** Se debe especificar con claridad el tema a tratar.
- **Resumen.** Esboza los aspectos más importantes del texto.
- **Introducción y subtítulos.** Puede iniciarse el tema a tratar directamente, y los subtítulos se incluirán de manera libre, siempre que se consideren necesarios.
- **Referencias.** Deben seguir las especificaciones descritas con anterioridad.
- **Extensión e imágenes.** El número de páginas del manuscrito, así como de gráficos, es libre, aunque **La Homeopatía de México** se reserva el derecho de editar o resumir los textos e imágenes cuando se considere necesario.

#### d) Actualidad, históricos y sobre personajes

- Los escritos de este tipo abordan temas informativos, históricos y de interés médico o social. No tienen un formato en especial.

#### e) Materia médica y otros temas de actualización médica

- Sólo se realiza a petición del director editorial de **La Homeopatía de México**, de acuerdo con el formato convenido con él.

# Similasan

Tus ojos en buenas manos.  
**¡Naturalmente Similasan!**



**OJO ROJO**



**OJO ALÉRGICO**





Lo confiable en Homeopatía

Nuestro compromiso:  
el **cuidado** integral de  
la salud de tu **familia**



[www.similia.com.mx](http://www.similia.com.mx)