

LA HOMEOPATÍA DE MÉXICO

Fundada en 1933

CONTENIDO

- El Abordaje Homeopático de la Tos.
Isis María Infante Regalado.
Págs. 5-14
- Pruebas de Función Respiratoria.
Cuauhtémoc Magaña Hernández.
José Luis López Esceberre.
Jesús Cuauhtémoc Magaña Cazares.
Págs. 15-24
- Un Caso Clínico de Oligohidramnios Severo Tratado con Homeopatía.
Héctor Montfort Cabello.
Págs. 25-28
- La Homeopatía Frente a Casos con Tratamiento Convencional.
Roger Morrison.
Nancy Herrick.
Págs. 29-42

Propulsora de Homeopatía, S.A. de C.V. México, D.F.
www.similia.com.mx



www.latindex.unam.mx



www.periodica.unam.mx



LA HOMEOPATÍA DE MÉXICO

Fundada en 1933

Ahora indizada en

PERIÓDICA
Índice de Revistas Latinoamericanas en Ciencias

PERIÓDICA es una base de datos bibliográfica creada en 1978 en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), la cual se actualiza diariamente y más de 10 mil registros son agregados cada año.

· Este prestigiado índice ofrece alrededor de 350 mil registros bibliográficos de artículos originales, informes técnicos, estudios de caso, estadísticas y otros documentos publicados en cerca de mil 500 revistas de América Latina y el Caribe.

· Las revistas incluidas en PERIÓDICA cumplen con criterios de selección y son analizadas por un equipo multidisciplinario que cubre más de una decena de temas, entre ellos el relativo a la Medicina.

latindex



La Homeopatía de México ingresó a **Latindex** en septiembre de 2012, convirtiéndose así en la primera publicación indizada en su tipo. Hoy, a un año de ese gran logro, compartimos con nuestros lectores el orgullo de pertenecer al índice **Periódica**.

Similia

Lo confiable en Homeopatía

www.similia.com.mx

LA HOMEOPATÍA DE MÉXICO

Fundada en 1933

CONTENIDO

- | | | | |
|----|--|----|---|
| 3 | EDITORIAL | 29 | DE NUESTRA HEMEROTECA
La Homeopatía Frente a Casos con
Tratamiento Convencional.
Roger Morrison.
Nancy Herrick. |
| 5 | ARTÍCULO DE REVISIÓN
El Abordaje Homeopático de la Tos.
Isis María Infante Regalado. | 43 | LIBROS |
| 15 | ARTÍCULO DE REVISIÓN
Pruebas de Función Respiratoria.
Cuauhtémoc Magaña Hernández.
José Luis López Esceberre.
Jesús Cuauhtémoc Magaña Cazares. | 46 | CARTAS AL EDITOR |
| 25 | CASO CLÍNICO
Un Caso Clínico de Oligohidramnios
Severo Tratado con Homeopatía.
Héctor Montfort Cabello. | | |

La Homeopatía de México es una revista científica que publica trabajos nuevos y originales, artículos de opinión, temas de revisión, reportes de casos clínicos 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.

DIRECTORIO

Director General Adjunto

C.P. Héctor Torres Carbajal

Director Editorial

Juan Fernando González G.

Director de Investigación

Dr. Gustavo Aguilar Velázquez

Coordinación

Mónica Álvarez Soto

Directora de Mercadotecnia

L.D.G. María de Lourdes Hernández López

Coordinador Editorial y de Comunicación Digital

Rafael Mejía Rosas

Coordinador de Arte y Diseño Editorial

L.D.G. Fabiola Reyes Lúa

Circulación y suscripciones

Rogelio García Luna

CONSEJO EDITORIAL

Dra. Josefina Sánchez Reséndiz

Coordinadora del Comité de Productos Homeopáticos, de la Comisión Permanente de la Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos.

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 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. Héctor Montfort Cabello

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

Dr. Óscar Michel Barboza

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

C.P. Héctor Torres Carbajal

Director General Adjunto de Propulsora de Homeopatía, S.A. de C.V.
Ex presidente de la Asociación Nacional de la Industria Farmacéutica Homeopática (ANIFHOM).

L.D.G. María de Lourdes Hernández López

Directora de Mercadotecnia de Propulsora de Homeopatía, S.A. de C.V.

"La Homeopatía de México" es una revista bimestral, fundada en 1933 y editada desde 1941 por la División Editorial de Propulsora de Homeopatía, S.A. de C.V. **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. **Fotografía de portada:** Elizabeth Vinck Monroy. Precio por ejemplar: \$60.00. Suscripción anual en la República Mexicana: \$250.00; extranjero: 30.00 USD., más gastos de envío. **Contacto:** 5547 9483 / 5547 5735 ext. 176; contacto@similia.com.mx. Dirección electrónica: www.similia.com.mx. Impresión: Digital Orozco, S.A. de C.V. México, D.F.

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, así como en Periódica, el Índice de Revistas Latinoamericanas en Ciencias (Dirección General de Bibliotecas, UNAM).



Editorial

El médico tiene la misión de reestablecer la salud de los pacientes que recurren a él, no sólo en el aspecto físico sino también en las esferas mental y emocional, y de acuerdo con todos los parámetros establecidos internacionalmente. Sin embargo, el médico homeópata tiene como añadidura el cometido de hacer que el enfermo se recupere de la forma más pronta, segura y duradera que se pueda, tal y como lo estableció Samuel Hahnemann.

Esa es la razón por la cual, al tomar el caso y hacer la historia clínica, la elabora con la mayor atención para recabar síntomas y signos, al mismo tiempo que incluye la información derivada de una acuciosa exploración física que le permita integrar la totalidad sintomática para, finalmente, prescribir el medicamento más adecuado.

Es justo hacer notar cómo fue que el Sabio de Meissen, sagaz visionario, describió las modificaciones que provocan en el paciente la ruptura de su homeostasis (su equilibrio dinámico vital), un comportamiento que muchos investigadores que sucedieron a Hahnemann han explicado con la ayuda de diversas disciplinas y el desarrollo de la tecnología ligada a la medicina.

El médico homeópata actual no debe reducir su atención solamente al concepto “curar”, sino entender que tiene la función de diagnosticar, con toda precisión, así como evaluar y pronosticar la evolución del padecimiento, para lo cual se puede valer de los adelantos tecnológicos actuales.

El médico de este tiempo debe tener la capacidad necesaria para establecer medidas profilácticas o cuidados especiales al momento de enfrentarse a circunstancias esporádicas o eventualidades, como traumatismos, epidemias y cirugías inesperadas, entre otras. Es evidente que se debe hacer lo posible por llegar a un diagnóstico de certidumbre, y comprender las modificaciones objetivas asociadas a la evolución subjetiva que el paciente ha tenido a favor del tratamiento homeopático establecido.

Debemos asumir que la ciencia médica ha evolucionado en las últimas décadas gracias al desarrollo específico de disciplinas como la fisiopatología, la bioquímica, la endocrinología, la microbiología y la imagenología, entre otras, y que todas estas materias ayudan a conocer el funcionamiento del organismo enfermo y permiten evaluar los progresos que nuestro medicamento homeopático consigue en el paciente.

Se debe reconocer que las materias médicas homeopáticas describen en las patogénesias de los medicamentos los síntomas que definen características singulares y precisas que permiten individualizarlos: frecuencia, horarios, agravaciones, mejorías, aspectos organolépticos, etcétera, de cada uno de ellos.

Sin embargo, no debe bastarle al médico homeópata la información relacionada con estos elementos, toda vez que tiene que valorar todos los datos del paciente que se va a tratar para poder hacer la correcta elección del medicamento, tal y como lo ordena la Homeopatía. Es un hecho, la clínica es fundamental y los aspectos tecnológicos actuales son complementarios en la atención de los pacientes, es decir, que el llamado “ojo clínico” sigue vigente.

De acuerdo con lo expuesto, queda establecido que sólo un médico puede ejercer la Homeopatía, de allí que surja la necesidad de que el gremio médico homeopático unido, independientemente del origen y las características grupales, establezca la obligatoriedad de pertenecer a uno de los colegios de médicos homeópatas.

De esta manera, se podrá rechazar la incursión de individuos que sin preparación médica y por circunstancias políticas o económicas, pretendan auto-nombrarse homeópatas poniendo en riesgo la salud y la vida de la población que recurre a ellos. Es obvio que, al carecer de los conocimientos académicos, este grupúsculo será incapaz de establecer los lineamientos científicos propios de la Homeopatía.

El uso de la tecnología y el conocimiento de las investigaciones científicas fortalecen la sapiencia del profesional de la Homeopatía, lo cual queda de manifiesto en tres de los cuatro trabajos que presentamos en esta ocasión. En principio, nos referimos al que trata sobre las pruebas respiratorias, un texto pulcro y detallado que describe, entre otros conceptos, la naturaleza de la espirometría y la pulsioximetría, métodos indispensables para comprobar la existencia de un padecimiento del ámbito respiratorio.

La tecnología también sirve como soporte indispensable en el caso clínico urgente de oligohidramnios severo (OH), el cual relata cómo se logró revertir de manera pronta y total esta alteración en una paciente primigesta que se encontraba en la semana 21 de gestación. Es evidente que las ecografías permitieron ver el estado en el que se encontraba la paciente y comprobar, semanas después, el éxito del tratamiento que fue resultado de una prescripción homeopática compleja.

Este primer número del año ofrece una investigación acerca del abordaje homeopático de la tos, un artículo de revisión en el que se observan numerosos y bien organizados datos que explican los cambios biológicos que ocurren en el organismo ante un síntoma, ya sea agudo o crónico, que puede ser el origen de un problema de pronóstico reservado.

Nuestro número enero-febrero rescata un interesantísimo análisis, publicado originalmente en *La Homeopatía de México* hace 20 años, en el que los doctores Roger Morrison y Nancy Herrick establecen algunas pautas generales que deben seguirse al momento de tratar de remplazar la medicina convencional por la medicina homeópata.

Finalmente, nos congratulamos por haber recibido una carta del doctor Renzo Galassi, presidente de la Liga Médica Internacional Homeopática (LMIH), en la que felicita a nuestra publicación por su 80 aniversario y propone que se le otorgue un espacio a la institución que representa para informar acerca de sus actividades. Esperamos que muy pronto se concrete esta alianza.

El Abordaje Homeopático de la Tos

*Isis María Infante Regalado

PALABRAS CLAVE:

Tos, Tos aguda, Tos subaguda, Tos crónica, Tos seca, Tos productiva, Tos emetizante, Tos espasmódica, Tos sibilante, Tos convulsiva o convulsa, Tos de esfuerzo, Tos traqueo bronquial, Tos laríngea, Receptores de estiramiento de adaptación lenta (REAL), Receptores de estiramiento de adaptación rápida (REAR), Fibras C, Reflejo tusígeno, Fases de la Tos, Nociceptores.

Resumen

El organismo humano posee distintos mecanismos de defensa natural para sus diversos sistemas, los que son conocidos como signos clínicos o lo que Hahnemann llamaba en los §6 y 7 del *Organon* la expresión de la fuerza vital.

La tos es un fenómeno producido por un mecanismo reflejo que emerge en los receptores vagales situados a lo largo del tracto respiratorio. Se han descrito tres tipos diferentes de receptores, los receptores de estiramiento de adaptación lenta (REAL), receptores de estiramiento de adaptación rápida (REAR) y las fibras C. Este reflejo tusígeno consiste en tres fases: inspiratoria, compresiva y espiratoria.

Es importante tener muy en cuenta que la tos es tan sólo un síntoma de un cuadro clínico complejo e individual que se desarrolla en la totalidad del organismo. Incluso la medicina convencional reconoce que la tos, aunque puede ser un síntoma problemático, es una forma de curación del cuerpo; en este sentido, se debe hacer lo posible por no erradicarla, menos aún en menores de seis años, a través de antitusígenos de venta libre.

Abstract

Human organism has different natural defense mechanisms for its various systems, these mechanisms are known as clinical signs or what Hahnemann called in § 6 and 7 of Organon "expression of the vital force".

Cough is a phenomenon caused by a reflection mechanism emerges vagal receptors along the respiratory tract have been described three types of receptors, slowly adapting stretch receptors (SARs), rapidly adapting stretch receptors (RARs)

*Médico homeópata egresada de la Escuela Libre de Homeopatía de México, I. A. P.

Coordinadora de Consultorios de Farmacia Homeopática Nacional.

Recibido: septiembre, 2013. Aceptado: noviembre, 2013

KEYWORDS:

Cough, Acute cough, Subacute cough, Chronic cough, Dry cough, Productive cough, Emetic cough, Spasmodic cough, Wheezing cough, Whooping cough, Effort cough, Tracheobronchial cough, Laryngeal cough, Slowly adapting stretch receptors (SARs), Rapidly adapting stretch receptors (RARs), C-fibers, Reflex cough, Cough phases, Nociceptors.

and C-fibers. This cough reflex consists of three phases, the first “inspiratory”, “compression” and “expiratory”.

It is important to bear in mind that the cough is just a symptom of a complex clinical picture and individual that develops in the whole organism, even conventional medicine recognizes that cough, but can be a troubling symptom, it is a form of healing the body, in this regard, it should be possible not eradicate it, even less in children under six years antitussives through counter.

Introducción

El organismo humano cuenta con distintos mecanismos naturales de defensa para el resguardo de sus diversos órganos y sistemas. El funcionamiento de dichos mecanismos genera las manifestaciones corporales que conocemos como signos clínicos, las cuales son el lenguaje con el que el organismo nos proporciona datos para el diagnóstico clínico y lo que Hahnemann llamó “la expresión de la fuerza vital” en los parágrafos 6 y 7 del *Organon*¹. Sin embargo, y a pesar de que el maestro siempre hizo hincapié en la importancia de la observación cuidadosa e imparcial del médico sobre el paciente, da la impresión que los síntomas han perdido su valor en las nuevas generaciones de médicos homeópatas. El “ojo clínico del médico”, debido a la evolución de los métodos clínicos auxiliares electrónicos o computarizados, ha venido perdiéndose. Por esta razón, y sin restar valor a la valiosa información que puede ofrecernos un estudio clínico, el médico homeópata debe aprender a ser un atento observador de las cualidades específicas que un mismo síntoma puede tener en cada individuo al que se preste atención, tal como ocurre en el caso de la tos, para concretar una atención adecuada a través del medicamento más semejante.

El sistema respiratorio se encuentra en contacto directo con el medio externo, lo que permite un intercambio gaseoso adecuado y la realización de los primeros pasos en la oxigenación del todo el organismo, como son la ventilación y la perfusión, pero el aire que inhalamos frecuentemente contiene una gran cantidad de elementos de diferentes tamaños y naturaleza, entre los que se encuentran distintos tipos de gases, partículas, microorganismos y com-

puestos, los cuales no necesariamente son benéficos para el organismo y, más bien, en muchas ocasiones resultan irritantes o incluso patogénicos. Para protegerse de éstos, el sistema respiratorio ha desarrollado mecanismos de defensa a lo largo de la evolución, entre los que se encuentran básicamente:

- a) Reflejo de los estornudos.
- b) Producción de moco.
- c) Reflejo de la tos.

Estos reflejos se pueden presentar aislada o esporádicamente cuando existe una agresión al sistema respiratorio y forman parte de la defensa ante un proceso patológico, el cual podemos identificar en la clínica. Los reflejos también pueden variar en magnitud y/o frecuencia, y pueden constituir el eje de síntomas particulares característicos que nos ayuden a identificar el medicamento que necesita el paciente, además de que nos sirven como parámetro para determinar la evolución del cuadro.

El reflejo del estornudo se desencadena cuando aparece una irritación directa a nivel de las fosas nasales; esta señal es enviada por medio de impulsos aferentes del quinto par craneal hacia el bulbo raquídeo, donde se libera el reflejo. El mecanismo es similar al de la tos; sin embargo, en el caso de los estornudos la úvula desciende de manera que permita rápidamente el paso de grandes cantidades de aire por la nariz, ayudando a eliminar sustancias extrañas de manera rápida y violenta.

Las vías respiratorias, desde las fosas nasales hasta los bronquiolos terminales, se mantienen húmedas gracias a una capa de moco que reviste toda la superficie. Este moco es segregado en mayor

proporción por las glándulas de células caliciformes aisladas o situadas en el revestimiento epitelial de las vías, y en una menor cantidad por las glándulas submucosas. La mucosidad fluye constantemente por todo el revestimiento de la superficie de las vías aéreas gracias al epitelio ciliado que permite que se desplace con una velocidad muy baja, aproximadamente de 1 cm/min, hacia la faringe.

Las tareas de estas secreciones son múltiples: humidificación, adhesión, eliminación de microorganismos o de partículas, función antioxidante, etcétera. Mientras que la producción de moco en condiciones normales no representa malestar alguno ni siquiera por la necesidad de sonarse la nariz, una producción excesiva y/o un trastorno en su transporte o en su reabsorción se reflejan en una rinorrea. Las modificaciones del moco pueden alterar su volumen, su viscosidad y su contenido celular, y en estos casos su función es proteger la mucosa respiratoria, rechazando o despejándola de partículas dañinas y microorganismos peligrosos².

Tos

Es un fenómeno producido por un mecanismo reflejo que emerge en los receptores vagales situados a lo largo del tracto respiratorio, cuando son estimulados por diversos mediadores de la reacción inflamatoria de la mucosa traqueobronquial (histamina, prostaglandinas, sustancia P, bradicinina); estas sustancias son producidas por células del sistema inmune ante un estímulo inflamatorio, ya sea de origen alérgico, infeccioso, autoinmune o simplemente irritativo³.

Este reflejo consiste en tres fases. La primera, llamada inspiratoria, donde se inhala una cantidad variable de aire que permite el estiramiento y la tensión de los músculos espiratorios. La segunda, conocida como compresiva, durante la cual la glotis tiene un cierre muy corto, manteniendo el volumen intrapulmonar en espera del aumento de la presión intratorácica, misma que se eleva por arriba de los 300 mmHg. Una vez alcanzada esta presión se llega a la tercera fase, nombrada espiratoria, en la que la glotis se abre luego de la compresión dinámica de la vía aérea y provoca la expulsión de aire, liberando en un tiempo breve (30-50 milisegundos) el flujo espiratorio supramáximo o "pico de tos" (12 L/s), seguido por un flujo espiratorio más lento (200-500 milisegundos), arrastrando de esta forma los cuerpos móviles que encuentre a su paso y reforzando al barrido ciliar para eliminar a las partículas que pudieran ser nocivas al organismo⁴.

Gracias a múltiples modelos de investigación se ha determinado que los receptores de los nervios aferentes vagales son los iniciadores del reflejo de la tos. Estos nervios tienen terminaciones abundantes en la mucosa y en las paredes de las vías aéreas desde su parte superior hasta los bronquiolos terminales, así como en el parénquima pulmonar; pueden dividirse en subtipos clasificados según su origen neuroquímico, el tipo de mielinización, sus características fisicoquímicas, la velocidad de conducción del impulso nervioso y su capacidad de adaptación a la distensión pulmonar⁵.

La presencia de nervios aferentes ha sido descrita mediante estudios fisiológicos, registrando los impulsos nerviosos de las rutas aferentes desde el receptor. Se han descrito tres tipos diferentes de receptores: los receptores de estiramiento de adaptación lenta (REAL), los receptores de estiramiento de adaptación rápida (REAR) y las fibras C⁶.

Localización Anatómica	Tipo de Receptor	Fibra Transmisora	Acción
Laringe	REAR	Mielinizada	Tos apnea-constricción
	Fibras C	No mielinizada	Tos-constricción
Tráquea y bronquios	REAR	Mielinizada	Tos-constricción
	REAL	No mielinizada	Facilita la tos Relaja las vías aéreas Reflejo de Hering-Breuer
Bronquiales y pulmonares	Fibras C	No mielinizadas	Tos-constricción
Bronquios periféricos y alveolos		Ausencia casi total de fibras	Reflejo tusígeno casi ausente

Tabla 1. Receptores vagales posiblemente implicados en el reflejo de la tos⁷, a saber: fibras C, receptores de estiramiento de adaptación rápida (REAR) y receptores de estiramiento de adaptación lenta (REAL).

Es importante entender cómo funcionan estos receptores, ya que poseen diferentes reacciones a los estímulos y se complementan entre sí para un mejor cuidado de la mucosa respiratoria.

Receptores de estiramiento de adaptación lenta (REAL)

Son terminales nerviosas mielínicas con una velocidad de conducción de 30-50 m/s. Se localizan en el músculo liso de las vías aéreas centrales e intrapulmonares, las cuales son altamente sensibles a las fuerzas mecánicas de estiramiento y distensión pulmonar durante la respiración, siendo mayor su actividad durante la fase inspiratoria. Su activación provoca la inhibición de la respiración y de la conducción colinérgica, llevando a una disminución de la actividad del nervio frénico y del tono del músculo liso bronquial; por ello, son responsables del reflejo de inflación de Hering-Breuer, que es la inhibición en el comienzo de la inspiración luego de una inflación pulmonar sostenida, y del reflejo de broncodilatación o distensión de las vías aéreas. A pesar de esto, se piensa que los REAL no son los principales responsables en el reflejo tusígeno, pero tienen gran influencia sobre el patrón respiratorio, controlando algunos reflejos defensivos de la vía aérea⁸.

Receptores de estiramiento de adaptación rápida (REAR)

También se les conoce como receptores de irritación. Son fibras nerviosas mielínicas aferentes con una velocidad de conducción de 20-40 m/s. Algunas de sus ramas terminales se localizan en el epitelio respiratorio. Su principal característica es la rapidez de adaptación a la inflación pulmonar sostenida, así como su respuesta a una gran variedad de estímulos mecánicos y químicos; del mismo modo, son activados por mediadores inflamatorios como la sustancia P, la histamina y la bradiquina, las cuales pueden provocar contracción del músculo liso de la pared de los bronquios, generando broncoconstricción refleja,

obstrucción de las vías aéreas, secreción de moco, tos, hiperventilación y edema⁹.

Fibras C

Son terminaciones nerviosas de fibras amielínicas que presentan una velocidad de conducción de 1-2 m/s. Estas fibras no mielinizadas proveen la mayor inervación de la vía aérea y los pulmones, por lo que se han clasificado en fibras C pulmonares y fibras C bronquiales. Son similares a los nervios sensorios somáticos no mielinizados denominados nociceptores, que inervan la piel y el sistema músculo esquelético¹⁰.

Los nociceptores son un grupo especial de receptores sensoriales capaces de diferenciar entre estímulos inocuos y nocivos. Son las terminaciones periféricas de las fibras aferentes sensoriales primarias. Éstos reciben y transforman los estímulos locales, como son las partículas en la vía aérea, el polvo, los gases irritantes, los microorganismos, el humo de tabaco, etcétera, en potenciales de acción que son transmitidos a través de las fibras aferentes sensoriales primarias hacia el SNC. El umbral de estímulo de estos receptores no es constante y depende del tejido donde se encuentren¹¹.

Las fibras C pulmonares corresponden a los denominados receptores J, que se encuentran en las paredes alveolares yuxtapuestas a los capilares pulmonares; por ello son accesibles desde la circulación pulmonar, mientras que las fibras C bronquiales se encuentran dentro de la mucosa de las vías aéreas y son predominantemente estimuladas por agentes colocados en este sitio. Este sistema de receptores nerviosos no colinérgicos excitatorios (fibras C) es estimulado por irritación química (humo de cigarro, capsaicina, pH ácido, etcétera) o por diversos mediadores químicos (histamina, bradiginina, acetilcolina, prostaglandinas, leucotrienos)¹².

La estimulación de las fibras C bronquiales produce broncoconstricción refleja, incremento en la secreción de moco en las vías aéreas, hipotensión, bradicardia, respiración rápida y superficial o apnea. Las fibras C bronquiales responden a la histamina, mientras que las pulmonares no¹³.

Una característica de las fibras C es su quimiosensibilidad, aún más acentuada frente a la capsaicina, principal componente del chile. La capsaici-

na actúa como un componente activo excitatorio en neuronas aferentes primarias que contienen neuropeptidos¹⁴.

A pesar de conocer las funciones fisiopatológicas de cada una de estas vías, aún no se tiene el receptor primario del reflejo tusígeno¹⁵.

Todo esto nos muestra que el reflejo de la tos es un sistema complejo de interacciones en red de las vías neurológicas aferentes que se integran a nivel central, y proveen una respuesta eferente a través de las raíces cervicales que inervan los músculos respiratorios, desencadenando finalmente la tos.

Clasificación e indicaciones en medicina homeopática

Como se ha mencionado, la tos es un síntoma versátil y complejo que se manifiesta de distintas maneras

en cada paciente; es por ello que se puede clasificar en formas diferentes para un mejor estudio y comprensión. Así, por ejemplo, se han descrito dos tipos fisiológicos de tos:

- La tos laríngea, verdadera o reflejo espiratorio. Es producida por un estímulo mecánico laríngeo causado principalmente por material extraño, y sirve como protección contra la aspiración del mismo.
- La tos traqueo bronquial. Tiene un origen lejano a la laringe y puede ser voluntaria, estimulada por quimiorreceptores en la vía aérea inferior y por estímulos mecánicos. Su labor principal es limpiar y mantener funcional el aparato mucociliar, sobre todo cuando se inhalan grandes cantidades de material extraño o cuando existe un volumen considerable de moco, edema o pus, debido a una secreción excesiva.

Además, debido a su duración, que es una característica importante a considerar para el diagnóstico integral del paciente, la tos puede clasificarse en aguda, subaguda y crónica.

Estímulos	Fibras C		REAR
	Pulmonar	Bronquial	
Mecánicos	Inspiración Cuerpos extraños	Cuerpos extraños	Inspiración Espiración Polvo Moco Cuerpos extraños
Químicos	Gases irritantes Humo de tabaco Capsaicina Anestésicos volátiles	Gases irritantes	Gases irritantes Humo de tabaco Capsaicina Anestésicos volátiles
Mediadores	Acetilcolina Histamina Serotonina Prostaglandinas Bradiquininas Sustancia P	Histamina Serotonina Prostaglandinas Bradiquininas	Acetilcolina Histamina Serotonina Prostaglandinas Bradiquininas Sustancia P
Enfermedades	Microembolismo Edema pulmonar Congestión pulmonar Neumonía	Congestión pulmonar	Anafilaxis Microembolismo Atelectasias Broncoconstricción Edema pulmonar

Tabla 2. Estímulos a los receptores de las Fibras C y REAR¹⁶.

1. Tos aguda

Se considera así cuando cursa con una duración menor a tres semanas; sus etiologías más comunes son las infecciones virales del tracto respiratorio o rinosinusitis, la sinusitis aguda, la neumonía adquirida en la comunidad, la exacerbación de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), la rinitis alérgica y la laringitis secundaria a irritantes ambientales, siendo la más común dentro de este grupo las infecciones virales de tracto respiratorio superior¹⁷.

Para este tipo de tos existen diversos medicamentos homeopáticos, entre ellos: *Aconitum napellus*, cuya principal característica es la agudeza de su presentación, con trastornos inflamatorios violentos, de aparición rápida e intensa, generalmente febril, y acompañada de ansiedad y gran inquietud. Después de exponerse al aire frío y seco, el paciente comienza con una irritación laríngea que le provoca tos dolorosa a tal grado que se agarra la laringe cuando tose¹⁸. Otro de los medicamentos en casos agudos es *Belladonna atropa*; se indica cuando el paciente está muy inquieto y cuando la tos se manifiesta durante una inspiración profunda o en temperaturas altas y climas secos. Generalmente, el acceso de tos es desencadenado por la sensación de humo y se presenta con mayor frecuencia por las mañanas; asimismo, el pecho se encuentra congestionado y dolorido¹⁹.

De igual manera podemos hablar de *Kali bichromicum* o *Kali bich*, indicado en aquellos cuadros de tos que se caracterizan por dolores retroesternales pequeños y punzantes; el paciente logra indicar con un solo dedo el sitio en el que se inicia el dolor y señala constantemente la altura de la carina bronquial con molestias agudas, lancinantes y erráticas, de inicio y fin agudos, bruscos y constantes²⁰. *Pulsatilla nigricans* es un medicamento más de indicación aguda, cuando los cuadros de tos de los pacientes se dan al inspirar profundamente, provocando una sensación de polvo en la garganta y presentando estertores audibles a distancia; además, se manifiesta el deseo de aire libre y se mantiene en movimiento constante²¹.

2. Tos subaguda

Se trata de una tos persistente de tres a ocho semanas que por lo general no se asocia a una causa infecciosa, sino a hiperactividad bronquial, hipersecreción de moco y deterioro del barrido mucociliar

post-infeccioso²². En virtud de ello, *Arsenicum album* es indicado en pacientes definitivamente noctámbulos, ya que sus síntomas se agravan luego de la medianoche, despertándolos de forma violenta entre la 1:00 y 3:00 hrs., durando a menudo hasta el mediodía. De igual forma, los cambios de temperatura y el tiempo húmedo agravan el reflejo tusígeno de una forma característica, presentándose luego de semanas de un cuadro laríngeo de aparición repentina²³.

Bryonia es uno de los medicamentos más empleados por los médicos en casos de tos seca subaguda como secuela de un cuadro gripal o infección de vías aéreas superiores, aquella que los pacientes refieren que inicia con un cosquilleo constante en la laringe, provocando un acceso violento de tos dolorosa y que termina en una respiración suspiriosa y silbante²⁴.

Ipecacuanha es uno de los principales medicamentos de la tos emetizante subaguda, así como de la disnea y el asma, especialmente en niños. El paciente tiene una producción constante de moco que se acumula luego de un cuadro agudo de vías aéreas respiratorias, provocando náusea persistente, disnea, asfixia y frío precordial²⁵. Por otra parte, cuando se detecta una tos espasmódica que logra contraer todo el cuerpo y se presenta al hablar, reír, leer, beber o por olores muy fuertes, es el turno de *Phosphoro*. Es el principal medicamento de la tos seca espasmódica irritante y agotadora que surge como secuela de un resfriado o evento agudo laríngeo²⁶.

3. Tos crónica

Su presencia es mayor a ocho semanas; sus causas se limitan a un grupo de tres patologías: el síndrome de tos de vía aérea superior, antes conocido como síndrome de goteo post-nasal; el reflujo gastroesofágico y el asma, excluyendo a pacientes fumadores y aquellos que ingieren IECAs (inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina). Aunque estas patologías son las más comunes, existen otras condiciones para un importante porcentaje de casos de tos crónica.

El síndrome de tos de vía aérea superior se define como el drenaje de secreciones desde la nariz o los senos paranasales hasta la faringe, por lo que el diagnóstico de esta entidad es clínico; durante la anamnesis se debe cuestionar acerca de la sensación de escurrimiento posterior o descarga nasal, y durante la exploración física se tiene que realizar una

Variable	Síntomas
Cardiovasculares	Hipotensión arterial Bradiarritmias, taquiarritmias Síncope
Constitucionales	Diaforesis, anorexia, fatiga
Gastrointestinales	Reflujo gastroesofágico Herniación Desgarro de Mallory Weiss Ruptura esplénica
Genitourinario	Incontinencia urinaria
Músculo esquelético	Ruptura diafragmática Ruptura de rectos abdominales Fractura de arcos costales
Neurológico	Radiculopatía aguda cervical Síncope Convulsiones

Tabla 3. Manifestaciones sistémicas de la tos²⁷.

buena observación para comprobar la posible presencia de secreción mucoide o mucopurulenta en la nasofaringe y la orofaringe²⁸. Las principales características de los pacientes para los que es indicado *Carbo vegetabilis* son la postración y el frío intenso corporal. El doctor Tyler hizo la observación de que es un “verdadero resucitador de cadáveres”, ya que la debilidad y el agotamiento son tan graves que los pacientes permanecen en cama durante días o semanas, demostrando la disminución de su energía de una manera casi palpable. Sus cuadros respiratorios son crónicos y les afecta inimaginablemente el calor, así como la ropa muy ajustada y las comidas copiosas o grasosas²⁹.

La drosera es uno de los medicamentos con mayor tendencia a la cronicidad. Se le indica principalmente en los cuadros tuberculínicos, sobre todo en sus localizaciones laringotraqueal, pulmonar, ósea, articular y ganglionar. Tiene una acción selectiva sobre los trastornos laríngeos crónicos de los profesionales de la voz: predicadores, locutores, oradores, cantantes, actores u otros similares, quienes presentan sensación de garganta o laringe seca y áspera; poseen una voz ronca y sin tonalidad, lo que les lleva a esforzarse para hablar³⁰. *Spongia tosta* es un medicamento indicado en tos crónica, seca, sofocan-

te, ronca, agitante y espasmódica; tiene un sonido tan peculiar que se refieren a él como “si se serruchara una tabla de madera”, se agrava por vientos fríos y se presenta con una sensación de cosquilleo en la garganta que al terminar el episodio de tos provoca una respiración jadeante y acelerada³¹.

Otra clasificación de la tos se basa en los elementos que la componen:

a) Tos seca. No existe ningún tipo de esputo o expectoración; sólo se presenta el aire a presión que sale de los pulmones. *Aconitum napelus* refiere la sensación de un dolor cortante que agrava al inspirar aire frío, lo que lleva al paciente a presentar ronquera y resequedad laríngea. La tos se manifiesta peor a medianoche, con un sonido ladrante, ronco, seco, y es acompañada de cosquilleo en las vías aéreas³². *Arsenicum album* se encuentra en cuadros de catarro laríngeo de aparición repentina, acompañados de una constricción laríngea ardorosa y quemante en la que no se tolera siquiera beber agua; la respiración provoca una sensación de polvo o humo que irrita la vía aérea, desencadenando accesos agotadores de tos seca violenta, hueca y persistente que aumentan la sensación de cosquilleo o cuerpo extraño en la laringe, aunada a dolor intenso en la espalda³³.

Bryonia alba es uno de los medicamentos más empleados por los médicos homeópatas en casos de tos seca que inicia con un cosquilleo constante en la laringe, provocando un acceso violento de tos dolorosa que termina con una respiración suspiriosa y silbante³⁴. Phosphoro es el principal medicamento para la tos seca espasmódica irritante y agotadora, pero sobre todo dolorosa en laringe y tórax³⁵. Por último, como hemos mencionado, Spongia tosta manifiesta una tos sumamente seca, la cual provoca un sonido peculiar (como “serruchar madera”), se agrava por los vientos fríos y genera sensación de cosquilleo en la garganta³⁶.

b) Tos productiva. Es en la que el reflejo expulsa aire acompañado de esputo, es decir, produce expectoración. Belladonna atropa provoca un reflejo tusígeno tan violento que el paciente lleva sus manos hacia el tórax para sostenerlo, o hacia la cabeza por el dolor explosivo que éste le provoca. La expectoración es más abundante por la mañana; su color es marrón, sanguinolenta o estriada de sangre herrumbrosa, es decir, oxidada; cuando ésta se presenta, la sensación de ahogo lleva al paciente a sentarse o erguirse para sentir mejoría³⁷. En contraparte, el reflejo de Carbo vegetabilis es flojo y débil; posee un sonido crupal hueco y grave, ya que la expectoración es espesa (además, verdosa y sanguinolenta, con un característico sabor salado); al terminar de toser el paciente tiene la sensación de asfixiarse, así que busca el aire fresco y pide las ventanas abiertas, ya que la disnea respiratoria es muy marcada aún con esfuerzos pequeños³⁸.

Kali bich presenta sensación de sequedad bronquial durante los accesos de tos, así como dolor sordo que atraviesa el hemitórax derecho y agrava al inspirar. Luego de los accesos el paciente siente el tórax pesado, tanto que lo despierta por la noche. Las expectoraciones se quedan en la laringe, son muy espesas y poseen un sabor metálico³⁹. Por otra parte, cuando el paciente refiere mucosidad constante que al expectorar se nota de color amarillento, consistencia filante y en ocasiones sanguinolenta, de gusto amargo o grasoso, y que se acompaña de lagrimeo, epistaxis, náusea e incontinencia urinaria, Pulsatilla nigricans es el medicamento de elección⁴⁰.

c) Tos emetizante. Hablamos de aquella en donde la producción de esputo es tan filante y difícil de expectorar, que el esfuerzo produce vómito (con alimentos, bilis, etcétera). Ipecacuahna coepheles presenta una tos espasmódica, violenta, incesante, de aparición brusca, sofocante, que quita la respiración y reaparece a cada inspiración con estertores constantes. Los niños presentan cianosis y rigidez; luego

vienen náusea, arcadas y emesis mucosa. Al finalizar el acceso se presentan gastralgia y cefalea pulsante, así como diaforesis y calor en la cara. Son pacientes hipersensibles a los cambios de temperatura, sobre todo a los vientos; mejoran acostados del lado izquierdo y, sobre todo, manteniéndose en reposo⁴¹.

Otro cuadro igualmente violento es característico de Drosera. En estos casos encontramos una tos seca, desgarrante, profunda, ladrante, ronca, espasmódica, que sobreviene en violentos paroxismos o accesos sucedidos tan rápidamente que casi no dan tiempo a retomar la respiración; además, su intensidad es tal que la persona está obligada a sostenerse el vientre o el tórax con las manos. Precisamente por su agresividad este reflejo se acompaña de náuseas, arcadas, vómitos alimenticios o mucosos ligeramente estriados de sangre; también se observan cianosis periférica y, a menudo, epistaxis, diaforesis y angustia. Por lo general, los accesos son provocados por leer en voz alta o por el humo del cigarrillo; durante o después del sarampión y por hablar constantemente o en un tono muy alto. A pesar de la intensidad del cuadro clínico, estos pacientes agravan al estar en reposo y por el calor de la cama; prefieren el aire libre, el movimiento y tocar constantemente las zonas doloridas para sentir alivio⁴².

Ahora bien, existe otra subdivisión de la tos, en virtud de su presentación⁴³:

I. Tos espasmódica. En forma de espasmos, el reflejo muscular es veloz y corto, con una fuerza de contracción considerable y repeticiones constantes. El repertorio médico homeopático considera medicamentos como Coccus indicus, Cuprum metallicum y Rumex crispus para este tipo de tos.

II. Tos sibilante. Al espirar el aire se produce un sonido agudo, el cual será indicador de una severa inflamación del árbol bronquial; en tales casos pueden utilizarse Kreosotum y Spongia tosta.

III. Tos convulsiva o convulsa. Se caracteriza por accesos violentos, intermitentes y sofocantes; también se le refiere como golpes de tos o accesos de tos, además de que en el repertorio se enuncia como tos sofocante. Engloba a medicamentos como Hepar sulphur, Dioscorea villosa y Sambucus nigra.

IV. Tos de esfuerzo. Es provocada voluntariamente, por lo general para expulsar alimentos o cuerpos extraños ingeridos. Dentro del repertorio se considera como “Tos-esforzándose”, y dentro de este rubro se encuentran remedios como Cuprum metallicum y Challidonium majus.

Consideraciones finales

Debemos tener en cuenta que la tos es sólo un síntoma de un cuadro clínico complejo e individual que se desarrolla en la totalidad del organismo, que merece un interrogatorio detallado y, sobre todo, una adecuada exploración física de las vías aéreas, en especial de los campos pulmonares, ya que esto definirá tanto al diagnóstico etiológico, de suma utilidad para fines pronósticos, como al diagnóstico medicamento-so, que servirá para determinar el medicamento homeopático más indicado para orientar los esfuerzos que hace el organismo para recobrar la salud.

Recordemos que la medicina homeopática nos explica que los síntomas de las enfermedades no deben suprimirse, sino modularse y abordarse de manera global, abarcando la totalidad del paciente e identificando su sintomatología mental, general y, en este caso, la particular característica, ya que muestran el camino elegido por la energía vital para el restablecimiento del organismo. Incluso la medicina convencional reconoce que la tos, aunque puede ser

una manifestación problemática, es una forma de curación del cuerpo; en este sentido, se debe hacer lo posible por no erradicarla, menos aún en menores de seis años a través de antitusígenos de venta libre⁴⁴.

Así, la habilidad del médico homeópata debe llevarle a elegir alguno de los medicamentos asociados con la tos, pero sobre todo con la totalidad de las manifestaciones. Dentro de la materia médica homeopática existen cuadros de tos diametralmente distintos, por lo que su estudio merece una meticolosa revisión. En la tabla 4 pueden apreciarse aquellos medicamentos homeopáticos que poseen mayor puntaje dentro del repertorio médico.

En la Homeopatía no se atienden enfermedades, sino enfermos, y la tos es sólo uno de los muchos síntomas que debemos considerar dentro del cuadro clínico del paciente; si logramos integrar una historia clínica completa, una exploración física minuciosa y exacta, así como una traducción de síntomas precisa, tendremos la totalidad de nuestro individuo para la elección del remedio con mayor semejanza posible.

Medicamento / Tipo de tos	Acon	Ars	Bell	Bry	Carb-V	Dros	Kali-bich	Ip	Phos	Puls	Spong. T
Aguda	●		●				●			●	
Subaguda		●		●				●	●		
Crónica					●	●					●
Seca	●	●		●					●		●
Productiva			●		●	●	●			●	
Emetizante						●		●	●		
Espasmódica	●		●		●		●		●	●	
Sibilante		●		●	●	●					●
Convulsiva o convulsa		●	●	●		●		●			●
De esfuerzo	●	●			●	●			●		●

Tabla 4. Medicamentos homeopáticos que se emplean con mayor frecuencia en la atención de los distintos tipos de tos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hahnemann S. El Organon de Hahnemann, Sexta Edición (Edición del Bicentenario). Ciudad de México: Propulsora de Homeopatía, 2010. p.110-111. Traducción de Fernando Darío François Flores.
2. Klossek JM, Dufour X, Desmons-Grohler C, Fontanel JP. Fisiología de la mucosa respiratoria nasal y trastornos funcionales. En: Encyclopédie Médico-Chirurgicale. España: Elsevier; 2000. E-20-290-A-10.
3. Widdicombe JG. Sensory neurophysiology of the cough reflex. J Allergy Clin Immunol. 1996; 98: S84-90.
4. Cortés J, Sáenz O, Manrique C, Gonzales F, Rocha N, Miranda R. Revisión semiológica respiratoria. Tos: acercamiento a la fisiopatología, enfoque y tratamiento. Rev Colomb Neumol. Dic 2009; 21(4): 192-198.
5. Widdicombe JG. Afferent receptors in the airways and cough. Respir Physiol. 1998; 114: 5-15.
6. Arreola-Ramírez JL, Morales-Hernández PE, Falcón-Rodríguez CI, Segura-Medina P. Aspectos generales de la innervación pulmonar. Gaceta Médica de México. 2013; 149: 502-508.
7. Muñoz López F. Valoración de la tos persistente o recidivante en la infancia. Jano la Revista. 21 Jun 2002; (1438): 37-42.
8. Woolf CJ, Salter MW. Neuronal plasticity: increasing the gain in pain. Science. 2000; 288: 1765-1769.
9. Canning BJ, Reynolds SM, Mazzone SB. Multiple mechanisms of reflex bronchospasm in guinea pigs. J Appl Physiol. 2001; 91: 2642-2653.
10. Lee LY, Pisarri TE. Afferent properties and reflex functions of bronchopulmonary C-fibers. Respir Physiol. 2001; 125: 47-65.
11. Adriaensen D, Timmermans JP. Breath-taking complexity of vagal C-fibre nociceptors: implications for inflammatory pulmonary disease, dyspnoea and cough. J Physiol. 1 Ene 2011; 589(Pt 1): 3-4. doi: 10.1113/jphysiol.2010.201434.
12. Arreola-Ramírez JL, Morales-Hernández PE, Falcón-Rodríguez CI, Segura-Medina P. *Op cit*.
13. Coleridge JC, Coleridge HM. Afferent vagal C fibre innervation of the lungs and airways and its functional significance. Rev Physiol Biochem Pharmacol. 1984; 99: 1-110. PMID: 6695127.
14. Arreola-Ramírez JL, Morales-Hernández PE, Falcón-Rodríguez CI, Segura-Medina P. *Op cit*.
15. Cortés J, Sáenz O, Manrique C, Gonzales F, Rocha N, Miranda R. *Op cit*.
16. Couto M, de Diego A, Perpiñi M, Delgado L, Moreira A. Cough reflex testing with inhaled capsaicin and TRPV1 activation in asthma and comorbid conditions. J Investig Allergol Clin Immunol. 2013; 23(5): 289-301. PMID: 24260973.
17. Irwin RS, Madison JM. The diagnosis and treatment of cough. N Engl J Med. 7 Dic 2000; 343(23): 1715-1721. PMID: 11106722.
18. Vijnowsky B. Tratado de Materia Medica Homeopática, tomo I. Buenos Aires: 1984. p. 26-30.
19. *Ibid*. p. 79-84.
20. Vannier L. Materia Médica Homeopática, 20a ed. Ciudad de México: Editorial Porrúa; 2011. p. 276-280.
21. *Ibid*. p. 409-415.
22. Pratter MR. Cough and the common cold: ACCP evidence-based clinical practice guidelines. Chest. Ene 2006; 129(1 Suppl): 72S-74S. PMID: 16428695.
23. Vijnowsky B. *Op cit*, tomo I. p. 154-163.
24. Vannier L. *Op cit*. p. 291-297.
25. Vijnowsky B. *Op cit*, tomo II. p. 112-116.
26. Vannier L. *Op cit*. p. 409-415.
27. Irwin RS. Complications of cough: ACCP evidence-based clinical practice guidelines. Chest. Ene 2006; 129 (1 Suppl): 54S-58S. PMID: 16428692.
28. Braman SS. Postinfectious cough: ACCP evidence-based clinical practice guidelines. Chest. Ene 2006; 129(1 Suppl): 138S-146S. PMID: 16428703.
29. Vijnowsky B. *Op cit*, tomo I. p. 370-376.
30. *Ibid*. p. 612-617.
31. *Ibid*. p.372-1376.
32. Vannier L. *Op cit*. p.7-10.
33. Vijnowsky B. *Op cit*, tomo I. p.154-163.
34. Vannier L. *Op cit*. p.291-297.
35. *Ibid*. p. 409-415.
36. Vijnowsky B. *Op cit*, tomo III. p.372-1376.
37. *Ibid*. p. 79-84.
38. Vannier L. *Op cit*. p.128-130.
39. *Ibid*. p.276-280.
40. Vijnowsky B. *Op cit*, tomo III. p.151-164.
41. *Ibid*. p.112-116.
42. *Ibid*. p.612-617.
43. Canning BJ. Anatomy and neurophysiology of the cough reflex: ACCP evidence-based clinical practice guidelines. Chest. Ene 2006; 129(1 Suppl): 33S-47S. PMID: 16428690.
44. Biblioteca Nacional de Medicina de Estados Unidos, Institutos Nacionales de Salud. Tos [internet]. Maryland, Estados Unidos: MedlinePlus; cc2011. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003072.htm>.

Pruebas de Función Respiratoria

*Cuauhtémoc Magaña Hernández

**José Luis López Esceberre

***Jesús Cuauhtémoc Magaña Cazares

PALABRAS CLAVE:

Pruebas de función respiratoria, Espirometría, Pulsioximetría, Asma, EPOC, Bronquitis, Volumen respiratorio, Flujo respiratorio, Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, Enfisema, Bronquitis crónica (no obstructiva), Falla cardiaca congestiva, Tuberculosis, Bronquiectasias, neumoconiosis, Bronquiolitis constrictiva y bronquilitis difusa.

*Médico cirujano y partero, Facultad de Medicina U.N.A.M.

Médico especialista en anestesiología, I.M.S.S.

Especialidad en medicina homeopática, Instituto de Estudios Tecnológicos y Superiores Matatipac, A. C.

Diplomado en investigación clínica, I.M.S.S.

**Medicina general, Universidad Autónoma de Sinaloa.

Especialidad en medicina homeopática, Instituto de Estudios Tecnológicos y Superiores Matatipac, A. C.

***Medicina general, Universidad Autónoma de Sinaloa.

Especialidad en medicina homeopática, Instituto de Estudios Tecnológicos y Superiores Matatipac, A. C.

Resumen

Las pruebas de función respiratoria son métodos de observación que permiten ampliar el horizonte clínico, al tiempo que facilitan la recopilación y la cuantificación de los datos de la función del aparato respiratorio dentro de la búsqueda de “la totalidad sintomática”, situándose como parte de los exámenes recomendados en diferentes guías terapéuticas.

Este trabajo ofrece, además, información puntual acerca de conceptos fundamentales relativos a la fisiología respiratoria y la ventilación pulmonar, y relata detalladamente la naturaleza de la espirometría (mide la capacidad y la rapidez de los volúmenes respiratorios), así como la de la pulsioximetría, una técnica no invasiva que mide la saturación de oxígeno de la hemoglobina en la sangre circulante.

Abstract

Respiratory function tests are observational methods that expand the clinical horizon, while facilitating the collection and quantification of information about respiratory function in search of “totality of symptoms”, thereby becoming part of the Recommended therapeutic guidelines in different tests.

This work also provides timely information on key concepts of respiratory physiology and pulmonary ventilation, and describes in detail the nature of

Recibido: octubre, 2013. Aceptado: diciembre, 2013

KEYWORDS:

Respiratory function tests, Spirometry, Pulse oximetry, Asthma, COPD, Bronchitis, Respiratory volume, Respiratory flow, Chronic obstructive pulmonary disease, Emphysema, Chronic bronchitis (non-obstructive), Diffuse bronchiolitis congestive heart failure, Tuberculosis, Bronchiectasis, Pneumoconiosis and constrictive bronchiolitis .

spirometry (measuring the capacity and speed of the respiratory volumes) as well as pulse oximetry, a noninvasive technique that measures oxygen saturation of hemoglobin in circulating blood.

Como sabemos, el propósito más importante en la clínica homeopática es llevar a cabo una toma del caso lo más completa posible para posteriormente encontrar el medicamento que necesita el paciente. Así pues, el médico escuchará con atención y detenimiento la narración del enfermo y, posteriormente, realizará una minuciosa exploración física que le permita prescribir con la mayor exactitud posible en base a la totalidad sintomática.

Si se quiere ser todavía más preciso en el diagnóstico, especialmente en la magnitud del daño y el desequilibrio en el que se encuentra el paciente, así como tener constancia de la mejoría producida luego de la prescripción homeopática, hay que echar mano de los estudios de laboratorio y gabinete. Tal es el caso de la pruebas de función respiratoria (PFR).

Las PFR son métodos de observación que permiten ampliar el horizonte clínico, al tiempo que facilitan la recopilación y la cuantificación de los datos de la función del aparato respiratorio dentro de la búsqueda de “la totalidad sintomática”, situándose como parte de los exámenes recomendados en diferentes guías terapéuticas. Dentro de las pruebas más utilizadas en la clínica diaria se encuentran la espirometría y la pulsioximetría, las cuales tienen una función de diagnóstico, pronóstico, evaluación y seguimiento a la respuesta terapéutica en las enfermedades crónicas pulmonares. Hablamos, entre otras, del asma, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), antiguamente conocida como enfisema, y algunas patologías más como bronquitis crónica (no obstructiva), falla cardíaca congestiva, tuberculosis, bronquiectasias, neumoconiosis, bronquiolitis constrictiva y bronquilitis difusa¹.

<p>Diagnóstico</p> <ul style="list-style-type: none">• Diagnóstico de enfermedades broncopulmonares: asma, EPOC, etcétera.• Diagnóstico diferencial de procesos broncopulmonares.• Estudio de disnea.
<p>Tratamiento</p> <ul style="list-style-type: none">• Evaluación de la respuesta a tratamientos.
<p>Pronóstico</p> <ul style="list-style-type: none">• Evaluación del pronóstico en la progresión de una enfermedad: neumopatías intersticiales, criterios de trasplante pulmonar, etcétera.• Evaluación de la operabilidad en cirugía de resección.• Pulmonar: cáncer pulmón, cirugía de reducción de volumen, etcétera.• Evaluación del riesgo quirúrgico de otras intervenciones.• Evaluación de la capacidad laboral.

Tabla 1. Utilidad de las pruebas de función respiratoria.

Los estudios en referencia son auxiliares diagnósticos y pronósticos muy importantes en el proceso preoperatorio, principalmente para la valoración del riesgo quirúrgico y anestésico en cierto tipo de pacientes que por su edad o sus antecedentes (asmáticos, tabáquicos, presencia de EPOC) pudieran tener mayor riesgo. Es un hecho que las PFR han sido subutilizadas tanto por los médicos generales como por los médicos homeópatas.

Estos análisis resultan muy útiles en el diagnóstico y el control de los enfermos que padecen alguna enfermedad respiratoria, e incluso no respiratoria (extratorácica), ya que proporcionan información clara y precisa sobre los aspectos más importantes de la función respiratoria: la mecánica pulmonar y el intercambio gaseoso.

Vale la pena anotar que estas pruebas no proporcionan un diagnóstico etiológico, sino que informan la manera en que se altera la fisiología normal de la respiración, al mismo tiempo que indican si una prescripción homeopática pudo corregir el problema, y en qué magnitud. Es importante señalar que, aún sin presencia de síntomas, un individuo puede tener resistencia aumentada al flujo aéreo por mucho tiempo y una distribución no uniforme del aire inspirado antes de que se presente dificultad respiratoria; de allí que este tipo de pruebas puedan ayudarnos enormemente cuando se sospeche de alguna alteración en el parénquima pulmonar (especialmente en fumadores), detectándola mucho antes de que se manifieste con síntomas.

Su interpretación debe ser clara e informativa, ya que sólo mencionar los valores obtenidos no nos dice nada. La valoración de estas pruebas debe

realizarse con el conocimiento de los demás aspectos del paciente, es decir, dentro de la totalidad del individuo².

Conceptos fundamentales

Para entender a las pruebas de función respiratoria es importante recordar algunos conceptos sobre la fisiología respiratoria y la ventilación pulmonar. Se analizan varios volúmenes y capacidades:

a) Volumen corriente (VC): es el volumen de aire que una persona inhala y exhala cuando se encuentra en condiciones basales, es decir, es el aire que se mueve en condiciones normales. A este volumen de aire también se le denomina volumen tidal (VT).

b) Volumen de reserva inspiratoria (VRI): se trata del volumen que ingresa al pulmón cuando, a partir de una inspiración normal, se hace una inspiración máxima voluntaria.

c) Volumen de reserva espiratoria (VRE): de modo contrario, si a partir de una espiración normal se hace una espiración máxima voluntaria, se obtendrá del pulmón un volumen de aire extra. A esto se le llama volumen de reserva espiratoria.

d) Volumen residual (VR): este concepto se refiere al volumen de aire que queda dentro del pulmón después de arrojar todo el aire que se pueda expulsar en una exhalación.

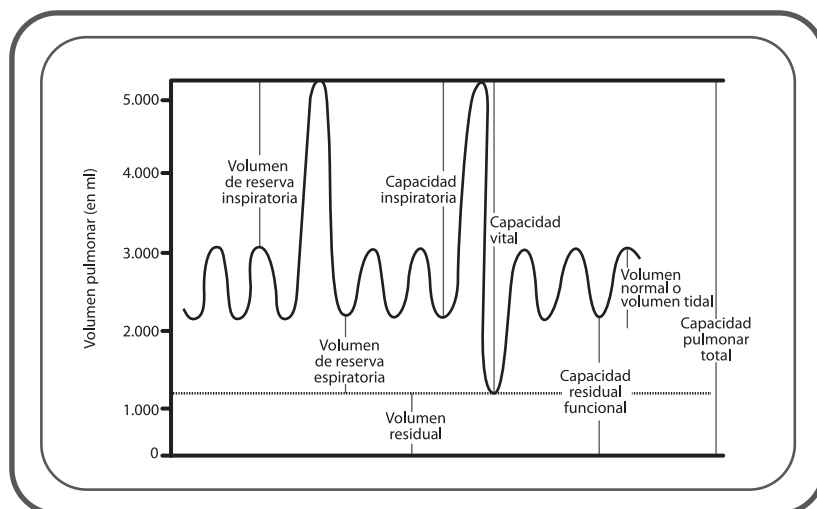


Figura 1. Representación gráfica de los diferentes volúmenes respiratorios.

Por su parte, las capacidades pulmonares se refieren a los distintos volúmenes de aire característicos en la respiración humana. El pulmón de un ser humano adulto sano puede almacenar entre cinco y seis litros de aire en su interior, pero una cantidad significativamente menor es la que se inhala y exhala durante la respiración. Al describir los procesos del ciclo pulmonar, en ocasiones es deseable que se consideren dos o más volúmenes pulmonares juntos. A dichas combinaciones de volúmenes se les denomina capacidades pulmonares:

a) Capacidad inspiratoria (CI): es la cantidad de aire que una persona puede respirar, comenzando en el nivel de una espiración normal y distendiendo al máximo sus pulmones (3,500 mL, aproximadamente). En otras palabras, la capacidad inspiratoria es la suma del volumen corriente y el volumen inspiratorio de reserva ($CI = VC + VRI$).

b) Capacidad pulmonar total (CPT): es el volumen de aire que hay en el aparato respiratorio después de una inhalación máxima voluntaria, que corresponde aproximadamente a seis litros de aire. Es el máximo volumen al que pueden expandirse los pulmones con el máximo esfuerzo posible (5,800 mL, aproximadamente). Es decir, la capacidad pulmonar total es la suma del vo-

lumen corriente, el de reserva inspiratorio, el de reserva espiratorio y el residual ($CPT = VC + VRI + VRE + VR$).

c) Capacidad vital (CV): es la cantidad de aire que es posible expulsar de los pulmones después de haber inspirado completamente. Son alrededor de 4.6 litros. La capacidad vital es el resultado de sumar el volumen de reserva inspiratorio con el volumen corriente y el de reserva espiratoria ($CV = VRI + VC + VRE$).

d) Capacidad funcional residual (CFR): se refiere a la cantidad de aire que queda en los pulmones tras una espiración normal (2,300 mL, aproximadamente). Esto significa que la capacidad funcional residual es la adición del volumen de reserva espiratorio más el volumen residual ($CFR = VRE + VR$).

En términos generales, la cuantificación de cada uno de estos volúmenes y capacidades en condiciones normales puede apreciarse en la tabla 2.

Así pues, una vez que se conozcan los valores de los diferentes volúmenes podremos entender qué es lo que sucede ante las diversas alteraciones patológicas, a los diferentes niveles, y de que forma el pulmón se va alterando.

Valor	Masculino (mL)	Femenino (mL)
Volumen corriente o tidal (VC o VT)	500	400-500
Volumen de reserva inspiratoria (VRI)	3100	1900
Volumen de reserva espiratoria (VRE)	1200	800
Volumen residual (VR)	1200	1000
Capacidad vital (CV)	4600	3200
Capacidad funcional residual (CFR)	2300	1800
Capacidad pulmonar total (CPT)	5800	4200

Tabla 2. Valores normales aproximados de los diferentes volúmenes pulmonares³.

Espirometría

La espirometría, que fue introducida a la clínica por John Hutchinson en 1844, consta de una serie de pruebas muy sencillas que miden la capacidad y la rapidez de los volúmenes respiratorios en la unidad de tiempo; dicho de otro modo, sirve para medir el volumen de aire que el aparato respiratorio puede movilizar en función de un determinado periodo de tiempo. Se trata de una técnica indispensable cuando se sospecha de una alteración respiratoria.

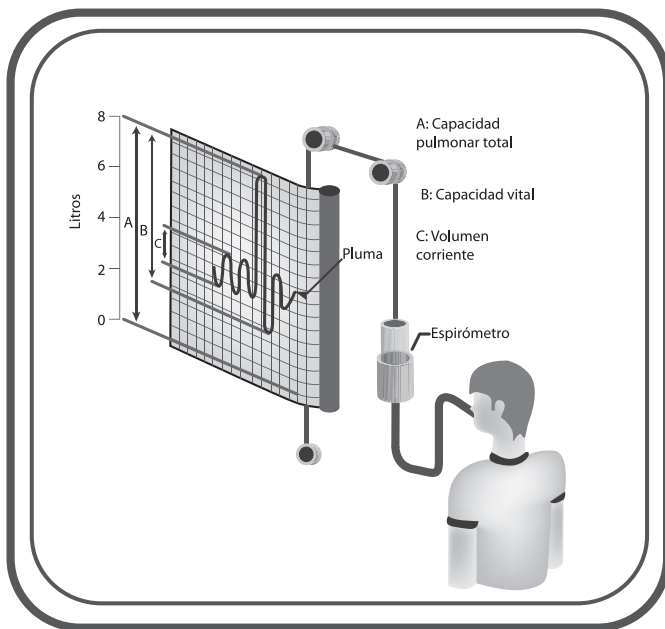


Figura 2. Espirómetro.

La prueba se realiza a una temperatura de entre 17° y 40° C. El paciente debe permanecer en reposo durante 15 minutos, tiempo durante el cual se le debe explicar en qué consiste el procedimiento para evitar que haya fugas alrededor de la pieza bucal (boquilla indeformable). A continuación, la persona realizará un esfuerzo inspiratorio máximo, seguido de una espiración forzada máxima y sostenida; estas maniobras se producen por triplicado⁴.

Se presentan a continuación las variables espirométricas más utilizadas:

a) **Capacidad vital forzada (CVF) o forced vital capacity (FVC)**. Es similar a la capacidad vital (VC), pero esta maniobra es forzada y con la máxima rapidez que el paciente pueda producir.

b) **Volumen espiratorio forzado (VEF y VEF1) o forced expiratory volume (FEV y FEV1)**. Es el máximo de volumen de aire espirado en el primer segundo desde una inspiración máxima. Probablemente, éste sea uno de los parámetros más utilizados en la clínica.

c) La relación entre las dos variables anteriores: FEV1/FVC.

d) **Flujo espiratorio máximo (FEM) o peak expiratory flow (PEF)**. También conocido como flujo espiratorio pico, es la tasa máxima de flujo que puede obtenerse por medio de una maniobra espiratoria forzada. Esta modalidad es una medida simple y reproducible de la obturación de las vías aéreas, toda vez que se correlaciona muy bien con el FEV1⁵.

Así, el análisis de estas variables permite clasificar a la ventilación pulmonar y sus trastornos en diferentes patrones:

- a) Normal.
- b) Obstrutivo, o de limitación del flujo aéreo.
- c) Restrictivo, o de limitación de volumen.
- d) Mixto, o combinación de los dos anteriores.

a) **Patrón normal**. Los valores de referencia se encuentran por encima del 80%.

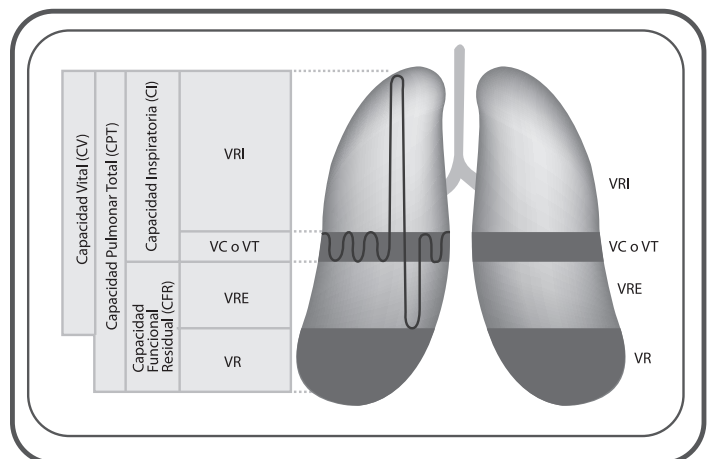


Figura 3. Patrón normal en la ventilación pulmonar.

b) Patrón obstructivo. Se refiere a la reducción del flujo aéreo que se produce por el aumento de la resistencia de las vías aéreas (asma, bronquitis), o bien, por la disminución de la retracción elástica del parénquima (enfisema). Dicho de otro modo, es la disminución del flujo espiratorio máximo con respecto a la capacidad vital forzada, y se detecta mediante la relación FEV1/FVC, la cual será menor del 70%.

Las causas de los patrones obstructivos son: la contracción del músculo liso que recubre la pared de los bronquios en un episodio agudo de asma; edema e infiltración celular inflamatoria de la mucosa; retención de secreciones; neoplasias; estenosis cicatricial; cuerpo extraño y disminución del soporte elástico de las vías aéreas intrapulmonares.

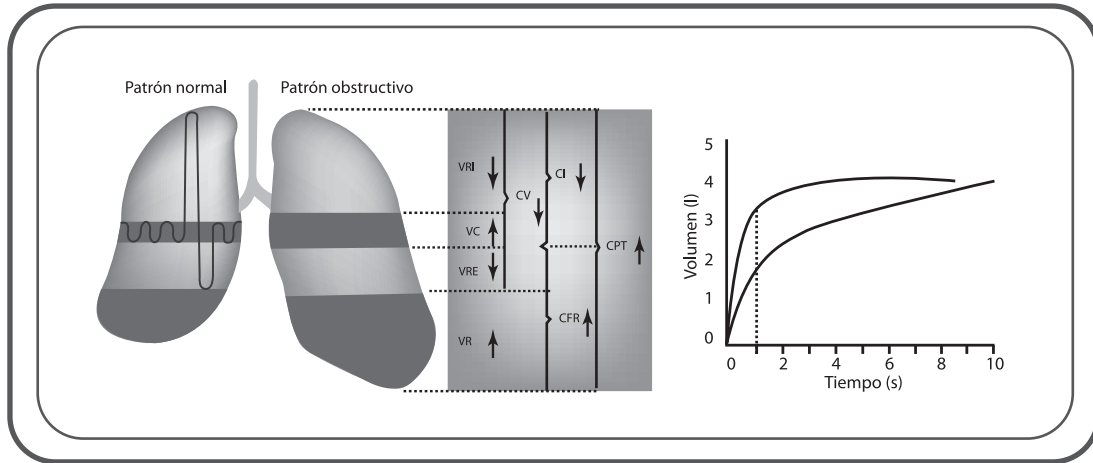


Figura 4. Patrón obstructivo en la ventilación pulmonar.

c) Trastorno ventilatorio restrictivo. Indica una disminución del volumen de aire que circula en las vías aéreas, la cual se produce por el decremento de la capacidad vital y la capacidad pulmonar total (CPT), ya sea por alteraciones del parénquima (fibrosis, ocupación, amputación), del tórax (rigidez, deformidad) o de los músculos respiratorios y/o de su innervación.

La capacidad pulmonar total es la suma de la capacidad vital y el volumen residual, por lo que para una identificación completa de la afección será necesario medir los volúmenes estáticos del pulmón, incluyendo el volumen residual (mediante pletismografía). En condiciones de consulta externa se sospecharía de una patología con restricción pulmonar si existe FVC disminuida, acompañada de un FEV1 disminuido.

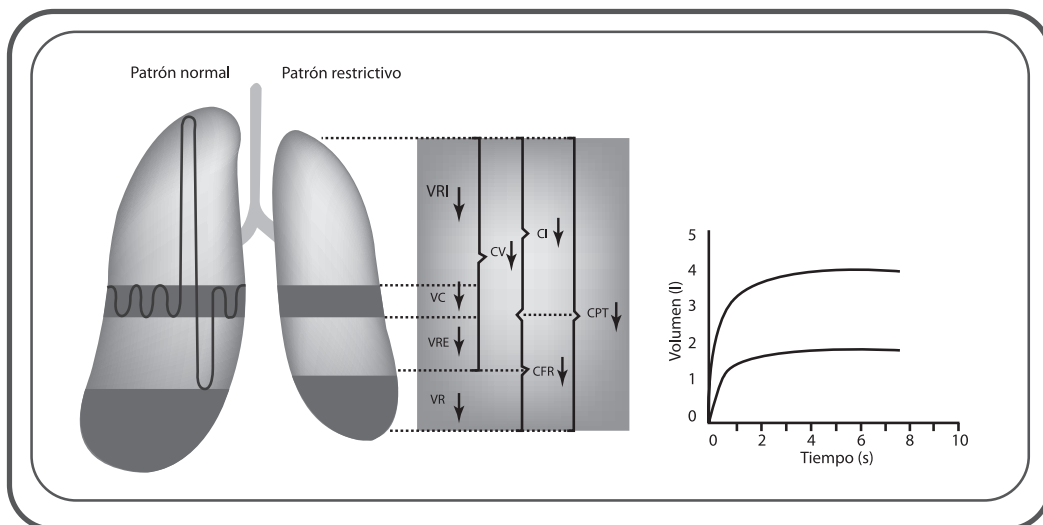


Figura 5. Trastorno ventilatorio restrictivo en la ventilación pulmonar.

d) Patrón mixto. Combina las características de los dos anteriores. Algunos pacientes con EPOC muy evolucionados, por ejemplo, tienen un grado de obstrucción tal que presentan cierto grado de atrapamiento aéreo. En estos casos, ese aire atrapado se comporta como volumen residual, por lo que disminuye la FVC. Para diferenciar esta situación de otra que tuviera realmente obstrucción y restricción (una bronquitis crónica en un paciente con fibrosis pulmonar, por ejemplo) hay que recurrir a un estudio completo de volúmenes pulmonares en un laboratorio de función pulmonar. En atención primaria sospecharemos de un síndrome mixto si encontramos en la espirometría una FVC disminuida, así como un FEV1 y un FEV1/FVC disminuidos.

El diagnóstico de EPOC se establece cuando el FEV1 está por debajo del 80% del predicho, o si la relación FEV1/FVC es menor a 0.7. Un FEV1 normal excluye el diagnóstico de EPOC.

Vale la pena señalar que al valorar una espirometría es recomendable analizar la relación FEV1/FVC para saber si existe una obstrucción de las vías aéreas; luego se debe hacer lo mismo con la FVC para comprobar si existe restricción, y por último el análisis correspondiente del FEV1.

Si lo que se pretende es valorar la respuesta al tratamiento de un paciente con obstrucción de vías aéreas, el parámetro más adecuado es el FEV1⁶.

	Obstructivo	Restrictivo	Mixto
FVC	Normal	↓	↓
FEV1	↓	↓	↓
FEV1/FVC	↓	Normal	↓

Tabla 3. Resumen de los patrones espirométricos.

Así pues, en la medida en que los resultados de las pruebas se alejen de los valores normales el paciente se encontrará en condiciones más graves; de modo contrario, si los valores regresan a la normalidad estaremos ante el medicamento adecuado. Este tipo de pruebas nos permitirán obtener un parámetro objetivo y cuantificable de la evolución del paciente.

Contraindicaciones de una espirometría

En virtud de que una espirometría implica un esfuerzo importante por parte del paciente, es necesario

Trastorno obstructivo		Trastorno restrictivo	
	FEV1		FVC
Leve	> 70%	Leve	> 70%
Moderada	60-69%	Moderada	60-70%
Moderadamente grave	50-59%	Moderadamente grave	50-60%
Grave	35-49%	Grave	34-50%
Muy grave	<35%	Muy grave	<34%

Tabla 4. Clasificación de la gravedad en las enfermedades respiratorias, de acuerdo con la Sociedad Torácica Estadounidense (*American Thoracic Society*)^{7, 8}.

tomar en cuenta que existen contraindicaciones relativas: presión diastólica en reposo >110 mmHg o presión sistólica en reposo >200 mmHg; lesiones espinales u oculares recientes; pacientes poco colaboradores o incapaces de realizar la prueba por debilidad; dolor, fiebre y disnea, así como falta de coordinación o psicosis.

Existen también contraindicaciones absolutas, como la enfermedad cardiovascular aguda o descompensada en los últimos tres meses, un infarto agudo del miocardio, insuficiencia cardíaca o un accidente vascular cerebral. También en pacientes que hayan presentado neumotórax en los tres meses previos, que tengan riesgo de hemoptisis o ruptura de aneurisma, así como enfermos que hayan sido sometidos a cirugía de tórax, abdomen, ojos u oídos en los últimos tres meses, o que tengan infecciones respiratorias agudas en las últimas dos semanas. Del mismo modo, se encuentran contraindicadas en pacientes con tuberculosis pulmonar activa y en casos de embarazo avanzado o complicado⁹.

La realización de la espirometría en un paciente asmático se realiza de una forma basal; pos-

teriormente, se repite la prueba con la administración de un broncodilatador (por lo general, salbutamol 200 μ) para indagar si la obstrucción bronquial es reversible. Debe puntualizarse que una prueba normal no excluye el diagnóstico de asma y obliga a proseguir el protocolo de estudio en este tipo de pacientes, de allí que se recomiende un estudio de variabilidad del flujo espiratorio medio¹⁰.

La espirometría indicada en el preoperatorio tiene como objetivo:

- a) Identificar a la persona que presenta un riesgo pulmonar preoperatorio.
- b) Establecer regímenes terapéuticos preoperatorio y posoperatorio.

Dichas pruebas hacen posible que un candidato marginal se transforme en uno con riesgo aceptable. Si el FEV es menor del 50%, o si existen signos de compromiso del flujo aéreo, entonces deben indicarse estudios adicionales. Si después de una preparación intensa el volumen espiratorio forzado al primer segundo (FEV1) es menor que 1 L, entonces el riesgo puede calificarse de elevado.

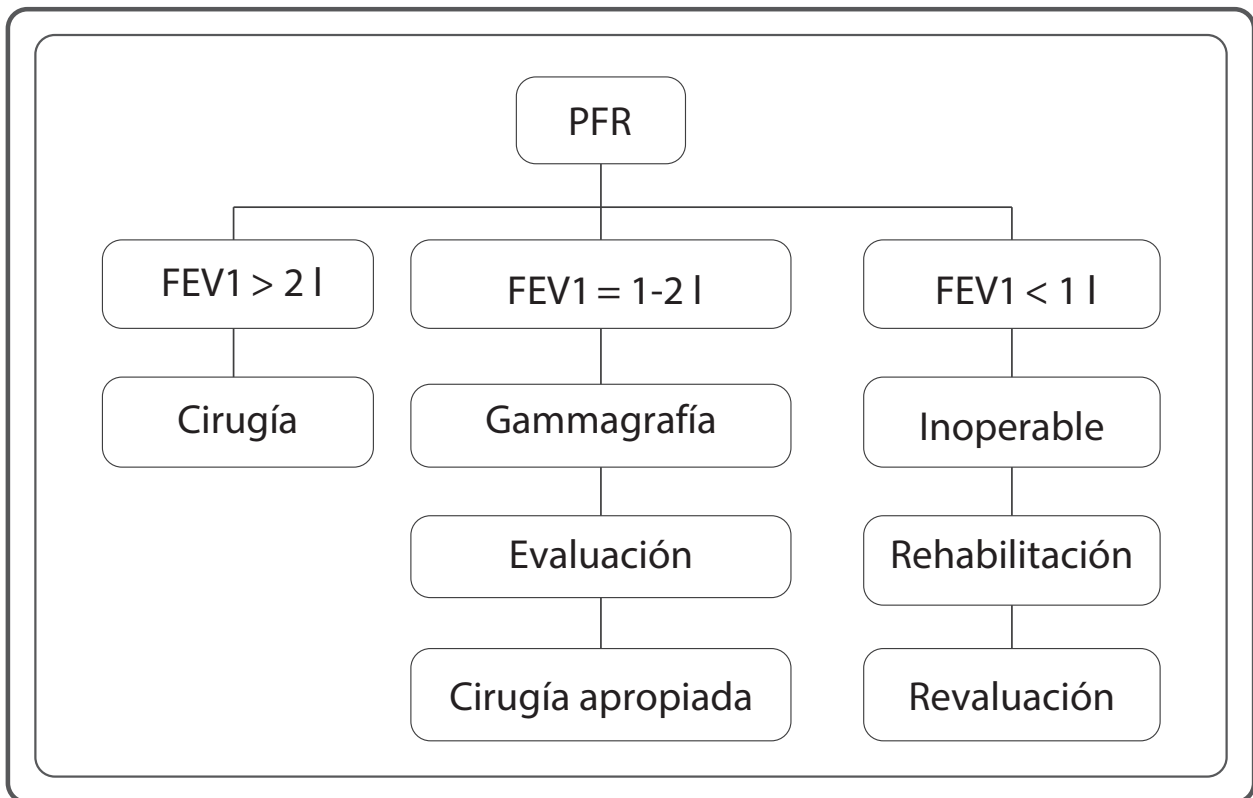


Figura 6. Papel de la espirometría en la valoración quirúrgica.

Pulsioximetría

La pulsioximetría es una técnica no invasiva que mide la saturación de oxígeno de la hemoglobina en la sangre circulante. Se utiliza un pulsioxímetro, que es un método fotoeléctrico que se coloca en los dedos de la mano o del pie, o bien, en el lóbulo de la oreja del paciente. El aparato emite luces con longitudes de onda roja e infrarroja que viajan de manera secuencial de un emisor hasta un fotodetector a través del paciente. Al medir la absorbancia de cada longitud de onda causada por la sangre arterial (componente pulsátil), es posible calcular la saturación de oxígeno en sangre.

Esta metodología es muy útil, toda vez que permite valorar condiciones en donde la oxigenación del paciente puede variar rápidamente y de un momento a otro, como es el caso de las salas de urgencias y de terapia intensiva que atienden a pacientes neumopatas y con problemas cardiacos. También es muy útil para conocer la efectividad del tratamiento en individuos con padecimientos respiratorios crónicos.

En casos de EPOC, la pulsioximetría ayuda en el control de pacientes inestables con enfermedad grave, o bien, cuando se presenta empeoramiento de síntomas u otros signos de reagudización. Incluso

puede llegar a ser una herramienta que los pacientes pueden usar en casa para ayudarles en el manejo de su enfermedad bajo supervisión de sus médicos.

Es pertinente hacer énfasis en que la pulsioximetría es un complemento, pero no sustituye a la espirometría en la evaluación de pacientes con EPOC. Mientras que la espirometría nos proporciona el diagnóstico y la clasificación de la enfermedad, la pulsioximetría nos proporciona el grado de compromiso respiratorio en tiempo real. Así, debe puntualizarse que aunque la pulsioximetría es muy útil como auxiliar en la toma de decisiones ante un paciente con dificultad respiratoria, de ninguna manera puede sustituir una buena evaluación clínica; por lo tanto, los datos que proporciona no tienen un valor diagnóstico¹¹.

Si tomamos como ejemplo al asma, podemos afirmar que la pulsioximetría complementa los datos obtenidos por la espirometría para valorar la gravedad de las exacerbaciones de los cuadros y su respuesta al tratamiento homeopático. Por otra parte, en casos de infección de vías aéreas inferiores, como neumonía, influenza o infecciones pulmonares relacionadas con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/sida), la pulsioximetría puede ser útil para evaluar la gravedad de la enfermedad y, junto con otros criterios, determinar cuándo se debe remitir al paciente a un tratamiento hospitalario.

Índice de saturación de oxígeno	Conducta a seguir
95%	Medicación inmediata.
90-95%	Tratamiento inmediato y monitorización de la respuesta al mismo; valoración; derivación al hospital.
81-90%	Se considera un enfermo grave, con hipoxia severa. Obliga oxigenoterapia, tratamiento y traslado al hospital.
80%	Valorar intubación y ventilación mecánica.
Niños con menos de 92% de saturación, remitir al hospital ¹² .	

Tabla 5. Conducta clínica a seguir dependiendo del índice de saturación de oxígeno.

Indicaciones, aplicación y utilidad

Existen algunas pruebas que complementan el estudio de la función pulmonar, como las gammagrafías de perfusión y las de ventilación/perfusión. Existe también la gasometría arterial, que debe considerarse como parte integral de los estudios de una valoración de la función respiratoria.

Así pues, en el manejo de los pacientes con problemas de vías aéreas inferiores será muy importante no solamente un adecuado interrogatorio para la recopilación de síntomas mentales, generales y particulares característicos, sino también una adecuada y profunda exploración física que permita dimensionar la gravedad del problema. Por otro lado, este tipo de estudios hace posible que se documente la mejoría del paciente, la cual es muy difícil de valorar si se atiende exclusivamente la opinión del enfermo o la primera opinión del médico, ya que en muchas ocasiones estas obstrucciones pulmonares existen aún sin generar síntomas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Miller MR, Crapo R, Hankinson J, Brusasco V, Burgos F, Casaburi R, *et al.* General considerations for lung function testing. *Eur Respir J.* 1 Jul 2005; 26: 153-161. doi: 10.1183/09031936.05.00034505. PMID: 15994402.

2. American Thoracic Society. Standardization of spirometry, 1994 update. *Am J Respir Crit Care Med.* Sep 1995; 152(3): 1107-1136. PMID: 7663792.

3. Wanger J, Clausen JL, Coates A, Pedersen OF, Brusasco V, Burgos F, *et al.* Standardisation of the measurement of lung volumes. *Eur Respir J.* Sep 2005; 26(3): 511-522. PMID: 16135736.

4. Arnedillo Muñoz A, Sánchez-Juanes MJ, Rodríguez González-Moro JM. La exploración funcional en Neumología: indicaciones y modalidades. *Medicine.* 1994; 6(65): 653-675.

5. Roca J, Burgos F, Sunyer J, Saez M, Chinn S, Antó JM, *et al.* Reference values for forced spirometry. Group of the European Community Respiratory Health Survey. *Eur Respir J.* Jun 1998; 11(6): 1354-1362. PMID: 9657579.

6. Griner PF, Mayewski RJ, Mushlin AI, Greenland P. Selection and interpretation of diagnostic tests and procedures. Principles and applications. *Ann Intern Med.* Abr 1981; 94(4 Pt 2): 557-592. PMID: 6452080.

7. American Thoracic Society. Lung function testing: selection of reference values and interpretative strategies. *Am Rev Respir Dis.* Nov 1991; 144(5): 1202-1218. PMID: 1952453.

8. Snider GL, Kory RC, Lyons HA. Grading of pulmonary function impairment by means of pulmonary function tests. *Dis Chest.* 1967; 52: 270-271.

9. Cooper BG. An update on contraindications for lung function testing. *Thorax.* Ago 2011; 66(8): 714-723. doi: 10.1136/thx.2010.139881. PMID: 20671309.

10. Dales RE, Spitzer WO, Tousignant P, Schechter M, Suissa S. Clinical interpretation of airway response to a bronchodilator. Epidemiologic considerations. *Am Rev Respir Dis.* Ago 1988; 138(2): 317-320. PMID: 3195831.

11. Sinex JE. Pulse oximetry: principles and limitations. *Am J Emerg Med.* Ene 1999; 17(1): 59-67. PMID: 9928703.

12. Jensen LA1, Onyskiw JE, Prasad NG. Meta-analysis of arterial oxygen saturation monitoring by pulse oximetry in adults. *Heart Lung.* Nov-Dic 1998; 27(6): 387-408. PMID: 9835670.

Caso clínico

Un Caso Clínico de Oligohidramnios Severo Tratado con Homeopatía

* Héctor Montfort Cabello

Resumen

Este artículo relata un caso clínico urgente de oligohidramnios (OH) severo, en una paciente primigesta que se encontraba en la semana 21 de gestación, y con un pronóstico de terminación de la misma en las siguientes 48 a 72 horas. La intervención con una prescripción compleja permitió la reversión pronta y total del OH hasta permitir la conclusión a término de un producto sano. Dada la carencia de bibliografía en esta patología, se describe la justificación de la conducta terapéutica.

Abstract

This paper talks about a mild-severe, urgent case of oligohydramnios (OH) in a 21 years woman on her first pregnancy, with a fatal prognosis during the next 48-72 hours. Homeopathic intervention with a complex prescription produced a rapid and total reversion of OH, leading a term birth of a healthy boy. Due to lacking of homeopathic bibliography on this condition, it is presented rational of therapeutic conduct.

PALABRAS CLAVE:

Oligohidramnios, Alteraciones del líquido amniótico, complicaciones en el embarazo, Problemas obstétricos y Homeopatía.

KEYWORDS:

Oligohydramnios, Amniotic fluid disorders, Pregnancy complications, Obstetric disorders and Homeopathy.

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

Recibido: noviembre, 2013. **Aceptado:** diciembre, 2013

Introducción

El presente es un reporte de caso clínico visto en la consulta privada durante el segundo trimestre de 2013. Se trata de una paciente femenina atendida por primera vez en la semana 21 de su primera gestación, y que acudió por un diagnóstico de oligohidramnios progresivo, moderado a severo y con expectativa de pérdida del producto en las próximas 48-72 horas.

La presentación del caso carece de muchos elementos de una consulta médico homeopática, ya que fue una consulta de urgencia, y su inclusión obedece más a la falta de información de su tratamiento en nuestra literatura, y al hecho de documentar el beneficio de la terapéutica homeopática en estos casos.

Cabe señalar que, para la realización del presente artículo, se obtuvo la autorización verbal de la paciente para su publicación, siempre y cuando su identidad se mantuviera en el anonimato.

Fisiología del líquido amniótico (LA)^{1,2}

A las nueve semanas de gestación, la cavidad amniótica está totalmente formada, y el LA rodea al feto. El LA mantiene constante intercambio con las circulaciones materna y fetal. Hasta las 20 semanas, la participación materna es fundamental en la formación del LA, con algunas secesiones fetales, digestivas y respiratorias, y escasa participación de la membrana amniótica. Existe, a esta edad gestacional (EG), una gran similitud entre el LA y el plasma materno, que puede considerarse como una diálisis materna.

A partir de las 20 semanas comienza la participación fetal en la formación del LA, cada vez más relevante, fundamentalmente a través de los riñones y los pulmones. El volumen de LA suele aumentar con lentitud, alcanzando 30 ml a las 10 semanas, 350 ml a las 20, y entre 700 y 1000 ml alrededor de las 37 semanas. La cantidad deglutida es de alrededor de 17 ml diarios.

El LA se mide mediante el registro ecográfico, obteniendo el índice de líquido amniótico (ILA) y que en condiciones normales va desde 10 cm³ hasta 20-22 cm³. Cifras por debajo de 10 cm³ se diagnostican como OH, y cuando rebasan los 22-24 cm³ reciben

diagnóstico de polihidramnios (PH). Si el ILA es menor a 5 cm³ se enfrenta una alta probabilidad de pérdida del producto, por lo que se debe extraer cuando haya posibilidades de supervivencia extrauterina.

Funciones del líquido amniótico

Son numerosas las funciones que se le reconocen al líquido amniótico (LA)³:

- a) Es un medio en el que el feto se mueve libremente.
- b) Actúa como protección fetal contra las agresiones externas.
- c) Mantiene una temperatura fetal uniforme.
- d) Ofrece protección fetal a las agresiones por contracciones.
- e) Constituye un ambiente óptimo para el crecimiento y el desarrollo fetal.
- f) Es un medio útil para valorar la salud y la madurez fetal.
- g) Es un medio útil que permite administrar medicación al feto.
- h) Es un elemento favorecedor de la dilatación cervical.

El oligohidramnios (OH) es la cantidad insuficiente de LA para realizar sus funciones, poniendo en riesgo el desarrollo y viabilidad del producto. En el tercer trimestre, menos de 400 ml se consideran OH, o bien, menos de 500 ml en las primeras 30 a 36 semanas de gestación. En la mayoría de los casos se documenta como origen una insuficiencia placentaria con disminución del flujo vascular, aunque nunca confirmada histológicamente; otros factores maternos son la diabetes *mellitus* y el lupus sistémico^{4,5}.

Con menor frecuencia encontramos como causas de OH a los defectos congénitos del riñón y el tracto urinario del producto, o el daño renal inducido por el uso de antihipertensivos como captopril o enalapril. Las complicaciones de OH en el producto incluyen a la hipoplasia pulmonar o digestiva, además de defectos faciales y de los miembros; asimismo, se

incrementa la posibilidad de compresión del cordón umbilical al momento del parto.

El pronóstico del OH durante el final del tercer trimestre es de poco riesgo para el producto y la madre, pero se incrementa si es al principio, y es muy alto cuando se presenta durante el segundo trimestre, con mortalidad del feto del 80-90% cuando es antes de la semana 21-22 de gestación.

Presentación del caso

Paciente femenina de 22 años, en la semana 21 de su primera gestación que acudió por presentar una pérdida progresiva del líquido amniótico desde la semana 16, de acuerdo con las evaluaciones semanales por ultrasonido. Su origen no fue identificado por las evaluaciones hechas por dos ginecólogos que le habían atendido al momento de la entrevista, y no había recibido tratamiento alguno. Dada la progresión y la severidad del OH, se le recomendó practicar aborto terapéutico a la brevedad.

Entre los antecedentes sólo se encuentra que la paciente es portadora de un soplo cardíaco, apenas detectado al inicio de su embarazo y todavía sin evaluación ni diagnóstico por parte de cardiología.

Durante el interrogatorio se encuentra una paciente casi asintomática en lo que toca a la gestación; el resto del interrogatorio arroja un estreñimiento crónico con heces duras, pequeñas, secas y oscuras, las cua-

les provocan dolor en la región del colon transversal que se agrava por el movimiento y cede al reposo.

En la exploración se encuentra a una paciente en un estado de agitación física intensa, con movimiento de pies y manos constante, con angustia por la expectativa del término de la gestación en corto plazo. La tensión arterial (TA) es de 90/60 mmHg, y se percibe un soplo sistólico en foco aórtico de intensidad 3/6, sin repercusiones hemodinámicas.

Tratamiento

Debido a la falta de reportes de casos tratados con Homeopatía, a la falta de reportes previos o bibliografía^{6, 7}, y tomando en cuenta los signos y síntomas mencionados (estreñimiento/dolor de colon, soplo aórtico y estado de agitación física intensa), así como en ocasión a la premura del caso, se optó por una prescripción compleja que abarcara los datos recabados.

Se incluyeron tres medicamentos: Tarentula hispanica 6C; Bryonia 6X y Naja tripudians 12C, alternados cada 2 horas durante las primeras 72 horas. Al reporte telefónico de las mencionadas 72 horas, el ILA aumentó de 5 a 7.7 cm³, y luego de siete días de tratamiento alcanzó 9 cm³. Se mantuvo un incremento progresivo, y a los 15 días de la medicación se obtuvieron cifras normales de ILA, de 15-17 cm³. Asimismo, cedieron de forma progresiva el estreñimiento y el estado mental.

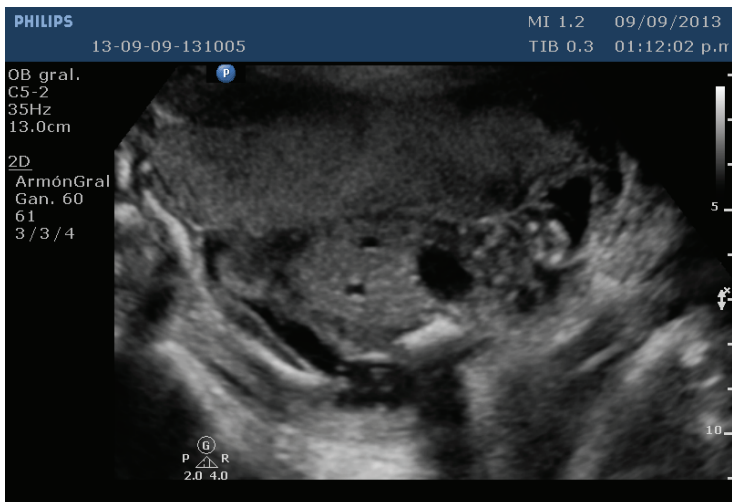


Figura 1. Se aprecia una cantidad escasa de líquido amniótico (9 de septiembre de 2013).

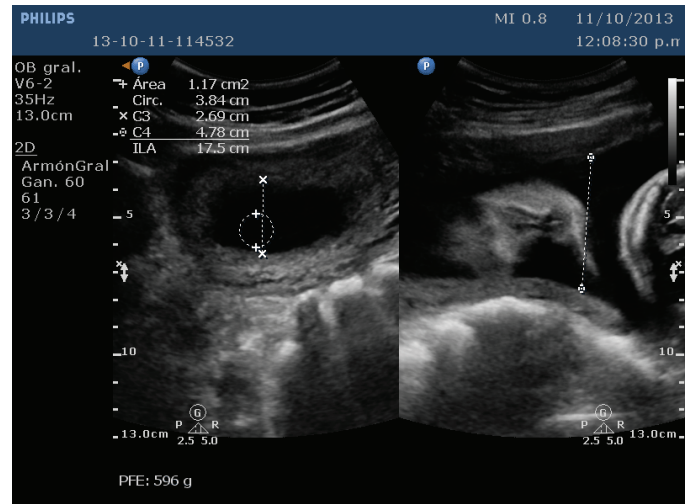


Figura 2. Se observa un incremento marcado del líquido amniótico e ILA de 17.5 cms (11 de octubre de 2013).

Cuando la paciente cursaba la semana 38, las condiciones clínicas y ecográficas del producto eran de total normalidad. En tales circunstancias, fue programada para operación cesárea en 7 días más. Finalmente, el producto nació por la mencionada operación, en total estado de salud. De igual forma, la madre cursó el puerperio normalmente.

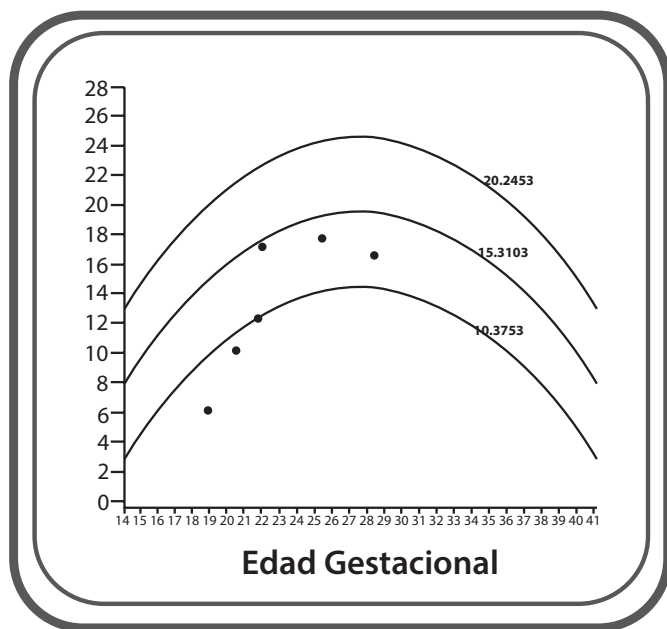


Figura 3. Se aprecia claramente el aumento del líquido amniótico, desde niveles por debajo de la normalidad a niveles considerados normales.

Discusión

Aun con la premura con que se presentan algunos casos, y sin contar con la totalidad sintomática o poder buscar y elegir el *similimum*, la Homeopatía puede brindarnos un recurso invaluable en cuadros clínicos donde aparentemente no tendría nada que aportar. Conocer el o los mecanismos fisiopatológicos de una entidad clínica nos permite intervenir, con uno o varios medicamentos, a fin de convertir una evolución “esperada” en un resultado inesperado.

Se eligió Bryonia por el dolor en colon agravado por el movimiento, así como por las heces duras y secas. Por su parte, la elección de dos medicamentos que contienen fosfolipasas en su composición (*Tarentula hispanica* y *Naja tripudians*) fue tanto por el estado de agitación física intensa como por el soplo cardíaco; además, sabemos que las fosfolipasas son capaces de afectar la permeabilidad de las membranas de intercambio de gases/líquidos, como lo son el pulmón, el riñón y la placenta, y de su tropismo por las válvulas del corazón, en el caso de *Naja tripudians*.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Willacy H, Huins H. Oligohydramnios [internet]. Reino Unido: Patient.co.uk; cc 2011 [citado 10 oct 2013]. Disponible en: <http://www.patient.co.uk/doctor/Oligohydramnios.htm>
2. Carter BS, Boyd RL. Polyhydramnios and Oligohydramnios [internet]. Nueva York, Estados Unidos: MedScape; cc2008 [citado 5 oct 2013]. Disponible en: <http://reference.medscape.com/article/975821-overview>
3. Willacy H, Huins H. *Op cit.*
4. *Ibid.*
5. Gilbert WM. Amniotic fluid disorders. En: Gabbe SG, Niebyl JR, Simpson JL, editores. *Obstetrics: normal and problem pregnancies*. 5a ed. Filadelfia, Estados Unidos: Churchill Livingstone; 2007.
6. Voisin H. *Thérapeutique et répertoire homéopathique du praticien*. París: Maloine Éditeur; 1978.
7. Pommier L. *Diccionario homeopático de urgencia*, 2a ed. Barcelona: Editorial Paidotribo; 2002.

*La Homeopatía Frente a Casos con Tratamiento Convencional

**Roger Morrison

***Nancy Herrick

Resumen

Durante mucho tiempo se creyó que un paciente no podía ser tratado con Homeopatía si es que, al momento de la consulta, se encontraba siguiendo un tratamiento alopático. Los doctores Morrison y Herrick establecen las pautas generales que deben seguirse al respecto y los inconvenientes que aparecen al momento de tratar de reemplazar la medicina convencional por la medicina homeópata. Una parte del trabajo rescata la opinión que tienen algunos pacientes acerca de los dos sistemas clínicos terapéuticos, así como las expectativas de la familia (y de la sociedad, por extensión) en torno al método clínico configurado por Samuel Hahnemann.

Abstract

For a long time it was believed that a patient could not be treated with Homeopathy if, at the time of consultation, was following an allopathic treatment. The doctors Herrick Morrison established the general guidelines to be followed in this regard and disadvantages that appear when trying to replace the conventional medicine homeopathic medicine. Part of the work rescues the opinion they have some patients on the two treatment clinical systems as well as the expectations of the family (and society by extension) about the clinical method set by Samuel Hahnemann.

PALABRAS CLAVE:

Fármacos alopáticos, Tratamiento convencional, Tratamiento homeopático, Tratamiento alopático, asma, psoriasis, desórdenes tiroideos, dismenorrea, dermatitis atópica, osteoartritis, atrofia vaginal, artritis reumatoide.

KEYWORDS:

Allopathic drugs, Conventional treatment, Homeopathic treatment, Allopathic treatment, Asthma, Psoriasis, Thyroid disorders, Dysmenorrhea, Atopic dermatitis, Osteoarthritis, Vaginal atrophy, Rheumatoid arthritis.

*Este artículo, basado en una conferencia, apareció originalmente en inglés en el *Journal of the American Institute of Homeopathy* [1992; 85(4): 155-168]. En su mayoría se publicó en español en tres entregas de *La Homeopatía de México*, números 572 (1994; 63: 6-10), 573 (1994; 63: 2-7) y 574 (1995; 64: 13-17). La actual versión fue proporcionada por el doctor Germán Guajardo Bernal.

**El doctor Morrison es médico homeópata fundador del *Hahnemann Medical Clinic* y catedrático del *Hahnemann College of Homeopathy* (Albany, California).

***Nancy Herrick es cofundadora y catedrática del *Hahnemann Medical Clinic* y del *Hahnemann College of Homeopathy* (Albany, California).

Introducción

Al iniciar nuestra práctica médica, hace unos 16 años, la recepcionista recomendaba a los nuevos pacientes suspender toda medicación, pues no habría citas si tomaban otro tratamiento. Tal proceder duró unos ocho años, pero ya lo hemos superado. Esto fue apropiado en su momento y nivel de experiencia, pero a lo largo de los años hemos madurado; consideramos que es necesario tratar personas que están utilizando un tratamiento alopático, y ya no exigimos aquel requisito a nuestros pacientes. Se pueden tratar pacientes que se encuentren con medicación alopática y a la mayoría de ellos se les puede atender con gran éxito.

Presentamos esto a sabiendas de que mucho depende de la destreza del homeópata y su conocimiento, tanto de los fármacos homeopáticos como de los alopáticos.

¿Cuál es el problema de los fármacos alopáticos?

Los fármacos alopáticos son un problema en la práctica homeopática, pero no podemos desatender a quien los toma, pues aceptaríamos tan solo al 1 o 2% de los pacientes que nos buscan. Debemos, pues, enfrentar esta realidad y manejar con éxito la Homeopatía.

Veamos por qué tales fármacos pueden ser un problema en Homeopatía.

a) Es común que los fármacos enmascaren al verdadero caso y los síntomas útiles para el homeópata. Si llega alguien con asma y se le interroga: “¿desde cuándo sufre ataques de asma?”, suele contestar: “no sé, pues siempre tomo medicinas y así nunca me da”. Todos los síntomas útiles a la clínica homeopática y en los que basa su prescripción desde hace 200 años, desaparecen con una cucharada de esta o aquella medicina. Sucede con frecuencia no sólo en el asma, sino con casi cada enfermedad tratada con alopátia; los fármacos ocultan los síntomas del paciente. Esto puede ser devastador para la toma del caso homeopático.

b) Conocemos la siguiente objeción: los fármacos alopáticos son antídotos o bloquean la acción del medicamento homeopático. El tratamiento homeopático mejora el caso y de pronto ante una gripe el paciente busca a su médico general o familiar; le prescriben antibióticos y dos semanas después regresa quejándose de que el tratamiento homeopático ya no le funciona. Este segundo problema se complica si el paciente toma alopátia continuamente. Con frecuencia no podemos quitar la alopátia y sin embargo puede ser antídoto del medicamento. Por ejemplo: en un caso severo de asma, el paciente puede morir si se suspende su medicación para tratarlo con Homeopatía. Obviamente, todos queremos evitar esto. Debemos pues salir al paso del antídoto o minimizar sus efectos, sin dejar el tratamiento homeopático. Más adelante veremos algunas estrategias para manejar este desafío.

c) Otro problema es la división de opiniones en la familia, particularmente cuando se trata del niño: la madre tiene gran confianza en los fármacos homeopáticos, y por otro lado el padre piensa que es charlatanería y prefiere los antibióticos en la pulmonía del niño. La familia se divide y la controversia introduce un nuevo nivel de tensión que obliga al médico homeópata a actuar como mediador; en el momento decisivo le preguntan qué hacer. Y se debe tomar la decisión, así como consultar al pediatra, que seguramente tendrá su opinión al respecto.

Esto es común en una sociedad en la cual las familias están distanciadas. El homeópata queda en territorio intermedio en un campo de batalla creado por dos padres que deciden sobre su hijo. O bien, es el paciente quien duda entre la opinión del homeópata y lo que el alópata le dice. Entonces, el paciente nos busca diciendo ingenuamente: “¿puede ayudarme con mi problema?”, y le respondemos: “Sí, pero desatienda todo lo que diga el otro médico”. Esto coloca al paciente en un dilema; sus decisiones dividen entre el criterio del homeópata y el del otro médico.

El conflicto se acentúa si es la primera consulta: el paciente todavía no ha establecido una relación con su médico homeópata; ha acudido con su médico durante 20 años y de pronto se le pide que haga algo mucho muy diferente. Ahora procuramos establecer una buena relación con los otros especialistas. En verdad, no creemos necesario alejar al especialista o colocar al paciente en una posición difícil y, hasta donde se puede, nos gusta trabajar con el internista, el pediatra o el ginecólogo. Una de

nuestras soluciones a este dilema ha sido referir a los pacientes a alópatas que conocemos y con los que podemos trabajar. Esto parece ayudar. Siempre es importante establecer lazos de amistad con la comunidad médica.

Nos llegan pacientes con diagnósticos definidos, por ejemplo un caso positivo a la prueba de tuberculosis (TB, como se le conoce en inglés). Se le exige someterse al tratamiento oficial por nueve meses. ¿Qué hacer? Es una decisión difícil cuando el 5% de las personas positivas en efecto desarrollarán una forma de tuberculosis, aunque entendamos que el paciente respondería bien con Homeopatía y que el tratamiento convencional puede interferir.

d) Otras veces el paciente nos toma como escudo: “¿podría usted dirigirse a mi oficina o trabajo desaconsejando el tratamiento convencional, aunque yo sea positivo a la tuberculosis?” O bien: “¿por qué no escribe a la escuela indicando que mi niño no debe ser vacunado?”. El paciente o el pariente intentan manipularnos, colocándonos en una posición muy incómoda. De hecho, carecemos de cobertura política y si permitimos que nos empujen demasiado podemos cederle a la burocracia esa posición que tanto busca para atacar. Consideramos posible tratar al paciente y evitar que desarrolle una tuberculosis pero, ¿hasta dónde arriesgarse? Participamos entonces en una controversia surgida entre el paciente, las normas médico-oficiales y nosotros. Una especie de baile entre tres, y se requieren una gran destreza y prudencia para evitar que la inercia nos saque de la órbita.

Finalmente están los pacientes que se rehúsan a tomar medicamentos alopáticos, aunque nos parezca que son necesarios. Nos dicen: “no quiero tomar estas medicinas y nosotros deseamos que usted me ayude”. Hemos visto que sucede en casos severos de esquizofrenia o cáncer —un tema largo y controvertido— e insisten en tratarse exclusivamente con Homeopatía. Si como médicos aceptamos el reto, tal compromiso equivale al del matrimonio. Se exige demasiado y pudieran jugarse la licencia y la profesión misma, sobre todo si se trabaja con una gran cantidad de pacientes de este tipo. Son momentos de gran tensión.

Es común que a media que la consulta aumenta, comiencen a aparecer pacientes foráneos y con casos cada vez más complicados. A menudo llaman y dicen: “tengo cáncer con metástasis”, “tengo cáncer pancreático”, o bien, “tengo un tumor cerebral, ¿puede curarme?”, “no quiero tomar quimioterapia,

¿me puede ayudar?”. Sabemos que la Homeopatía es un valioso auxiliar en toda enfermedad y que podemos fortalecer al paciente, pero también sabemos que ciertos casos no mejoran, sea por errores propios o por limitaciones del método mismo. Pero estas enfermedades tan serias nos colocan en una situación muy difícil. ¿Cuándo ayudar a tales personas? ¿Cuándo decirles: “no, esta vez no es posible ayudarlo; usted debe intentar antes con el tratamiento convencional”? Muchos no quieren aceptar su enfermedad maligna. Nos dicen: “sólo tomaré Homeopatía, no quiero otro tratamiento”. Niegan su enfermedad, no quieren reconocer que amenaza su vida. Rehúsan la cirugía. Es cáncer mamario y no aceptan la mastectomía a tiempo. Este proceder en muchos casos es indebido. Además, en este país (Estados Unidos) y en el estado de California (lugar donde Roger Morrison y Nancy Herrick ejercen su profesión), puede traer serias consecuencias legales, siendo conveniente tratar el cáncer sólo cuando la opción alopática (tratamiento convencional) se agotó. Pero las consideraciones legales no son la única limitante; el hecho es que en ciertos tipos de cáncer, como la leucemia infantil, hay tratamientos alopáticos que tienen un índice de curación muy alto, mientras la Homeopatía, a pesar de curaciones anecdóticas ocasionales, no se ha desarrollado lo suficiente para darnos confianza en su tratamiento rutinario. Cualquier caso de cáncer puede terminar exigiendo el tiempo requerido para tratar a 50 pacientes con otras afecciones. Deseamos ayudarlos, pero no siempre es posible; evitemos, pues, detestables correcciones logísticas sobre en dónde invertiremos mejor nuestra energía. No hay consejos fáciles para estos casos.

Cierta vez, en un parto atendido en hospital, el bebé desarrolló de pronto una fiebre alta y, por supuesto, el pediatra pensó en una punción lumbar y en internar al infante para su observación. Los padres no aceptaron, firmaron su baja y abandonaron la sala de emergencia. A las 22:00 horas nos llamaron para tratar al niño.

Los homeópatas confrontamos ese tipo de casos con frecuencia. Ahora presentamos los problemas, pero ¡cuántas veces desconocemos las soluciones! Por cierto, tratamos al bebé y mejoró. Presentaba obstrucción nasal, sudor general excepto en la cabeza; manos y pies helados. Se le prescribió Sambucus.

e) El problema en algunas enfermedades tratadas con ciertos fármacos alopáticos es que suspenderlos puede ser mortal, como es el caso de fármacos cardiovasculares (antiarrítmicos). En consecuencia,

el médico homeópata debe conocer la farmacología para saber cuáles medicamentos se pueden suspender, cuáles podemos reducir y cuáles no se deben eliminar. Veamos ahora este tema y sus consecuencias en casos específicos. Los siguientes protocolos surgieron de años de entrenamiento y observaciones empíricas. Nos parecen útiles, aunque no sean la única alternativa. Esperamos que al relatar nuestros tropezos, se eviten esas mismas caídas.

Sin duda, el problema central de la medicación alopática es que en ocasiones disminuye la vitalidad del paciente y dificulta la acción de la Homeopatía. Por ejemplo, el metotrexato tan usado para gran cantidad de enfermedades autoinmunes (asma, psoriasis, artritis, etcétera) no sólo suprime los síntomas, sino los mecanismos de defensa. Si el medicamento homeopático pudo despertar una reacción favorable antes de ese fármaco, vemos que después del mismo el caso sigue un curso más lento y difícil. Estos son algunos problemas que se nos presentan con la alopática, pero aún podemos sortearlos en una buena cantidad de casos.

f) Comentemos otro aspecto de dificultad profesional respecto a dos situaciones con dependencia hormonal: uno concierne a la dependencia de la insulina en diabéticos, y el otro a los operados completa o parcialmente de la tiroides con cirugía o con yodo radiactivo. Ambos se complican si el tratamiento homeopático altera significativamente la respuesta a la terapia de sustitución hormonal (por insulina en el diabético u hormona tiroidea en el hipertiroideo). En consecuencia, recomendamos que se eviten si el colega se siente incómodo ante dichas enfermedades por no tener experiencia en su manejo.

Imaginen que tratan a un diabético que recibe cuarenta unidades diarias de insulina. La prescripción homeopática mejora dramáticamente la diabetes, pero el paciente no lo sabe y continúa con sus 40 unidades. El riesgo de provocar una hipoglucemia insulínica es real. Algo similar sucedería con la hormona tiroidea si la glándula se activa de pronto y aparecen los síntomas y signos de la tirotoxicosis. Como médicos debemos prever esto, advertir a nuestros pacientes y vigilarlos con cuidado para evitar complicaciones por el tratamiento.

Veamos ahora algunos protocolos para el manejo homeopático de pacientes que toman medicación alopática. Debemos considerar las tres categorías de los fármacos convencionales.

Categoría A. Fármacos necesarios para preservar la vida y la calidad de vida

En esta categoría figuran no sólo los que protegen la vida del paciente —como varios de los fármacos para cardiopatas y los anticoagulantes en quien ha sufrido embolia pulmonar—, sino también aquellos que protegen la vida de otros, por ejemplo, los tranquilizantes mayores en esquizofrénicos potencialmente homicidas o en pacientes con episodios psicóticos especialmente violentos. Los fármacos anticonvulsivos también pertenecen a esta categoría.

Es importante tener cuidado con la información que proporcionen sobre su ejercicio profesional; cuidado con el lenguaje cuando discutan el tratamiento convencional. Si prefieren tratar sólo a sujetos que no toman alopática, asegúrense de que así aparezcan en la literatura y de que los pacientes no suspendan la medicina antes de llegar a ustedes o antes de consultar a su propio médico.

Categoría B. Fármacos que controlan enfermedades serias

Los fármacos antes mencionados son indispensables para la calidad de vida, pero hay otros que son indirectamente esenciales para la vida misma del paciente, medicinas alopáticas que controlan enfermedades muy serias. Cuando las descontinuamos, aunque no causen una muerte inmediata, puede sobrevenir un deterioro grave de la salud. Nos referimos a medicamentos como la prednisona en asmáticos graves o en pacientes con lupus eritematoso sistémico, así como a la medicación para la hipertensión moderada a severa. Obviamente, el riesgo en hipertensión depende de la severidad de la presión arterial y del estado general del paciente. La insulina y los antiasmáticos son dos ejemplos de tales fármacos. Hay otros.

Categoría C. Fármacos que evitan un gran sufrimiento

Por último, existen los fármacos que no son indispensables para la vida, pero que impiden grandes sufrimientos: medicamentos para el dolor, anticonceptivos en pacientes con dismenorrea severa, una serie de medicamentos dermatológicos, para tratar la migraña, etcétera. La suspensión del tratamiento en este tipo de pacientes puede causar sufrimiento sustancial.

Protocolos del manejo

Categoría A. Los fármacos en la categoría A virtualmente nunca se suspenden al comenzar el tratamiento homeopático. Recomendamos tratar al paciente homeopáticamente y luego, con el tiempo y al detectar la suficiente mejoría en el estado general, se justificaría alguna modificación en su tratamiento alopático.

Categoría B. Aquí surgen dos opciones:

- En la estrategia 1 se suspenden los fármacos y se procede al tratamiento homeopático.
- En la estrategia 2 se inicia el tratamiento homeopático y después se disminuyen los fármacos gradualmente.

Veamos cómo enfrentamos estos casos:

Estrategia 1A

Suspender la alopátia y dar la Homeopatía simultáneamente.

Esto nunca es recomendable si los síntomas —como en una dermatitis— están suprimidos. Cuando sólo damos Homeopatía y el caso ha sido suprimido durante años con cortisona tópica, entonces puede suceder una explosión. ¿Es una explosión por discontinuar la cortisona o es una agravación medicamentosa? He aquí el dilema en que nos hemos colocado. Si la agravación es homeopática, ustedes le dirán al paciente: “¡Qué bien, aguante, después se sentirá mejor!”. Pero no podemos asegurar que ésta

sea homeopática, e invariablemente algunos pacientes, con razón, se incomodarán por las molestias, que con frecuencia se achacan al medicamento. Siempre es mejor suspender la alopátia antes de prescribir la Homeopatía, o si el caso lo amerita dar ambas a la vez. Esta estrategia, que discutiremos después, funciona bien en condiciones especialmente dolorosas, como cefaleas, cuando diariamente se ingieren analgésicos fuertes. En tales casos la medicación puede suspenderse después, si se desea, sin arriesgarse a una explosión del dolor; típicamente el dolor regresará sólo al nivel que había antes de tomar analgésicos. La artritis simple es otra categoría que permite discontinuar los analgésicos.

Otra recomendación cautelosa en el tratamiento homeopático del asma (a excepción tal vez de formas muy leves de asma), es no discontinuar el tratamiento alopático establecido. A medida que los síntomas mejoran, reducimos gradualmente la medicación alopática. Más adelante veremos otras sugerencias sobre el asma.

Los anticonceptivos orales se pueden suspender tan pronto como el ciclo termine, sin consecuencias adversas apreciables.

Hay algo sobre la cortisona, pero ¿pertenece a la categoría A o B? Depende del caso, en ocasiones será la categoría A; otras se acercará a la C. Su empleo cubre un amplio espectro, desde la enfermedad de Addison (categoría A) hasta la rinitis alérgica. También ciertos fármacos cardiacos pueden suspenderse con confianza, mientras otros tal vez nunca deban quitarse. No podemos ofrecer una lista definitiva sobre los fármacos siendo tantos, y tantas las condiciones clínicas.

Estrategia 1B

Suspender los fármacos alopáticos. En ocasiones es recomendable suspender la alopátia por completo y después de unas semanas retomar el caso, a fin de que, cuando los síntomas sean más claros, se pueda dar el medicamento.

Obviamente esto no debe hacerse con fármacos de la categoría A, pero, cuando es posible, es una buena estrategia, especialmente en erupciones cutáneas, dolores artríticos, cuadros de ansiedad, etcétera. Sin embargo, podemos prescribir la Homeopatía de entrada, cuando la esencia del medicamento figura con claridad en el caso, sin ser necesarias otras modalidades sintomáticas. Pero en casos oscuros que lo permitan, preferimos que la alopátia se suspenda durante dos a cuatro semanas, y se realice

una nueva consulta cuando los síntomas se aclaren. Es una excelente estrategia, aunque es difícil decirle al paciente que no recibirá nada en su primera visita. Tal vez sea sensible a la crítica del paciente por sugerir que se retire sin su prescripción; no obstante, aceptar tal recomendación pudiera ser la diferencia entre una respuesta favorable con dos meses de tratamiento homeopático, que dos años de batallar con el caso.

Roger Morrison contesta a una pregunta del público: “¿Por qué no dar una dosis de Nux vomica, Sulphur, Sepia, etcétera, como antídoto a la alopatía y para iniciar pronto el tratamiento?”

La respuesta es un no rotundo. Por ejemplo, hablemos de la dermatitis atópica (eccema). Aun si Nux vomica elimina el efecto de la cortisona, no tenemos la garantía de que surja la imagen plena de la dermatitis. Pueden pasar dos, tres o cuatro semanas para que aparezca. Incluso si aclaramos dinámicamente el caso, nada garantiza que los síntomas regresarán en toda su expresión, y esto es importante por dos motivos: primero, para prescribir es necesario ver cómo es realmente la erupción, y segundo, porque en muchos casos los pacientes mismos, al estar suprimido su cuadro, desconocen la severidad de la erupción. Si se diera el medicamento constitucional mientras se descontinúa la cortisona y el cuadro empeora, es muy probable que nos culpen de la agravación. Pero si retiran antes la cortisona, el paciente aprecia que la erupción estuvo oculta por la droga. Por esto, cuidado con suponer que el fármaco homeopático liberará la fuerza plena de la enfermedad.

Nancy Herrick interviene: Además, hemos aprendido a prescribir sólo ante indicaciones homeopáticas claras para hacerlo. Nunca prescribimos por rutina Nux vomica para aclarar un caso. Si se presentaran antecedentes de sobremedicación, ingestión de alcohol, etcétera, junto con una historia de Nux vomica, la daríamos, pero esto sería excepcional. Como estrategia a esto exponemos la estrategia 1C.

Estrategia 1C

Deseamos aclarar el caso, por lo que disminuimos gradualmente la alopatía hasta que los síntomas comienzan a reaparecer y sólo entonces iniciamos el tratamiento homeopático.

La opción a esta estrategia es confiar en que el paciente recuerde sus síntomas. Con frecuencia, al disminuir la alopatía, el reinicio de los síntomas propicia que el paciente recuerde cómo eran las molestias antes de tomar la medicina.

En otras palabras, con frecuencia el paciente no tolera que de pronto le retiren los fármacos, pues las molestias son demasiadas. Esto puede suceder en cualquier cuadro, desde problemas dérmicos o rinitis simples hasta el asma y artritis severas. Al suspender la medicación, el paciente no lo soporta y regresa a sus fármacos supresores, renuente a continuar con la Homeopatía. En cambio, el disminuir paulatinamente la medicina, sólo lo suficiente para ver la expresión natural de la enfermedad, nos permite tratar a dichos pacientes con mayor éxito.

Estrategia 2

Dar el medicamento homeopático durante el tratamiento convencional y tan pronto se aprecie la mejoría disminuir gradualmente la alopatía.

Esto es importante si resulta peligroso o insufrible suspender la medicina, y puede hacerse con casi todos los fármacos alopatícos. Es un procedimiento muy seguro. Puede darse una dosis en alta dinamización, como la 200C o 1M y esperar hasta que regresen los síntomas antes de repetir el remedio, o puede darse una dosis en alta dinamización y dos diarias a la 6C o 12C, o una 30C semanal. En ciertos casos, simplemente iniciamos con dosis repetidas a una baja dinamización. En este punto salta otra pregunta: si la alopatía oculta los síntomas de un caso, ¿cómo saber si hay mejoría?

Responder a esta pregunta es muy comprometedor; depende de cada enfermedad específica. Sin embargo, muchas veces las medicinas alopatícas funcionan, digamos, imperfectamente; los síntomas no se suprimen por completo, y en consecuencia podremos juzgar a partir de cambios en síntomas que persisten. Una segunda opción es evaluar otros rasgos vitales —el nivel energético, el estado psicológico, el apetito y otros— que pueden mejorar aunque los síntomas locales hayan sido suprimidos. En tercer lugar, al mejorar el paciente con la prescripción homeopática se procede a disminuir gradualmente la alopatía —poner a prueba su sistema—, viendo si es posible reducir la medicación. Es común que el paciente mejore mucho con este método, tanto que con frecuencia, sin avisarnos o a pesar de nuestras instrucciones, él mismo retira o elimina la medicina de una vez por todas.

Puede haber otros indicios, como una agravación inicial, que nos dé el valor para disminuir la alopatía. Como se ve, puede haber varios indicadores.

La escala LM (también conocida como escala Q) tiene fama de ser muy útil en las situaciones

mencionadas. Tenemos una experiencia limitada con dicha escala, y una gran experiencia con la escala centesimal: 6C, 12C, 30C, una vez por semana. Las encontramos muy efectivas. Cuando los pacientes están siendo medicados con alopátia, coloquémonos en un régimen de dinamizaciones bajas y frecuentes, y entonces, a medida que disminuye la medicación, podrá incluso alejarse la frecuencia del medicamento homeopático. Es un método muy efectivo.

Se nos pregunta: ¿Dan una dosis única de una alta dinamización y después esperan, o la dan diario durante cierto periodo?

George Vithoukaskas comentaba que en ocasiones, en problemas mentales profundos o cuadros psiquiátricos, da una alta dinamización diaria por una semana; si hay mejoría entonces retira gradualmente la alopátia. Lo cierto es que seguimos experimentando con diversas formas de prescribir para pacientes bajo tratamiento alopático. Son casos en que una dosis a la MC, en cualquier enfermedad, produce una respuesta. A veces estamos tan desesperados que la damos diario; la 10MC por ejemplo.

En casos muy claros, regularmente damos la alta dinamización en dosis única y esperamos, lo mismo si la vitalidad es grande. Esta estrategia la empleamos más cuando las medicinas alopáticas son, a mi juicio, menos nocivas. Por ejemplo, ciertas hormonas como las tiroideas, en mi experiencia, dañan muy lentamente y a la larga, mientras la prednisona lastima a corto plazo. Si el paciente toma medicamentos agresivos, es más probable que usemos la estrategia de la dosis diaria, con el fin de reforzar el efecto del medicamento en alta dinamización.

Manejo de condiciones específicas

Esteroides

Los casos crónicos que reciben cortisona deben ser manejados sólo por médicos con experiencia. Son cuadros muy complejos en personas muy enfermas; por lo tanto, recomendamos mucha cautela en los principiantes. Los esteroides son un gran problema en nuestra práctica, pero podemos actuar efectivamente con tales pacientes.

Una de las fallas en que incurrimos, es que se encuentra el medicamento homeopático correcto, pero se intenta disminuir la cortisona demasiado rápido. Cuando ésta se ha tomado por demasiado tiempo, hay que ser cuidadosos en su disminución. Por ejemplo, si algún paciente llega con una prescripción de 20 mg de prednisona diarios durante mucho tiempo, la primera reducción será a 15 mg; la segunda a 10 mg; luego, muy gradualmente, de 10 a 8 mg, de 8 a 6 mg, y de los 6 mg en adelante es aún más lento: un miligramo a la vez. La práctica médica nos enseña que debemos dividir la dosis y subdividirla nuevamente, para después, al llegar a los 5 mg, reducirla a 2 o 2.5, y luego detenerse. En mi experiencia, es la receta perfecta para que el paciente retorne a la dosis completa de esteroides, aunque la prescripción homeopática sea correcta. Recomendamos intervalos de dos a tres semanas en la reducción de la dosis, muy gradualmente.

Con este método hemos ayudado a un gran porcentaje de pacientes a dejar los corticoides y sustituirlos por fármacos menos problemáticos como el cromolín en el asma. Si se apresuran en quitar los esteroides, echarán a perder el caso, no porque falle su prescripción homeopática, sino por ser demasiados entusiastas.

Ahora bien, hay casos en que el medicamento se puede suspender mucho más rápidamente. Lo sabemos, pues ciertos pacientes reducen su dosis más rápido de lo que sugerimos y todo sale bien. Pero no esperen eso del paciente o de ustedes mismos. Es mejor tomarlo con mucha calma.

Por otra parte, hay casos que nunca pueden dejar por completo su medicación alopática, y deberán mantenerse con cierto nivel de dicha medicación. No los tomen como casos fallidos. Fue todo un éxito el lograr reducir la dosis y la mejoría del cuadro general: su estado emocional, su estado físico, así como su problema específico. Ha sido un éxito, aún si continúan con esteroides por el resto de sus vidas. Les han brindado un inmenso beneficio. De manera que sigan dando el remedio homeopático eficaz; con frecuencia estos casos no lo necesitan tan seguido. Sin embargo, verán que la acción del remedio será relativamente menos prolongada, en vez de repetir el constitucional cada ciertos años, lo darán por ejemplo cada ocho meses.

También, en tales circunstancias, procuramos no subir demasiado pronto la dinamización. Son casos con una influencia antidotizante más o menos persistente, y ¡nos podemos quedar sin municiones!

Comenzamos con una 200C; a los cuatro meses cuando regresan con recaídas, damos la 1M; en seis meses la 10M y en ocho meses daremos la 50M. Si hacemos esto, pronto quedaremos sin municiones. Son casos en los que es mejor repetir la misma dinamización mientras siga actuando.

La siguiente táctica también ha sido eficaz: en vez de ascender de la 1M a la 10M, subimos de la 1M a la 2M, luego a la 3M, después a la 4M. Funciona de maravilla. No hay nada mágico en la secuencia 1M, 10M, 50M. Michael Quinn, nuestro farmacéuta, ha sido muy amable al prepararnos así los medicamentos. De esta manera evitarán que su remedio se agote rápidamente.

Asma

1. Pacientes que toman alopátia sólo durante la crisis aguda del asma.

Por lo general, el paciente puede continuar su medicación sintomática para darle un espacio de alivio, mantenerlo casi asintomático, con un sufrimiento mínimo. La investigación actual aconseja que los agonistas beta adrenérgicos inhalados, como el salbutamol o albuterol, no se utilicen más de tres o cuatro veces al día. Además, es útil evitar la exposición a los alérgenos. Aquí damos la dosis única del remedio indicado en alta dinamización.

2. La jerarquía de los fármacos alopáticos antiastmáticos se coloca en el siguiente orden descendente:

- a. Intal inhalado.
- b. Beta adrenérgicos inhalados.
- c. Teofilina sistémica.
- d. Combinación teofilina-terbutalina.
- e. Esteroides inhalados
- f. Esteroides sistémicos.
- g. Metotrexato.

3. En pacientes con medicación alopática crónica procuramos, hasta donde se puede, minimizar el régimen alopático para colocarlos en el nivel menos nocivo de la jerarquía.

Mientras, procuramos mantener al paciente levemente sintomático. Entonces damos el medicamento en alta dinamización (200C, 1M, etcétera) seguido por una dosis diaria de 6C, 9C, o 12C. Si el

constitucional no es nítido, damos una dosis semanal a la 30C, o diaria a la 12C, sin dar antes la alta dinamización. Cuando hay señales de mejoría, tratamos de colocar al paciente en un régimen alopático aún menor en la jerarquía.

4. La alopátia confunde mucho el caso. Una buena estrategia es disminuir la dosis de medicación hasta que se vuelva sintomático. Sean siempre cuidadosos al disminuir la medicina para evitar que se precipite una crisis.

5. Pacientes en esteroides inhalados o esteroides sistémicos periódicos. Con frecuencia estos medicamentos son innecesarios y pueden suspenderse sin provocar efectos indeseables. En ciertos casos, los esteroides pueden ser indispensables; es cuando intentamos minimizar la dosis antes del tratamiento homeopático. Algunas veces los síntomas de asma se suprimen tan eficazmente que debemos elegir el medicamento basándonos en la información de una historia clínica (más clara) previa. Cuando el medicamento se prescribe y muestra su efectividad, comienzan a disminuir las drogas del paciente en el orden previamente recomendado. Como se discutió antes, los esteroides se reducirán siempre con suma lentitud.

Hormonas femeninas

Las hormonas femeninas son algo importante. Antes pensábamos que eran antídotos de los medicamentos homeopáticos y que las pacientes en hormonoterapia no eran susceptibles de recibir tratamiento, pero dejamos esa opinión. Dichas pacientes pueden recibir Homeopatía. En todo caso, preferimos retirar las píldoras anticonceptivas. En la comunidad homeopática prevalece el criterio de que no hay medicinas ideales, aunque no podamos explicar esta posición. Creemos que no debemos interferir con los mecanismos naturales del cuerpo; no obstante, quitarle la píldora anticonceptiva a una adolescente, bajo el riesgo de que tenga un embarazo, es una decisión que no debe tomarse a la ligera. Recomendamos, especialmente a las adolescentes, que dejen la píldora sólo si la enfermedad es una amenaza seria para su salud y tenemos la impresión de que la atención será mucho más difícil mientras la tomen. No queremos ser responsables de un embarazo no deseado con sus trágicas consecuencias. Debemos usar el sentido común.

Los adolescentes son famosos por ser irresponsables en cuanto al control natal, a menos de que ingieran anticonceptivos. Recomienden este método a la mayoría de sus adolescentes sexualmente activos. Si les quitan la píldora sólo porque están tratando una enfermedad grave, asegúrense de ofrecerles una amplia educación sobre control natal. Tal vez deba ser mensual para evitar realmente un embarazo.

Por supuesto, existe un subgrupo de adolescentes que sufren los estragos de la píldora, algún tipo de alteración emocional o física. Se deben retirar si hay detrimento de su salud. Si, por el contrario, el cambio ha sido "positivo", esto es, si los síntomas se suprimieron, con frecuencia será muy difícil precisar la indicación para una prescripción homeopática. En tales circunstancias, sería necesario retirar los anticonceptivos por varios meses, hasta que puedan apreciarse claramente el caso y su prescripción, para después permitirles que reanuden la toma de hormonales.

Estrógenos

Los estrógenos son un tema muy controvertido entre los homeópatas. Para el alópata, son el regalo de Dios a la mujer, de modo que traerlos a discusión es como entrar en una cueva de lobos. Miles de estudios demuestran las maravillas del estrógeno/progesterona. Pero necesitamos analizar cada forma de patología tratable con estrógenos.

1. Oleadas de calor o bochornos; respuesta vasomotora en mujeres menopáusicas

Recomendamos nunca tratarlas con hormonas. La Homeopatía funciona muy bien en la mayoría de estas pacientes. Los síntomas son usualmente muy nítidos y responden muy bien a la prescripción homeopática.

2. Atrofia vaginal

El tratamiento dependerá del caso, pero suponiendo que aún no sea terriblemente severo, la Homeopatía puede ser muy eficaz. Cuando es grave, las pacientes usualmente ya toman el estrógeno. Si no, puede ser realmente un problema, pues los medicamentos no son rápidos. Pudiera llevarse un buen tiempo antes de mejorar esta condición, y en

ocasiones la mejoría nunca llega. ¿Qué hacer entonces si todo el caso mejora, pero la atrofia persiste e interfiere seriamente con la vida de su paciente? Recomendamos las cremas Premarin o Estrace, pero en vez de 2 a 4 gramos, recomendamos medio gramo, una a tres veces por semana. Lo hacemos durante tres semanas y lo suspendemos durante una semana. Es estrógeno, de manera que la intención es retirarlo una vez al mes, durante una semana. Luego bajamos a medio gramo, una o dos veces a la semana por tres semanas, y daremos otra semana de espera. Terminamos con una gota durante una o dos semanas, para finalmente retirar por completo el estrógeno. Con frecuencia este régimen resolverá totalmente el caso, requiriendo refuerzos de tan sólo una gota ocasional. Este es mi protocolo durante el tratamiento constitucional.

3. Osteoporosis

La osteoporosis es un tema de gran trascendencia. Hay factores en la osteoporosis que necesitamos conocer, así como precisar los factores de riesgo en la osteoporosis de nuestros pacientes. Si una mujer es blanca u oriental, si tiene una historia positiva de osteoporosis, si es delgada, estará en mayor riesgo. Asimismo, si tiene artritis reumatoide, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), diabetes tipo 1; si bebe refresco habitualmente (contiene mucho fósforo; facilita las cosas retirar su consumo). Se puede hacer algo muy útil para evitar la osteoporosis: el ejercicio físico, como vigorosas caminatas de dos millas al día (3.22 kilómetros, aproximadamente), cuatro veces a la semana. Entre más vigorosa la actividad, mejor. Después de una plática de Steve Subotnic sobre la carrera, ya no la recomendamos porque lastima mucho los pies, pero la caminata es muy útil para fortalecer los huesos. Por otra parte, también ayuda eliminar la sal, la cafeína, el cigarro y el alcohol. No obstante, lo más importante, en mi opinión, es disminuir la proteína en la dieta. El libro *Diet for a New America*, de John Robbin (1987), sacó a la luz 50 años de estudios que demuestran que las dietas con más proteína promueven una mayor eliminación de calcio. Hay evidencia irrefutable de este efecto. La osteoporosis virtualmente se desconoce en culturas vegetarianas.

En dicha obra se menciona la saludable densidad ósea de los bantúes en África, los cuales ingieren 350 miligramos de calcio al día y prácticamente no presentan osteoporosis; las mujeres tienen la dentadura completa en edad avanzada. Además, se menciona el caso de los esquimales, quienes con-

sumen una cantidad mucho mayor de calcio, 2000 miligramos al día, pero también de 200 a 250 miligramos de proteína diaria, dándose así condiciones desfavorables para el calcio y una de las incidencias de osteoporosis más altas del mundo. Mujeres carnívoras de 65 años registran una pérdida ósea promedio de 35%, mientras que las vegetarianas de la misma edad muestran una pérdida de 7%. De este modo, la recomendación para la mujer es reducir la cantidad de proteína animal en su dieta. Obviamente esta práctica no será muy útil para mujeres de 65 o más años de edad. En general, las mujeres pueden agregar calcio (unos 1500 miligramos al día), pero no creemos que sea el factor más importante. Es imprescindible disminuir la carne, y tal vez sea útil agregar vitamina D.

Finalmente, tenemos casos que requieren estrógeno y progesterona exógena cuando se ha inducido menopausia quirúrgica prematura (ooforectomía). Los estudios dejan muy claro que sin estas hormonas sufrirán severos problemas, especialmente osteoporosis y afecciones cardiovasculares. En la última conferencia de la *International Foundation for Homeopathy* relaté un caso de Camphora, en donde una mujer en menopausia quirúrgica y estrógeno/progesterona, mejoró durante años con su medicamento. De manera que, en tales circunstancias, puede haber reacciones muy buenas con Homeopatía, a pesar de estas hormonas.

Pareciera que cuando una fuerza externa elimina el flujo natural de una hormona, como la tiroidea o el estrógeno, y ésta se sustituye exógenamente, afectaría mucho menos al tratamiento homeopático que al prescribirse con fines más arbitrarios, como en menopausias espontáneas. Aunque la Homeopatía misma puede manejar los efectos secundarios de la menopausia quirúrgica (histerectomía, ooforectomía), no vemos contraindicado emplear Premarin en estos pacientes.

El público realiza una nueva pregunta: “¿cómo manejar el tratamiento homeopático de la menopausia prematura natural?”

Roger Morrison contesta: si encuentran el remedio indicado, con frecuencia regresará la menstruación. Aunque lo ideal sea la restauración del periodo menstrual, cuando no es posible debemos valorar si pueden tomar estrógenos. Tal vez no sea siempre necesario, pero no lo criticaríamos.

Desórdenes tiroideos

Siguiendo con el tema de las hormonas, hablemos de las condiciones tiroideas. ¿Cómo manejar el hipertiroidismo? Generalmente los pacientes con hipertiroidismo clínico se presenta en una de dos categorías: los que llegan sin diagnóstico o tratamiento previo, y aquellos que recibieron algún tratamiento alopático. En ambos se verán estadios tempranos con pulso rápido y otra sintomatología propia de la enfermedad. Dividimos estos casos en dos subgrupos: los abiertamente sintomáticos y los moderadamente sintomáticos; por moderado me refiero a frecuencias cardiacas menores a 100, sin exoftalmos, etcétera. Son casos en que se prescribe el remedio homeopático indicado y esperamos la respuesta. En estas etapas tempranas del hipertiroidismo, la mayoría responde muy bien al tratamiento constitucional.

Luego están los casos más sintomáticos, con pulso muy rápido, sudores nocturnos, insomnio, nerviosismo, temblores, etcétera. Al comenzar, con frecuencia les permitimos que sigan tomando fármacos como el propiltiouracilo (PTU) o bloqueadores beta adrenérgicos como el propanolol. Al mismo tiempo administramos una dosis única de alguna alta dinamización, regularmente aunada a una dosis baja diaria, o sin ésta. A medida que el caso mejora, vamos quitando los betas bloqueadores o el PTU. Otro tipo de pacientes que verán son a quienes se les ha recomendado el yodo radiactivo 131 o la cirugía tiroidea. Con frecuencia evitarán que les extirpen la tiroides, si admiten las medicinas para controlar sus síntomas, mientras dan su tratamiento homeopático. Es muy probable que los pacientes que ya fueron operados o ya recibieron el yodo 131 caigan en hipotiroidismo clínico si no toman medicación tiroidea.

Si el hipotiroidismo es subclínico (asintomático) y fue inducido (por ejemplo, al someterse a tratamientos con yodo radiactivo) o es natural (verbigracia, después de una tiroiditis), simplemente damos el medicamento homeopático y verificamos los niveles tiroideos periódicamente, asegurando que el paciente no empeore con el tiempo.

Los hipotiroides moderados a severos reciben Homeopatía, pero a veces es necesario que continúen con la medicación tiroidea. Son momentos en que damos la dosis única de una alta dinamización sin preocuparnos de que sea antidotizada, en estos casos casi no damos la dosis diaria del remedio homeopático, pues la hormona tiroidea, aunque eventualmente antidotiza, generalmente tarda mucho en

hacerlo. A medida que los pacientes se vuelven eutiroideos, se puede intentar disminuir gradualmente la medicación tiroidea. Los pacientes cuya glándula se ha extirpado deben permanecer con su hormona tiroidea, ya que el daño es esencialmente irreversible; además, aún con la medicación tiroidea pueden tomar Homeopatía para otras enfermedades y rara vez veremos que se antidote por efecto de los complementos hormonales.

Dismenorrea

Inicialmente quitábamos las medicinas para la dismenorrea antes de iniciar el tratamiento homeopático, pero ya no es así. Si pueden encontrar el constitucional con las generalidades y la imagen mental-emocional, adelante, prescriban el remedio. Cuando nos preguntan: “¿puedo tomar mi Motrin antes de la próxima regla?”, aconsejamos indagar si es tolerable pasarla sin él. Típicamente estará peor en la primera menstruación después del remedio homeopático, de modo que les permitimos continuar su medicación en esa etapa. Después les pedimos que intenten pasarla sin él.

Dolor

Es fácil decirle a los pacientes: “suspendan sus medicamentos para el dolor”, pues nosotros no lo sufrimos. Pero aquí también, hasta donde sea posible, disminuyan gradualmente los analgésicos, especialmente los menos intrusivos. Casi todos los que acuden a la Homeopatía quieren dejar sus drogas, de manera que por lo general no abusan de sus analgésicos. Déjenlos, dentro de lo posible, con sus analgésicos, y trátenlos con esmero para alejar su dependencia a medida que mejoran.

Acné

En nuestra sociedad la vanidad es el obstáculo principal en la obtención de un buen tratamiento

homeopático para el acné. En su mayoría, adolescentes y mujeres no toleran la menor huella del acné facial. Debemos, pues, plantear estrategias que no obliguen a eliminar totalmente la alopatía del escenario, ayudando así a nuestros pacientes durante este trance. Hicimos una clasificación de los agentes alopáticos de mayor a menor agresividad. El peor es el Acutane; le sigue la tetraciclina (se ha documentado un aumento en la incidencia de cistitis intersticial en adolescentes que utilizan estos antibióticos por largos periodos). El Acutane es peor, pues suprime el acné permanentemente, mientras éste reincide al quitar la tetraciclina. A la larga los pacientes tratados con éxito con Acutane son mucho más difíciles de curar homeopáticamente; en consecuencia se debe evitar por completo.

También los antibióticos sistémicos orales figuran como tratamientos dañinos. Les siguen las hormonas sistémicas (anticonceptivos orales); luego, los agentes tópicos, como antibióticos tópicos, y el Retin-A; después los agentes como el peróxido de benzoilo y, finalmente, los astringentes como el Hamamelis. Siguiendo el protocolo, mantenemos al paciente con un agente lo menos agresivo posible, conservando al acné a nivel tolerable. Una vez instalado en el mejor régimen (según el criterio definido líneas arriba), iniciamos el tratamiento constitucional. Al mejorar el acné, retiramos la alopatía gradualmente y la sustituimos con un agente aún más inocuo, y así hasta eliminar el tratamiento alopático.

Por supuesto, prosigan con cualquier medida adyuvante no tóxica para mejorar el acné, sea dietética, suplementos vitamínicos y minerales, barro facial, etcétera.

Si durante el tratamiento homeopático el acné regresa, procuren no decir que todo va bien. Pueden perder la comunicación con ese paciente. Sentirá que no se compadecen de su caso, de modo que, si pueden evitarlo, no mencionen que el tratamiento provocó la recaída. Pueden explicárselo después, pero sean muy amables. Comprendan que es un evento terrible en la vida de esa persona y que deben ayudarlo a superarlo. Además, nunca, nunca prescriban el remedio constitucional si deciden retirar todo tratamiento alopático. Se están buscando una horrible agravación y una confusión sobre su causa (tampoco lo hagan en la dermatitis atópica). Será imposible saber si la agravación fue inducida por su medicamento o al cesar la alopatía, y el paciente con seguridad les culpará del nuevo brote.

Dermatitis atópica (eccema)

En estos casos puede pensarse que lo más indicado es suspender la alopatía y esperar tres o cuatro semanas para ver qué sucede, hasta que la fuerza plena de la dermatopatía sea evidente. El paciente podrá verlo y comprenderá la magnitud de su problema. Al comenzar de cero estarán en mejor posición para evaluar el efecto de su prescripción. Ahora bien, la mayoría de los pacientes con eccema, especialmente los que presentan cuadros graves, no tolerarán esta estrategia. Para sobrellevar un sufrimiento tan intenso, el paciente requiere de una enorme fuerza interna. Como en el acné, debemos idear estrategias que reduzcan la alopatía hasta lograr un nivel leve a moderadamente sintomático y soportable en un plano cotidiano, y una vez estabilizado comenzar el tratamiento homeopático. Ahora bien, el eccema puede ser muy difícil de curar; tal vez piensen que por estar en la piel resulta fácil. Nada de eso, especialmente cuando lo han padecido toda la vida. Deben advertir al paciente que será difícil curar una enfermedad de tantos años.

¿Cuál es la jerarquía para las medicinas utilizadas en estos pacientes? El peor tratamiento es raro: la terapia radiactiva; le sigue la prednisona sistémica, después la terapia esteroide tópica con envoltorio oclusivo, luego los esteroides tópicos simples, los antihistamínicos para el prurito y, finalmente, todo tipo de humectantes. Recuerden: el paciente debe estabilizarse en la terapia alopática menos agresiva posible, para luego comenzar el tratamiento homeopático. Si el cuadro es muy nítido, pueden comenzar con una 200C. Si no lo es, recomendamos abstenerse de las dinamizaciones muy altas. Comiencen con las 12C o la 30C, y esperen con paciencia la respuesta. No se apresuren con las altas dinamizaciones. A medida que aprecien la mejoría, podrán disminuir gradualmente la alopatía.

En casos muy arraigados no intentamos disminuir el medicamento desde el comienzo; si el paciente está cómodo con los esteroides tópicos, simplemente daremos el tratamiento constitucional homeopático y esperaremos. Cuando haya indicios de que mejora la salud general del paciente, después de cuatro a seis meses, no antes, comenzaremos a retirar las medicinas alopáticas.

Mucho cuidado en estos casos, y no prometan resultados en cierto tiempo. Recuerden la “regla”: por cada año de enfermedad, permitan un mes para

mejorar la condición. Aunque no necesariamente se aplica al eccema. También hay muchos casos de dermatitis atópica incurable que sólo podrán paliar, reduciendo al mínimo los fármacos que necesiten y ofreciendo la mejor calidad de vida posible. Con frecuencia, los ácidos grasos omega 3 y 6 de expendios naturistas ayudan en el eccema, así como las dietas rotativas. Para el principiante es tentador tratar el eccema con específicos, comenzar con Sulphur, Psorinum o Graphites en casi cualquier caso. No lo hagan; es muy probable que estos tres medicamentos provoquen agravaciones intensas.

Psoriasis

La psoriasis permite tratamientos muy satisfactorios; muchos casos responden a la Homeopatía. Un gran porcentaje de estos casos se tratan con metotrexato. Recomendamos no aceptar casos tratados con metotrexato durante más de algunos meses, reaccionan con grandes agravaciones, de modo que sean cuidadosos con ellos. También recuerden que la psoriasis tiende a empeorar en invierno, y puede parecer una agravación medicinal cuando en realidad todo va bien; es sólo el cambio estacional usual.

Asimismo, continuarían erróneamente con el medicamento que se dio en mayo, pues ya se aprecia la mejoría del verano. A excepción de estas observaciones, son las mismas sugerencias que se aplican para el eccema.

Osteoartritis

Hemos observado que la osteoartritis se presenta con frecuencia en sujetos bastante sanos. La mayoría de las personas que llegan con este problema tienen buena vitalidad, en especial los de edad avanzada. La Homeopatía usualmente no suscita agravaciones horribles de la osteoartritis. Aquí el principal problema es lidiar con los fármacos antiinflamatorios no-esteroides. Observamos que aún tomándolos durante periodos considerables de tiempo y con mejoría sustancial, dichos fármacos generalmente no antidotizan al tratamiento homeopático. Asimismo, por lo general los pacientes responden bien, aún con Aspirina, ibuprofeno o naproxeno, y sin antidotizar los medicamentos homeopáticos. No obstante, persisten

dos problemas: primero, que todos los antiinflamatorios ocultan los síntomas del caso, lo que dificulta encontrar las modalidades de la artritis; segundo, que ciertamente a la larga aceleran la degeneración de la articulación artrítica. Esta observación figura en la literatura médica y lo confirma nuestra experiencia clínica.

El primer problema se resuelve basando la prescripción homeopática en lo constitucional, más que en modalidades articulares, suprimidas ya por los fármacos. Son casos en que el remedio homeopático se continúa mientras el paciente sigue con su tratamiento antiinflamatorio. Si realmente hay nitidez en el cuadro, lo mejor será el tratamiento homeopático, pidiéndole al paciente que pronto suspenda las drogas antiinflamatorias. La mejoría con Homeopatía será así más rápida, el paciente no sufrirá tanto dolor y se evitará un mayor deterioro del caso. Si el cuadro no es tan claro y dudan del medicamento, es mejor disminuir gradualmente la alopática hasta que el paciente manifieste síntomas sustanciales. Con esta estrategia apreciaremos mejor el remedio constitucional al surgir alguna modalidad previamente suprimida. Entonces podrán prescribir, pidiendo al paciente que rápidamente descontinúe su medicación alopática.

Artritis reumatoide

La condición de la artritis reumatoide es mucho más grave. Sobre todo, los pacientes son sujetos con una vitalidad mucho menor. Esto es aún más notable en los jóvenes, aunque es frecuente ver pacientes jóvenes muy dinámicos, al grado de que parece fácil curarlos. Es una falsa impresión. Si bien la artritis reumatoide puede curarse dramáticamente con Homeopatía, no será siempre un proceso fácil; debemos ser muy pacientes, ya que con frecuencia mujeres jóvenes de 30 o 40 años manifiestan su primer episodio de artritis reumatoide aguda, solamente en una articulación, la cual se muestra roja, muy hinchada y dolorosa.

Es típicamente la fase inicial; sin embargo, el factor reumatoide puede aún ser negativo, de manera que por este solo dato no se puede saber si se trata de la enfermedad. Si no lo sospechan, esperarán una mejoría más rápida con su prescripción homeopática. Esto sucede especialmente si es un antiguo paciente, que ha recibido tratamientos para cosas triviales; de pronto les llega con una articulación dolorosa, caliente e hinchada, y pensarán que

no es muy grave, que en una o dos semanas estará curado. Eso es falso: esa articulación inflamada es sólo la punta del iceberg. Por esto, ante casos de artritis monoarticular, no se desalienten si el remedio no funciona en los primeros días o semanas, ya que puede ser un caso severo y el tratamiento será entonces largo.

Estos pacientes, según hemos observado, después de uno o dos medicamentos sin ver resultados rápidos, buscan al reumatólogo, quien pronto los alopatiza. Se pierde así una valiosa oportunidad de curar, ya que una vez instalado el tratamiento alopático es mucho más difícil tratar estos casos, de manera que les encomiamos persistir. Cuando detecten mejoría, aguarden y convenzan al paciente de que hay que esperar. Son casos de reumatismo agudo que en mi experiencia se llevan en el mejor de los casos tres meses para resolverse. Si esperan que la curación llegue en tres semanas, se rendirán desilusionados. Generalmente, el paciente con artritis reumatoide nos llega después de dos a cuatro años de haber iniciado el tratamiento alopático.

Los resultados iniciales parecen prometedores, pues mejoran con esas grandes dosis de Aspirina u otros antiinflamatorios no esteroides, etcétera. Se sienten animados, eufóricos y piensan: “bien, lo mío no es tan grave. Pensé que era una enfermedad invalidante”. En su optimismo se entregan al tratamiento por uno o dos años, pero con el tiempo sufren recaídas recurrentes que necesitan más y más tratamiento alopático, hasta que todo se complica. Terminan adictos a esteroides sistémicos o a medicación tan fuerte que ya no es motivo de alegría. Ahora reconsideran: “bueno, es tiempo de buscar tratamientos alternativos”. Nos llegan entonces, en ocasiones con un año de esteroides sistémicos o algo peor.

Veamos la jerarquía para el tratamiento alopático de artritis reumatoide. El peor, en mi opinión, es el tratamiento con sales de oro, peor que el Imuran (aunque el Imuran es de primera elección). Le sigue el metotrexato. En cuarto lugar están los esteroides sistémicos (prednisona); le siguen Plaquenil, y luego los antiinflamatorios no esteroides. Desafortunadamente, la mayoría de los casos que actualmente llegan han recibido esteroides sistémicos y metotrexato. El Imuran se prescribe cada vez con más frecuencia al inicio de la enfermedad y, al menos para nosotros, el medicamento homeopático no puede determinarse en la mitad de estos casos. Los síntomas están tan suprimidos que estos casos llegan a un desorden insalvable. Además, los efectos secundarios oscurecen aún más el panorama. No se distingue el síntoma real

del paciente de uno del fármaco. De aquí nuestra advertencia de no aceptar tales casos, especialmente en su práctica inicial. También les recomendamos no tratar casos que han recibido esteroides, metotrexato o sales de oro. Son muy difíciles por la gran dependencia, y peligrosos por el gran riesgo de degeneración rápida de las articulaciones si no reciben pronto el medicamento homeopático.

Veamos nuestras estrategias para lidiar con estos casos: si el cuadro está claro en lo constitucional, si es posible ver el medicamento correcto, entonces procuramos disminuir gradualmente la alopátia hasta los niveles más bajos posibles de esteroides, comunicándole al paciente que estará más o menos cómodo. Si ya toma metotrexato o el oro, preferimos que el paciente cambie a esteroides sistémicos durante nuestro tratamiento.

Si el paciente recibió el oro y está asintomático, simplemente trátenle lo mejor que puedan. Si toma oro o metotrexato, cambien al paciente a los niveles más bajos de esteroides que puedan, y elijan el mejor remedio homeopático posible. Prescriban una 200C, seguida por dosis diarias de la 6C, 12C, o una dosis semanal de la 30C y continúen el tratamiento así durante unas 6 semanas. Tan pronto como vean mejoría, procuren retirar los esteroides como lo hemos visto, muy lentamente. Desafortunadamente, si el paciente ha recibido el tratamiento con sales de oro y se ha suprimido efectivamente la artritis siendo asintomática, preferimos no darles Homeopatía, pues existe la gran posibilidad de que regrese la artritis. Será una opción sólo en caso extremo, pero la condición puede ser muy difícil de manejar y debemos pensarlo bien antes de adentrarnos por ese rumbo.



Todos los **oficinales** en un solo lugar

Farmacia Homeopática Nacional

Centro

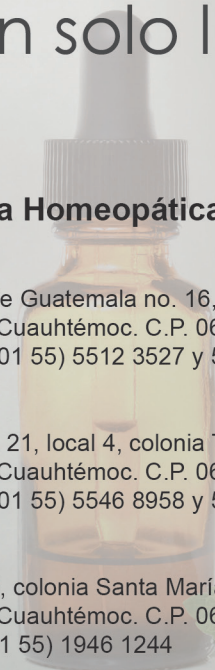
República de Guatemala no. 16, local 3, colonia Centro, delegación Cuauhtémoc. C.P. 06010, México, D. F.
Teléfonos: (01 55) 5512 3527 y 5512 5633

Caballito

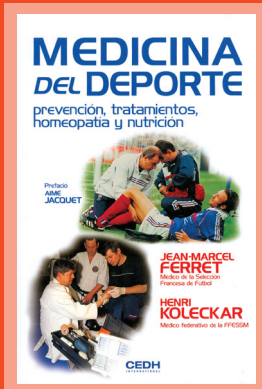
Rosales no. 21, local 4, colonia Tabacalera, delegación Cuauhtémoc. C.P. 06030, México, D. F.
Teléfonos: (01 55) 5546 8958 y 5566 3491

Mirto

Mirto no. 26, colonia Santa María la Ribera, delegación Cuauhtémoc. C.P. 06400, México, D. F.
Teléfono: (01 55) 1946 1244



Medicina del Deporte. Prevención, Tratamientos, Homeopatía y Nutrición



Autor: Jean-Marcel Ferret y Henry Koleckar.
Editorial: CEDH International.
Lugar: Francia.
Año: 2004.
Páginas: 478.

Las personas que practican ejercicio de manera frecuente, así como los deportistas de alto rendimiento, se encuentran expuestos a presentar diversas patologías físicas y traumatismos. Afortunadamente existen los médicos del deporte, que son los responsables de prevenir y diagnosticar la mayoría de las lesiones que sufren los atletas, así como de proponer un tratamiento que, dado el caso, permita que la actividad se reanude sin peligro de secuelas.

“El médico del deporte siempre ha intentado preservar de la mejor manera, con sus medios, la salud de los atletas que le eran confiados o que se confiaban a él, pues es innegable que el deporte de alto nivel es un factor de deterioro de la salud.

“Por esta razón ha desarrollado —o se ha rodeado— de competencias en sectores que optimizan los resultados sin degradar más aún la salud del atleta. Recurrir a la Homeopatía entra en este marco, de la misma forma que las técnicas manuales, mecánicas y electrofisiológicas, o bien, la psicología y la preparación mental”, señala el doctor Jean Marcel Ferret, médico de la Federación Francesa de Fútbol en 1976 e instructor médico de la Federación Internacional de Fútbol Asociación (FIFA) en 1992, quien es el autor principal de esta magnífica obra que llena un vacío en la literatura médico homeopática.

A su vez, el coautor de este tratado, Henry Koleckar, quien es especialista en Homeopatía, nutri-

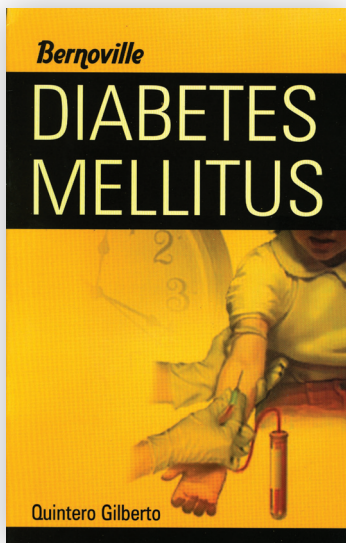
ción y acupuntura, además de miembro de la Federación Francesa de Estudios de Deportes Acuáticos, apunta que “la Homeopatía, al igual que la osteopatía, la acupuntura y todas las técnicas de reeducación, permite recurrir menos a los medicamentos alopáticos, no siempre desprovistos de efectos secundarios, los cuales son más molestos para el deportista que para el sedentario”.

El profesional que guste de esta especialidad médica encontrará en este libro la llave para abordar los principales traumatismos, así como los conceptos relativos a la educación médico dietética y médico deportiva. Como es de esperar, la Homeopatía tiene un lugar protagónico a lo largo de este compendio, toda vez que se menciona como un tratamiento que puede utilizarse en lesiones tendinosas, musculares, osteoarticulares, óseas y neurológicas, así como en patologías tan diversas como contusiones, ampollas, rozaduras crónicas, urticaria, micosis e infecciones bacterianas y víricas.

Del mismo modo, el médico homeópata aprenderá los aspectos clínicos, la conducta a seguir, el diagnóstico, los exámenes pertinentes y los tratamientos a considerar, entre ellos el homeopático, para tratar lesiones osteoarticulares en el raquis, el hombro, el codo, la muñeca y la mano, así como la cadera, la rodilla, el tobillo y el pie; además, se presentan detalladas explicaciones para la atención de fracturas, fisuras óseas, exostosis e, incluso, afecciones tan específicas como encefalopatía degenerativa de los boxeadores, contusiones del tejido nervioso y afección de los nervios craneales.

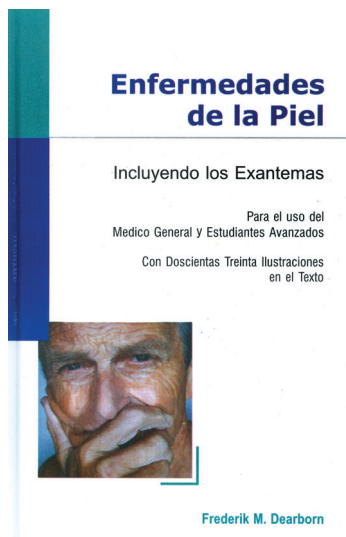
Profusamente ilustrado con imágenes, esquemas y tablas, *Medicina del deporte. Prevención, tratamientos, Homeopatía y nutrición* es una excelente obra de consulta que le permitirá al estudiante y al médico homeópata comprender la naturaleza de una gran cantidad de lesiones deportivas, así como la manera en que el sistema médico clínico terapéutico que configuró Samuel Hahnemann puede coadyuvar a superarlas. Mejor aún, la moraleja del libro coincidirá con una premisa fundamental de la medicina, aquella que se refiere a la actitud preventiva de cualquier tipo de dolor o malestar.

Reseña: Juan Fernando González G.



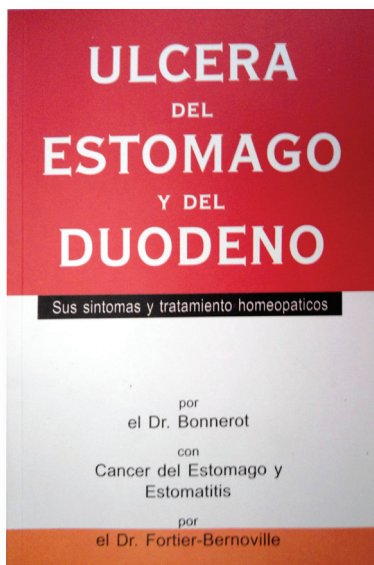
Diabetes Mellitus
Bernoville Quintero Gilberto
 Editorial: B. Jain Publishers
 ISBN: 978-81-319-0234-9

A lo largo de estas páginas se muestra el valor de la Homeopatía en el tratamiento de la diabetes *mellitus*, enfermedad ampliamente observada en nuestros días y que requiere de un tratamiento complejo para evitar la aparición de sus complicaciones. El autor nos lleva a reflexionar sobre la necesidad de efectuar abordajes individualizados y novedosos en cada paciente, aprovechando las numerosas investigaciones que han mejorado el conocimiento que tenemos sobre el padecimiento y que, por ende, han permitido el desarrollo o aprovechamiento de medicamentos.



Enfermedades de la Piel. Incluyendo los Exantemas
Frederik M. Dearborn
 Editorial: B. Jain Publishers
 ISBN: 81-7021-922-1

Presentación clara y concisa de la anatomía y fisiología de la piel, así como de las afecciones dermatológicas y su tratamiento desde el punto de vista homeopático. Dada la dificultad para que el médico realice el diagnóstico exacto en este tipo de enfermedades, el libro cuenta con detalladas descripciones que permite la diferenciación de aquellos padecimientos que pudieran confundirse, además de que cuenta con numerosas ilustraciones que muestran el aspecto de las distintas lesiones.



Úlcera del Estómago y del Duodeno. Sus Síntomas y Tratamiento Homeopáticos
Fortier-Bernoville, Bonnerot
 Editorial: B. Jain Publishers
 ISBN: 81-7021-272-3

Este texto es, quizás, el primero dentro de la Homeopatía en el que se habla de los síntomas y el tratamiento homeopático de las úlceras gástrica y duodenal con completo detalle. Los autores han abordado estos temas en todas sus vertientes, yendo desde la inflamación gástrica y la dispepsia hasta llegar finalmente a la úlcera. Asimismo, no se han restringido a darnos sólo su opinión, sino que han recopilado las voces de importantes autores en el campo de la Homeopatía, analizando también los puntos de vista alopático y quirúrgico en el tratamiento de las úlceras pépticas.



Lo confiable en Homeopatía



El cuidado de la salud nace del conocimiento

Similia pone a su alcance los mejores títulos de la literatura médico **homeopática**.

Adquiéralos en nuestra **Tienda en Línea** o en las sucursales de **Farmacia Homeopática Nacional**.



contacto@similia.com.mx

BienestarRedondo

Cartas al editor

Estimados compañeros y colegas lectores de la revista *La Homeopatía de México*:

Es para mí un gran placer enviarles un saludo a todos ustedes en ocasión de los 80 años de vida de esta importante publicación. Me siento muy honrado al dirigirme a los médicos mexicanos, a los que siento como mis hermanos después de haber vivido mucho tiempo en vuestro país con la intención de aprender los secretos de la buena prescripción homeopática a lado de mi maestro, el doctor Proceso Sánchez Ortega.

Durante mi permanencia en México he tenido la oportunidad de visitar a varios médicos en sus consultorios y me alegra poder decir que difícilmente hay capacidad parecida en otros países, en lo que corresponde a la percepción del enfermo y a la búsqueda del remedio adecuado para la curación del paciente.

Felicito con gusto a los responsables de la revista *La Homeopatía de México*, en espera de que siga siendo un medio de divulgación de la medicina de Hahnemann, que persista en la labor de editar artículos de gran importancia científica para nuestra medicina y de segura trascendencia en la formación continua del médico homeópata.

El deseo de que este esfuerzo editorial siga es con el fin de donar a los jóvenes colegas un medio más para llegar a profundizar el conocimiento de nuestro arte terapéutico.

Aprovecho esta misiva para expresarles que la asociación mundial que me llamaron a dirigir hace unos meses, la Liga Médico Homeopática Internacional (LMHI), tiene en sus filas a 75 países y cuenta con representación en todos los continentes. Desde su fundación, en 1925, ha tenido el apoyo de los mejores pensadores en el campo de la Homeopatía ortodoxa y ahora ha instrumentado grupos de trabajo en todas las áreas de investigación que conciernen a nuestra ciencia médica: educación, farmacia, odontología, archivos, relaciones públicas, boletín electrónico (*newsletter*), casos de experimentación pura.

Según mi sugerencia, estos grupos están abiertos a todos los colegas que quieren trabajar, mandar ideas, propuestas o simplemente leer lo que los demás escriben. El trabajo es por internet, gratuito, pero de gran nivel formativo y de ayuda a los colegas de países más pobres y con dificultades. La Liga Médico Homeopática Internacional ha sido aceptada el año pasado como un ente sin finalidad de lucro, y es por ello que actúa como una gran familia compuesta por algunos miembros que pueden dar y otros que reciben con agrado lo que se les da. Espero que muchos de los lectores se unan a nuestro trabajo silencioso y de gran trascendencia.

Al comité editorial de *La Homeopatía de México* mis felicitaciones y el deseo de seguir colaborando, quizá dejando un lugar, una página, para dar un informe de la Liga en cada nueva edición.

Con amistad y admiración por su trabajo en pro de la Homeopatía,

Renzo Galassi
Presidente de la Liga Médico Homeopática Internacional
www.LMHI.net

Instrucciones para los autores

“La Homeopatía de México” es una publicación bimestral, 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).

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 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**

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
Delegación Cuauhtémoc
México, Distrito Federal
C.P. 06400
Teléfono: (01 55) 5547 9483, extensión 176
Fax: (01 55) 5547 3707

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 arbitraje por parte de su 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, guión, 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.

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

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 bibliográficas 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.

Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía



Oferta Educativa

Licenciatura

Médico Cirujano y Homeópata
(Programa de Estudios acreditado por
COMAEM 2009/2014)

Licenciatura

Médico Cirujano y Partero
(Programa de Estudios acreditado por
COMAEM 2011/2016)

Especialidades

Médica en Terapéutica Homeopática

Médica en Acupuntura Humana
(Programa reconocido por el PNPC - CONACYT)

Maestrías

En Ciencias en Salud Ocupacional
Seguridad e Higiene

En Ciencias en Biomedicina Molecular
(Programa reconocido por el PNPC-CONACYT)

Doctorado

En Ciencias en Biotecnología (en Red)
(Programa reconocido por el PNPC - CONACYT)





Lo confiable en Homeopatía

La Homeopatía ya tiene su Sitio
www.similia.com.mx

