

LA HOMEOPATÍA DE MÉXICO

Fundada en 1933

CONTENIDO

- ¿Existe Evidencia Científica de que la Supresión de las Enfermedades Agudas en la Niñez Induce Enfermedades Crónicas en el Futuro?
Marcus Zulian Teixeira.
Págs. 5-20
- Riñón Poliquístico y Ureterocele Tratados con Homeopatía y Cirugía.
Yolanda Castro Pérez.
Págs. 21-31
- Autismo y Homeopatía.
Guillermo Parás García.
Págs. 32-39

Propulsora de Homeopatía, S.A. de C.V.
México, D.F.

www.similia.com.mx



www.latindex.unam.mx



periodica.unam.mx



lilacs.bvsalud.org/es/



www.imbiomed.com





¡Bienvenido a nuestra nueva casa!

La casa Matriz de Farmacia Homeopática Nacional cambió su domicilio, debido al descubrimiento de restos arqueológicos de la cultura azteca.

¡TE ESPERAMOS!

Guatemala 26-A, colonia Centro,
Delegación Cuauhtémoc, Ciudad de México.
Teléfono: 2616 0014

LA HOMEOPATÍA DE MÉXICO

Fundada en 1933

CONTENIDO

- 3 EDITORIAL
- 5 ARTÍCULO ORIGINAL
¿Existe Evidencia Científica de que la Supresión de las Enfermedades Agudas en la Niñez Induce Enfermedades Crónicas en el Futuro?
Marcus Zulian Teixeira.
- 21 CASO CLÍNICO
Riñón Poliquístico y Ureterocele Tratados con Homeopatía y Cirugía.
Yolanda Castro Pérez.
- 32 ARTÍCULO DE REVISIÓN
Autismo y Homeopatía.
Guillermo Parás García.

DIRECTORIO

Director Editorial

Juan Fernando González G.

Coordinador Editorial y de Comunicación Digital

Rafael Mejía Rosas

Coordinador de Arte y Diseño Editorial

L.D.G. Fabiola Reyes Lúa

Asesor Editorial

Dr. Gustavo Aguilar Velázquez

Asesor Editorial

Dra. Isis María Infante Regalado

Circulación y Suscripciones

Rogelio García Luna

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.

FUNDADOR DR. RAFAEL LÓPEZ HINOJOSA

DIRECCIÓN MA. DE LOURDES LÓPEZ ANAYA

ADMINISTRACIÓN LOLA M. LÓPEZ ANAYA

40

CARTAS A MIS PACIENTES

M. Gloria Alcover Lillo.

43

EL MUNDO DE LA HOMEOPATÍA

La Homeopatía de Hoy, con un Éxito sin Precedentes: Francisco Eizayaga

Juan Fernando González G.

CONSEJO EDITORIAL

Dr. Jorge A. Fernández Pérez

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

Dr. Fernando Ochoa Bernal

Director del Hospital Nacional Homeopático (Secretaría de Salud).

Dr. Héctor Montfort Cabello

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

Dr. Fernando Domínguez Vello

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

Dr. Óscar Michel Barboza

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

C.P. Héctor Torres Carbajal

Director General Adjunto de Propulsora de Homeopatía, S.A. de C.V.

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 Propulsora de Homeopatía, S.A. de C.V., a través de su División Editorial. **Administración:** Ma. de Lourdes López Anaya y Lola M. López Anaya. Franqueo pagado. Autorizado por SEPOMEX Permiso No. 0040360, Características 22 8251116. Licitud de título No. 2559. Licitud de contenido No. 1639. ISSN 1870-3666. **Fotografía de portada:** Rafael Mejía. 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: Corporativo Grupo Impresores, S.A. de C.V., México, D.F.

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

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

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



COMITÉ DE ARBITRAJE

Dra. Emma del C. Macías Cortés.

Dr. Hugo Aldana Quintero.

Dra. Guadalupe Barajas Arroyo.

Dr. Guillermo Parás García.

Dr. Vicente Rosas Landa Lechuga.

M. en C. Beatriz Gallo Olvera.

Dr. Marcus Teixeira (Brasil).

Dr. Flavio Dantas (Brasil).

Dra. Gloria Alcover Lillo (España).

Dr. Francisco Eizayaga (Argentina).

Dr. Roque Penna (Argentina).

Editorial

Por primera vez se realizó un estudio de la prevalencia del autismo en México, lo que fue posible gracias a la intervención de la organización estadounidense Autism Speaks. Los resultados, que fueron publicados a principios del presente año en el *Journal of Autism and Development Disorders*, señalan que 1 de cada 115 niños mexicanos cursa con dicho síndrome, el cual forma parte de los **trastornos generalizados del desarrollo** consignados en el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V)*.

Hemos empleado esta información para dar pie al texto que recoge las palabras del médico pediatra, endocrinólogo y homeópata Guillermo Parás García, expresadas en la conferencia *Autismo: Diagnóstico y Tratamiento Homeopático* que formó parte del Primer Congreso Internacional Médico Farmacéutico Homeopático (Ciudad de México, 2013).

El doctor Parás García hizo una extensa descripción de este síndrome y destacó la importancia que tiene el diagnosticarlo a tiempo, de manera que sea posible ofrecerle atención oportuna y una mejor calidad de vida al paciente y, al mismo tiempo, disminuir la carga física y emocional que sufren los padres de un niño con esta condición.

Quien lea con cuidado los dichos del doctor Parás García podrá percibir que detrás de ellos hay una gran experiencia y un amplio conocimiento del tema. Destaca, sin embargo, la teoría de que el cambio radical en el comportamiento de un bebé surgir luego de la aplicación de la vacuna MMR (sarampión, paperas y rubéola), algo con lo que, señala el autor de la conferencia, coincide un gran número de padres.

Enfermedades agudas y crónicas

Nuevamente abrimos nuestras páginas a un trabajo del médico homeópata brasileño Marcus Teixeira, un investigador de gran altura que desarrolla un tema por demás interesante a partir de la pregunta: *¿existe evidencia científica de que la supresión de las enfermedades agudas en la niñez induce enfermedades crónicas en el futuro?*

Teixeira, como lo hace de manera habitual, realiza un análisis ponderado de las posturas de la medicina alópata y homeópata, y establece que “los homeópatas no pueden negar el inmenso legado que las vacunas han dejado a la salud colectiva, erradicando toda una serie de epidemias que continúan asolando a los seres humanos en regiones subdesarrolladas, que carecen de un cuidado básico de la salud”.

Del mismo modo, el prestigiado científico señala que los médicos no homeópatas deben estar abiertos a considerar que hay muchas posibilidades de que “la inmunidad colectiva frente a las enfermedades agudas puede llevar a enfermedades crónicas en la parte de la población con predisposición a ello, con consecuencias futuras que son actualmente difíciles de medir”.

Un caso clínico bien documentado

Es frecuente que muchos médicos homeópatas a los que encontramos en congresos y en diversos foros académicos se nos acerquen para decirnos que han tratado con éxito algunos casos complejos que la medicina alópata no ha podido solucionar, y que dichas experiencias deben publicarse.

Como es de suponerse, la pregunta que hacemos en automático es: “¿tiene pruebas de los estudios diagnósticos del paciente, de su evolución y de la resolución favorable del padecimiento?”. Lamentablemente en la mayoría de los casos no existe evidencia científica suficiente, lo que le resta credibilidad a lo que pudiera ser una actitud bien intencionada... pero nada más.

Es pertinente decir que un ejemplo de un caso clínico muy bien documentado fue el que presentamos en la edición 682 de **La Homeopatía de México**, correspondiente a enero-febrero de 2013, bajo el título *Reabsorción de un Hematoma Subdural Postquirúrgico Tratado con Arnica Montana*; un trabajo de la autoría de los médicos homeópatas Raúl C. Morales López y Raúl Enrique Morales Pascual.

Ahora, tenemos el gusto de presentar un caso clínico más: *Riñón poliquistico y ureterocele tratados con Homeopatía y cirugía*, en el que la doctora Yolanda Castro Pérez explica cómo, a partir del diagnóstico oportuno basado en un ultrasonido obstétrico —en el que se pudo constatar la condición de displasia quística renal y probable ureterocele—, se hizo un seguimiento pormenorizado de dichas malformaciones y su evolución.

Cabe destacar que la mujer gestante recibió tratamiento homeopático a partir de la semana 26 de embarazo, fecha en la que se realizó el diagnóstico, y que lo mismo ocurrió con el producto desde que nació y hasta cumplir la edad de seis años. Es interesante resaltar, de acuerdo con la descripción y los diferentes estudios que presenta la autora del trabajo, que el pronóstico pesimista que se tenía pudo transformarse gracias a la cirugía que se le practicó al bebé a los cinco meses de vida, pero también, y de manera determinante, al tratamiento homeopático descrito con suma precisión a lo largo del artículo.

Los editores.

Artículo original

*¿Existe Evidencia Científica de que la Supresión de las Enfermedades Agudas en la Niñez Induce Enfermedades Crónicas en el Futuro?

**Marcus Zulian Teixeira

Resumen

PALABRAS CLAVE:

Inmunización, Vacunosis, Hipótesis de la higiene, Enfermedades crónicas, Supresión de enfermedades agudas.

La búsqueda de la comprensión del individuo en su totalidad sintomática ha sido uno de los propósitos de la Homeopatía desde sus comienzos. A todo lo largo de su historia, los homeópatas se han interesado por la cuestión de que el tratamiento inadecuado de las enfermedades agudas en la infancia pudiera conducir a enfermedades crónicas futuras. Hahnemann advirtió que tratar las enfermedades agudas con medicina alopática, con fuertes dosis de fármacos, o bien suprimir los síntomas locales de tales enfermedades, incrementaría el riesgo de sufrir enfermedades crónicas futuras. Burnett propuso la teoría de la vacunosis y advirtió de las manifestaciones crónicas subsiguientes a la vacunación contra la viruela. Buscando el origen fisiopatológico de las enfermedades crónicas, homeópatas franceses las correlacionaron con la reacción anormal del sistema reticuloendotelial (RES, por sus siglas en inglés).

Estudiando la patología experimental, Maffei atribuyó las manifestaciones sintomáticas al desequilibrio entre los fenómenos inmunológicos de la alergia y la inmunidad. Denominó "meta-alergia" y "para-alergia" a los efectos sensibilizantes y patogénicos de los medicamentos y vacunas, respectivamente.

La hipótesis de la higiene se basa en evidencia de que el desequilibrio de la respuesta inmunológica en la niñez, específicamente entre las subpoblaciones de linfocitos Th1 y Th2, es responsable del desarrollo de ciertas enfermedades alérgicas y crónicas en el futuro.

El factor perturbador para la predisposición a presentar una respuesta alérgica en el futuro (Th2) es la obstrucción de las manifestaciones naturales de las enfermedades infecciosas (respuesta de Th1) en los niños pequeños. El tratamiento homeopático busca equilibrar la reacción vital, correspondiente a una respuesta fisiológica integrativa, con la posibilidad de regular el desequilibrio de Th1/Th2. Sin embargo, se carece de estudios clínicos que sustenten tal hipótesis.

*Publicado originalmente en la revista *Homeopathy* (2002) 91, 207-216. Disponible en: http://www.cesaho.com.br/biblioteca_virtual/arquivos/arquivo_71_cesaho.pdf.

**Escuela de Medicina de la Universidad de São Paulo (FMUSP), São Paulo, Brasil.

Recibido: enero, 2016. Aceptado: abril, 2016

KEYWORDS:

Immunization, Vaccinosis, Hygiene hypothesis, Chronic diseases, Acute disease suppression.

Abstract

Seeking to understand the individual in his symptomatic totality has been an aim of homeopathy since its beginning. Throughout its history, homeopaths have been concerned that inadequate treatment of acute diseases in childhood may lead to future chronic diseases. Hahnemann cautioned that by treating acute diseases with allopathic medicine, with strong doses of drugs, or suppressing local symptoms of those diseases, would increase the risk of future chronic diseases. Burnett proposed the theory of vaccinosis and warned of chronic manifestations subsequent to smallpox vaccination. French homeopaths, seeking the physiopathological origin of chronic diseases, correlated it to the abnormal reaction of the reticuloendothelial system (RES).

Through the study of experimental pathology, Maffei attributed symptomatic manifestations to the imbalance between the immunological phenomena of allergy and immunity. He termed the sensitizing and pathogenic effects of medications and vaccines, 'metallergy' and 'parallergy', respectively. The hygiene hypothesis is based on evidence that the imbalance of immunological response in childhood, specifically among the Th1 and Th2 lymphocyte subpopulations, is responsible for the development of some allergic and chronic diseases in the future.

The deranging factor for the predisposition to future allergic response (Th2) is the obstruction of natural manifestations of infectious diseases (Th1 response) in young children. Homeopathic treatment aims to equilibrate vital reaction, corresponding to an integrative physiological response, it may regulate Th1/Th2 imbalance. However, clinical trials to support this hypothesis are lacking. Homeopathy (2002) 91, 207–216.

Introducción

El modelo clínico de la Homeopatía se basa en la observación minuciosa de los síntomas individuales (totalidad sintomática), en el estudio de las propiedades curativas de los medicamentos (experimentación en individuos sanos), en la aplicación de un método terapéutico (principio de similitud) y en la evaluación del seguimiento del paciente (pronóstico homeopático). Su propósito es comprender al individuo enfermo de forma global y dinámica, observando los trastornos orgánicos que pasan inadvertidos para el observador menos atento. Desde los orígenes de la Homeopatía ha habido reportes de médicos homeópatas que han observado, en su práctica clínica, la ocurrencia o recurrencia de enfermedades crónicas después de un tratamiento inadecuado de las enfermedades agudas.

Esto podría atribuirse al uso de medicamentos, cremas o ungüentos para eliminar síntomas locales y externos, al uso indiscriminado de medicina alopática, etcétera.

Para Hahnemann, tales eventos produjeron un desequilibrio de la reacción vital del organismo. La escuela homeopática francesa denominó "reticuloendoteliosis" a este desequilibrio de la energía vital, atribuyendo las enfermedades crónicas a la reacción anormal del sistema reticuloendotelial (RES, por sus siglas en inglés) ante la agresión externa.

Contribuyendo aún más a la controversia, los homeópatas hacen referencias frecuentes a la ocurrencia de enfermedades alérgicas y atópicas en los niños posteriormente a la inmunización. Maffei relaciona el origen de las enfermedades crónicas con la reacción distorsionada o alterada del sistema RES a

los antígenos, como resultado del desequilibrio entre la inmunidad y la alergia, denominando “meta-alergia” y “para-alergia” a las enfermedades derivadas de los estímulos de las medicinas y las vacunas, respectivamente.

La actual “hipótesis de la higiene”, que busca explicar el incremento de las enfermedades alérgicas y crónicas a lo largo de los países desarrollados durante las últimas décadas, ofrece evidencia científica que da cuenta de los episodios referidos por los homeópatas. Ésta identifica la causa de tales fenómenos con el desequilibrio de la respuesta inmunológica linfocítica, derivada de la inhibición de las manifestaciones de las enfermedades infecciosas en la niñez.

Existe una mala interpretación tanto de médicos homeópatas como no homeópatas. Algunos homeópatas olvidan la manera idiosincrática en la que reacciona cada organismo. Por otro lado, algunos no homeópatas ignoran la evidencia observada en la práctica clínica y no creen en los riesgos potenciales de ciertas prácticas terapéuticas reportados en los estudios científicos. El presente artículo busca sustentar algunas de las observaciones empíricas realizadas por médicos homeópatas en estudios científicos modernos.

La hipótesis homeopática: enfermedades agudas frente a enfermedades crónicas

A lo largo de los dos siglos de existencia de la Homeopatía, los médicos homeópatas han observado y evaluado la individualidad y totalidad sintomática humana. Éstos relacionan la ocurrencia o re-ocurrencia de las enfermedades crónicas con un desarrollo inadecuado de las enfermedades agudas y consideran a los excesivos tratamientos curativos o profilácticos como la fuente de este desequilibrio. Han observado que las distintas enfermedades crónicas han sido resultado de la reacción anormal del organismo ante agentes morbíficos y, a través de distintas formas reactivas, han encontrado la base fisiopatológica de la teoría homeopática de los miasmas.

En el párrafo 11 del *Organon de la Medicina*¹, Hahnemann atribuyó cualquier síntoma, función o sensación adversa a una reacción anormal de la vitalidad orgánica ante un agente morbífico: “es única-

mente el principio vital, en tal estado anormal, el que puede dar al organismo las sensaciones desagradables e inclinarlo a las manifestaciones irregulares que llamamos enfermedad”.

En los párrafos 72-78 del *Organon*, él discute el tema del presente estudio. En el párrafo 72, divide las enfermedades humanas en dos tipos. Las enfermedades agudas “son procesos mórbidos rápidos de la fuerza vital anormalmente desviada, que tienen la tendencia a terminar su desarrollo más o menos rápidamente, pero siempre en un tiempo moderado”. Las enfermedades crónicas son aquellas que afectan el organismo incapaz de defenderse satisfactoriamente a sí mismo con propagación de la enfermedad y tornándose cada vez más anormal “hasta que a la larga el organismo es destruido”.

Entre las enfermedades agudas, cita las fiebres agudas que ocurren como consecuencia de una “causa excitante y dañina” (alimenticia, climática, meteorológica, tóxica, ocupacional, psíquica, etcétera) o del “miasma agudo” contagioso. Como ejemplo de los miasmas agudos que **siempre reaparecen de la misma manera, refiere la viruela, el sarampión, la tosferina, etcétera** (párrafo 73).

La enfermedad crónica, que se origina a partir de la infección dinámica por un “miasma crónico” (*psora, sycosis y syphilis*), puede ser “producida artificialmente en el tratamiento alopático por el uso prolongado de medicinas heroicas violentas en dosis grandes y cada vez mayores, con lo que la energía vital en ocasiones se debilita a un grado despiadado, en ocasiones, si es que no sucumbe, es gradualmente desviada (por cada sustancia en una forma peculiar) de tal modo que, para mantener la vida contra estos ataques adversos y destructivos, debe producir una revolución en el organismo y ya sea privar cierta parte de su irritabilidad o sensibilidad, o bien exaltarlas hasta un grado excesivo, provocar dilatación o contracción, relajación o induración, o bien incluso la destrucción total de ciertas partes, así como desarrollar alteraciones orgánicas en uno y otro sitio, en el interior o el exterior (parálisis interna o externa del cuerpo), con el fin de proteger al organismo contra la total destrucción de la vida por las siempre renovadas agresiones de tales fuerzas destructivas” (párrafo 74).

Refiere también una serie de reportes en donde una enfermedad aguda más virulenta es capaz de mejorar temporalmente una enfermedad crónica preexistente menos virulenta (párrafo 38).

En los párrafos 185 a 203 del *Organon* critica los tratamientos tópicos y externos que buscan suprimir los síntomas externos de las “enfermedades locales”, debido al riesgo de transformar una “infección local aguda” en una “enfermedad crónica manifiesta”, o bien, de empeorar o intensificar posteriormente una enfermedad miasmática interna.

Distingue los “males y enfermedades que dependen de un modo de vida no saludable persistente, así como también aquellas innumerables enfermedades medicinales provocadas por el tratamiento irracional, persistente, insistente y pernicioso de las enfermedades con frecuencia sólo de carácter trivial”, del gran número de enfermedades crónicas naturales, resultantes del desarrollo de los tres miasmas crónicos (*psora*, *sycosis* y *syphilis*).

Afirma que la principal causa del gran desarrollo de la enfermedad crónica es el tratamiento parcial y supresor de estos miasmas crónicos con el único objetivo de erradicar “los síntomas sustitutivos locales que contienen la enfermedad interna general”. Estas enfermedades crónicas habrían permanecido latentes si no se hubieren utilizado “remedios locales para sus síntomas externos correspondientes” (párrafo 204).

En relación con la vacunación o inmunización, que algunos homeópatas sostienen es la causa de las enfermedades alérgicas y crónicas, Hahnemann fue contemporáneo de Edward Jenner (ambos publicaron sus primeros ensayos en 1796) y elogió el descubrimiento de Jenner como una forma de terapia “homeopática”, usando un antígeno “similar” en el tratamiento profiláctico de la viruela humana: “la vacunación universal puso fin a todas las epidemias de la mortífera y terrible viruela hasta un grado tal que la generación actual ya no cuenta con una clara concepción de las terribles primeras plagas de viruela” (párrafo 56, nota al pie de página).

En *Las Enfermedades Crónicas*², Hahnemann caracterizó los tres miasmas crónicos como formas distintas en las que el organismo reacciona con brotes y síntomas específicos (*psora*: sarna, eczema, prurito, etcétera; *sycosis*: pólipos, verrugas, catarro crónico, etcétera; *syphilis*: úlceras, canchales, necrosis, etcétera). También criticó el uso de la medicación homeopática local dirigida únicamente a tratar los síntomas superficiales de las enfermedades inflamatorias agudas, sin interés por el tratamiento de la totalidad sintomática con medicaciones miasmáticas o anti-psóricas.

En 1890, James Compton Burnett³, un médico homeópata inglés, describió los síntomas de perturbaciones mórbidas de “cronicidad extrema”, posteriores a la vacunación contra la viruela. Éstos incluían neuralgia, neuritis, cefalea crónica, forúnculos, bronquitis, etcétera. Relacionó estos desequilibrios con los síntomas descritos por Hahnemann en su discusión del miasma crónico “sicosis”. Burnett denominó “vacunosis” a este grupo de trastornos orgánicos que observó consecuentemente a la vacunación contra la viruela. Desarrolló el concepto de que, al suprimir la enfermedad aguda, las vacunas pueden inducir consecuentemente enfermedades crónicas, con síntomas predominantemente alérgicos (dermatitis, rinitis, sinusitis, bronquitis, etcétera).

A mediados del siglo XX, siguiendo a otros homeópatas franceses (Grauvogl, Martiny, Fortier-Bernoville, Martiny, Zissu), Henri Bernard^{4,5} relacionó el miasma crónico de Hahnemann con las formas en las que el organismo reacciona a las “toxinas”, independientemente de la constitución individual. Usando la teoría de Hans Seyle⁶ del “Síndrome General de Adaptación al Estrés”, que define cualquier enfermedad como “una reacción del organismo entero a la agresión”, Bernard atribuyó la génesis de la enfermedad crónica (esclerosis) a reacciones anormales del sistema RES ante la agresión externa.

En la Constitución Sulfúrica (*psora*), el organismo responde con una rápida e intensa reacción de defensa (inflamación aguda), capaz de eliminar los agentes dañinos del organismo, protegiendo al tejido de la acumulación de los metabolitos que son responsables de la cronificación de la enfermedad.

En la Constitución Carbónica (*sicosis*), el retraso en la reacción del sistema RES bloquea el mecanismo de eliminación normal de toxinas, promoviendo una acumulación de “depósitos sicóticos” en los tejidos, disparando subsiguientemente la manifestación de la “reticuloendoteliosis crónica” o “esclerosis” (agresión tóxica lenta y progresiva al sistema RES): “imbibición hídrica de los tejidos, secreción crónica de las membranas mucosas, proliferación de células benignas, reacciones orgánicas lentas y alejadas, tendencia esclerogénica y depresión del sistema nervioso”. Las causas de este estado, según estos autores, incluyen los esteroides y vacunas.

En la Constitución Fosfórica (o fluórica), correspondiente al miasma crónico sifilítico, la reacción de defensa del sistema RES es inefectiva y caótica, permitiendo un ataque masivo y desorganizado de

los agentes dañinos sin eliminación exitosa, desencadenando irritación, ulceración y esclerosis crónica.

Según Husemann y Wolff⁷, los promotores de la medicina antroposófica, existe una polaridad entre las enfermedades agudas y crónicas y entre la inflamación (fiebre) y la esclerosis (calculosis, diabetes y cáncer). Enfatizan que “toda supresión de una fiebre o inflamación inclina la balanza a favor de una enfermedad que tiende a la esclerosis” y que “la gente que no sufre las enfermedades de la infancia presenta una mayor tendencia a padecer cáncer”. Citan los resultados de un estudio en pacientes con cáncer en Alemania, en donde, en un análisis retrospectivo, son evidentes los bajos índices de inflamación. “En casos de clara ‘diátesis inflamatoria’, la ocurrencia de una aflicción cancerosa fue rara. La constitución, a través de enfermedades infecciosas, sufre una transformación que reduce considerablemente la disposición al carcinoma”.

En un estudio sobre las vacunaciones, Brito y Spozatti⁸ argumentan contra los puntos “negativos” de la vacunación, sosteniendo que “no hay estudios con consistencia científica en la literatura homeopática que sustenten los puntos negativos puestos sobre la mesa por algunos autores”. Dichos puntos negativos incluyen las siguientes afirmaciones: las vacunaciones inducen manifestación alérgica en las vías respiratorias y en la piel; las vacunaciones pueden inducir la depresión del sistema inmunológico; las vacunaciones alteran la vitalidad del niño; las vacunas para la tuberculosis y el sarampión únicamente se encuentran indicadas para niños con desnutrición y son innecesarias para los niños sanos; los efectos secundarios de las vacunas son serios y sería mejor si el niño contrajera la enfermedad y recibiera después tratamiento homeopático.

De forma similar, advierten de la falta de investigación científica en “el uso de nosodes como agentes inmunoprolácticos” y en “el uso de medicación homeopática o vacunas dinamizadas en mayores concentraciones como medida preventiva y/o terapéutica ante las vacunas convencionales”. Enfatizando la postura oficial de la Asociación Médica Homeopática Brasileña que apoya el Programa Nacional de Inmunización, los autores invitan a los investigadores en Homeopatía a buscar evidencia científica de las observaciones empíricas referidas por los médicos homeópatas.

Hipótesis de la patología experimental: inmunidad frente a alergia

Walter Edgard Maffei, antiguo profesor de Patología General y especialista de la Escuela de Medicina de la Universidad de São Paulo, en su libro *Os Fundamentos da Medicina*⁹, define la enfermedad como “el grupo de alteraciones funcionales y orgánicas, de carácter evolutivo, que aparece en un individuo afectado por un agente externo, contra el cual su organismo reacciona”. Al dividir los mecanismos de defensa, según su naturaleza celular o humoral, enfatizó la inmunidad humoral o adquirida, activa o pasiva, como resultado de los anticuerpos producidos por el sistema RES dependiendo de la sensibilización antigénica, el genotipo, la edad y el estado nutricional.

Cuando este proceso de inmunidad falla se producen fenómenos de alergia, el resultado de la interacción antígeno-anticuerpo en los tejidos. Esto produce manifestaciones, variables entre los individuos, después de una alteración o perturbación en la reacción del organismo que constituye la alergia (gr., *allos* = otro + *ergon* = fuerza, energía).

En 1905, Clemens von Pirquet¹⁰ introdujo el siguiente concepto: “la alergia representa a toda la medicina, pues cualquier enfermedad o síntoma simple representa una reacción alterada del organismo”. La alergia es resultado del “impacto específico antígeno-anticuerpo que ocurre en los tejidos”, manifestando síntomas característicos y síntomas anatomoclínicos. La inmunidad consiste en “el impacto específico antígeno-anticuerpo que ocurre en los humores”, en donde los tejidos permanecen sin afectación, sin mostrar síntomas ni perturbaciones anatomopatológicas. Dado que estos fenómenos son opuestos, el equilibrio entre los mismos es responsable del “estado de salud”: cuando predomina la alergia, la inmunidad es baja y, a la inversa, cuando prevalece la inmunidad, la alergia es baja.

Maffei clasifica las reacciones alteradas según su intensidad, duración, dosis sensibilizante y causa disparadora: hiperergia, hipoergia, anergia, para-alergia y meta-alergia. “La hiperergia es una reacción intensa y violenta que indica una máxima respuesta de ataque de los anticuerpos contra los antígenos con el objetivo de ubicarlos y destruirlos

en una cierta ubicación. Corresponde a los fenómenos de Koch y Arthus, con un proceso inflamatorio violento, congestión intensa, edema y posterior necrosis. Después de la destrucción total del antígeno, se produce la inmunidad. La hipoergia es una reacción más atenuada, no únicamente en su manifestación clínica, sino también en sus manifestaciones anatomopatológicas, por ejemplo una inflamación crónica”.

Por su parte, “la anergia es la falta de reacción del organismo, que significa una falta de producción de anticuerpos, que puede ser positiva o negativa”. En la anergia positiva, ocurre la resolución o curación de la enfermedad después de una reacción hiperérgica inicial en donde los anticuerpos neutralizan a los antígenos. La alergia de los tejidos desaparece y la inmunidad humoral prevalece (v.g., neumonía lobar). Por el contrario, en la anergia negativa, “el organismo es incapaz de producir más anticuerpos, dado que ha agotado su capacidad para reaccionar y, como consecuencia de ello, para defenderse a sí mismo. Ya no hay alergia ni inmunidad; hay deterioro y muerte” (v.g., tuberculosis crónica).

En la anergia se interrumpe la producción de anticuerpos, sin impacto antígeno-anticuerpo en los tejidos, caracterizándose por la falta de reacción y la ausencia de síntomas. La para-alergia (gr., para = funcionalmente anormal + *allergon*) corresponde al impacto no específico antígeno-anticuerpo, “el mecanismo de defensa más importante de la patología humana, dado que en la misma la alergia como tal no existe”.

Esta sensibilización no específica comienza *in utero* y ocurre a través “de todas las infecciones normales de la infancia, desde las infecciones comunes de garganta hasta las enfermedades exantemáticas y otras, así como las vacunas contra la viruela, tosferina, etcétera. Todas estas infecciones y vacunaciones determinan la formación de anticuerpos que permanecen en el organismo. Por lo tanto, el ser humano generalmente se encuentra sensibilizado de forma no específica. Cualquier antígeno que penetra o se introduce en el organismo reacciona con los anticuerpos existentes de otros orígenes y provoca manifestaciones serias de distintos grados dependiendo del caso, o bien provoca que las manifestaciones presentes desaparezcan”.

La para-alergia nos ayuda a comprender la gran variabilidad de los casos clínicos de cada enfermedad, así como su evolución, de una persona a otra. De forma similar, los resultados falsos posi-

vos o falsos negativos de las reacciones serológicas (Wassermann, Widal, etcétera), con base en los antígenos y anticuerpos, encuentran su explicación en el fenómeno de la para-alergia.

El término meta-alergia (gr., meta = cambio + *allergon*) se utiliza “para indicar las reacciones alteradas determinadas por la acción de sustancias químicas introducidas al organismo, aplicadas al organismo o formadas por el organismo mismo, que se combinan con proteínas orgánicas para formar haptenos (gr., *haptein* = sujetar), también denominados antígenos parciales. Estos haptenos reaccionan con los anticuerpos preexistentes y provocan resultados variados. Por lo tanto, las reacciones alteradas negativas o benéficas determinadas por los medicamentos también son de naturaleza alérgica o, más precisamente, meta-alérgica. Las reacciones alteradas negativas se denominan idiosincrasias o intolerancia en medicina”. En ciertos casos, el organismo sensibilizado de forma específica responde a exposiciones posteriores de un tipo distinto con reacciones alérgicas específicas que reproducen los mismos síntomas clínicos provocados por el primer agente: la dermatitis de contacto puede ser disparada de nuevo por el contacto con otro agente químico.

Las variaciones de las idiosincrasias humanas se relacionan con la para-alergia y la meta-alergia, las cuales producen síntomas clínicos y anatómicos claros en pacientes con la misma enfermedad. “La fisiopatología de la enfermedad, que constituye la sintomatología clínica, depende exclusivamente de la forma en la que el organismo reacciona y no de la causa que la ha determinado, ni de la lesión anatomopatológica. La forma de reacción del organismo es producto de la interacción de los caracteres del genotipo, los cuales son responsables de la homeostasis. Estos caracteres representan el terreno biológico, el cual varía de un individuo a otro e incluso en el mismo individuo, dependiendo de la edad, sexo, estado nutricional y época del año”.

La predisposición de cada organismo para enfermar (idiosincrasia, terreno biológico) se relaciona con el órgano sensible “que responde al impacto antígeno-anticuerpo, significando el órgano que manifiesta los síntomas clínicos y anatomopatológicos de la enfermedad. Cuando es posible realizar un examen anatomopatológico, puede verificarse que es un órgano el que ha sufrido retardo en su evolución o ha sido alterado embriológicamente, es decir, que hay una alteración constitucional parcial. Es un órgano sensible, el *locus minoris resistentiae* de los antiguos médicos”.

Maffei explica la observación de Hahne-
mann de que dos enfermedades similares no pueden coexistir en el mismo organismo de forma simultánea, con la teoría del bloqueo del sistema RES: “Un individuo con una enfermedad no puede adquirir otra concomitantemente porque la primera ya ha establecido el bloqueo de RES; es por eso que, en cualquier caso, todos los síntomas y signos verificados deben relacionarse con la misma entidad, dado que nadie puede tener dos enfermedades al mismo tiempo. De forma recíproca, si el individuo presenta una enfermedad y es capaz de adquirir otra al mismo tiempo, se curará de la primera.

“Lo mismo ocurre con los medicamentos; todos los fármacos actúan por medio del mecanismo alérgico. Por tal razón, los efectos varían de un individuo a otro, o bien incluso en el mismo individuo, dependiendo del estado del bloqueo del sistema R.E.S. De este modo, el mismo medicamento utilizado para la misma enfermedad da buenos resultados en un caso, pero es mediocre o nulo en otro, mientras que en un tercero puede ser desastroso”. Por lo tanto, la patogénesis de todas las manifestaciones mórbidas se encuentra representada en la alergia, lo cual permite comprender los síntomas y el modo de evolución de las enfermedades en cada individuo, así como la acción de las distintas terapéuticas.

Analizando las alteraciones patológicas de distintas enfermedades humanas (tuberculosis, sífilis, colagenosis, etcétera), Maffei describe sus procesos patológicos fundamentales y progresivos conforme a distintas fases reactivas del organismo por las siguientes alteraciones histomorfológicas del sistema RES: (1) edema; (2) mucoidosis; (3) necrosis fibroide; (4) fibrosis y (5) elastosis.

La hipótesis de la higiene

Fisiopatología de los procesos alérgicos crónicos

Las enfermedades alérgicas crónicas muestran una respuesta inflamatoria bifásica, con una fase inmediata y una fase retardada. La respuesta inflamatoria inmediata ocurre en pacientes con predisposición genética sensibilizada (atopia), mediada por los anticuerpos IgE. Al entrar en contacto con IgE en la superficie de los mastocitos y basófilos, los alérgenos disparan la degranulación, liberando mediadores

inmunitarios, responsables de las alteraciones fisiopatológicas y los síntomas inmediatos de la alergia.

En la segunda etapa, los órganos afectados sufren un proceso inflamatorio crónico con migración de eosinófilos, basófilos y linfocitos. La patogénesis de las respuestas alérgicas se relaciona estrechamente con la activación preferencial de subpoblaciones específicas de linfocitos T cooperadores, denominados Th2, (en detrimento de las subpoblaciones de Th1), capaces de producir predominantemente interleucinas IL-3, IL-4, IL-5, IL-9 e IL-13, las cuales activan los mastocitos, basófilos y demás células inflamatorias, produciendo las respuestas de los procesos alérgicos inmediatos y retardados¹¹⁻¹³. Las subpoblaciones de linfocitos T cooperadores se relacionan con la respuesta inmunitaria celular aguda, a través de la producción de IL-2, IFN- γ y TNF- β .

Después de esta introducción de la fisiopatología de los procesos alérgicos crónicos, discutiremos la evidencia científica actual que indica el desencadenamiento de enfermedades alérgicas crónicas (patrón de respuesta de Th2) cuando las enfermedades inflamatorias agudas (patrón de respuesta de Th1) se han suprimido o tratado inadecuadamente en la niñez, o bien no han logrado seguir su curso natural.

La hipótesis de la higiene

Formulada inicialmente por Strachan¹⁴ en 1989, la hipótesis de la higiene pretende explicar el hecho observado empíricamente de que los niños que desarrollan enfermedades agudas a temprana edad, incluso si tienen predisposición genética a desarrollar atopia y otras enfermedades crónicas, podrían no presentar tales manifestaciones. Por otro lado, la supresión de la manifestación natural de las infecciones de la infancia a través del uso indiscriminado de vacunas o antibióticos, puede favorecer el desarrollo de síntomas atópicos y crónicos en una etapa posterior. La hipótesis de la higiene, una cuestión controvertida en años recientes, ha sido objeto de muchas discusiones y revisiones¹⁵⁻²⁸ y de toda una serie de estudios experimentales.

La hipótesis de la higiene enfatiza que los factores ambientales y socioeconómicos, asociados con procedimientos de diagnóstico mejorados, explican el incremento del asma y otras enfermedades atópicas a lo largo de las últimas décadas en las sociedades desarrolladas. La hipótesis más plausi-

ble para tal hecho es que el estilo de vida occidental (mejores condiciones de higiene y vivienda, familias más pequeñas, vacunación y uso de antibióticos) se asocia con menos enfermedades infecciosas en la niñez, en especial aquellas que estimulan la producción de linfocitos Th1. Esto es antagónico con la diferenciación de las subpoblaciones de linfocitos Th2 (la respuesta dominante en el feto y el neonato) y favorece el incremento de las manifestaciones alérgicas futuras.

Estudios recientes proporcionan evidencia adicional de que las infecciones como los resfriados, herpes simplex, tuberculosis, hepatitis A y sarampión, que se manifiestan durante la infancia, evitan el desarrollo de enfermedades atópicas en etapas posteriores de la vida en las personas con tal predisposición genética. La exposición a patógenos microbianos en la niñez, sin infecciones, es suficiente para proteger contra las enfermedades alérgicas^{29,30}. Sin embargo, no se observa el mismo efecto cuando los niños son vacunados contra las mismas enfermedades^{31,32}.

Aunque no se sabe a ciencia cierta qué infecciones de la infancia desempeñan el papel de un inmunorregulador en el futuro, los microorganismos intracelulares y virales presentan la probabilidad más alta, siendo que desencadenan una vigorosa respuesta celular inmunológica (respuesta de Th1). La microflora intestinal normal, que afecta la inmunidad sistémica a través del tejido linfoide intestinal, ha mostrado desempeñar un papel importante en la inhibición de la respuesta de Th2 a los alérgenos inhalados.

Esto sugiere que el uso indiscriminado de antibióticos en pediatría a lo largo de las últimas décadas, interfiere con este equilibrio inmunológico³³. Los posibles mecanismos involucrados en la inmunorregulación inducida por las infecciones, se relacionan con las dos subpoblaciones de linfocitos T cooperadores, Th1 y Th2, que son reguladores por inhibición recíproca. Las células Th1, productoras de IFN- γ , IL-2 y TNF- β , provocan la respuesta inmunológica celular y la inflamación dependiente de fagocitos, así como la inhibición de la respuesta de Th2. Las células Th2, productoras de GM-CSF, IL-4, IL-5, IL-6, IL-9, IL-10 e IL-13, provocan las respuestas humorales intensas (incluyendo IgE) y la eosinofilia, aunque inhiben la función de los fagocitos. Los factores genéticos y

ambientales polarizan las subpoblaciones de Th1/Th2³⁴⁻⁴².

La dominancia de las respuestas de Th1 se relaciona con la patogénesis de los trastornos autoinmunes de órganos específicos, incluyendo la esclerosis múltiple, artritis reumatoide, enfermedad de Crohn, sarcoidosis y algunos abortos recurrentes inexplicables. En contraste con ello, las respuestas alérgicas específicas de Th2 son responsables de las manifestaciones alérgicas. Sin embargo, la dominancia de la respuesta de Th2 también desempeña un papel patogénico importante en la esclerosis sistémica progresiva, en la alveolitis fibrótica criptogénica y favorece una evolución más rápida del SIDA⁴³⁻⁴⁷.

A pesar de la complejidad del mecanismo, la ausencia o presencia de infecciones sistémicas en la niñez determina la expresión fenotípica de los linfocitos T dominantes en etapas posteriores de la vida. Las infecciones repetidas pueden seleccionar subpoblaciones de linfocitos Th1 como perjudiciales para las subpoblaciones de Th2 (probablemente a través de antígenos de ADN bacteriano y ARN viral), obstaculizando la manifestación de la sensibilización alérgica en niños con predisposición genética. IL-12 es el principal mediador involucrado en la promoción de la diferenciación de los linfocitos Th1, mientras que IL-4 e IL-10 inhiben el patrón de Th1, predisponiendo a la diferenciación de Th2. Junto con las células asesinas naturales (NK, por sus siglas en inglés), los linfocitos Th1 producen IFN- γ , creando un ambiente en donde antígenos específicos inducen una diferenciación generalizada de las células T de memoria (CD4+), con un incremento de la producción subsiguiente de IFN- γ . Los niveles bajos de IFN- γ en los niños indican una respuesta de Th1 deprimida y una respuesta predominante de Th2. Por lo tanto, surge la hipótesis de que, si la producción de IL-12 no ocurre durante las primeras infecciones sistémicas de la infancia, habrá prevalencia de la subpoblación de Th2 en niños con predisposición genética. Será entonces difícil restaurar más tarde el equilibrio de Th1/Th2⁴⁸⁻⁵⁰.

Aunque se desconoce el periodo crítico para la inversión del desequilibrio de Th1/Th2, se piensa que hasta la maduración del sistema inmunológico (5–7 años de edad) y, en especial, en los 2 primeros años de vida, las infecciones sistémicas desempeñan un papel fundamental en el proceso.

Estudios recientes, que han empleado la prueba de sensibilización cutánea para los alérgenos comunes, indican los 5 años como la edad promedio para que los niños sean clasificados como atópicos o no atópicos. Aunque la mayor parte de los estudios enfatizan la importancia de los primeros años de vida para la programación y regulación de la memoria de los linfocitos T, algunas investigaciones muestran que el patrón de Th1/Th2 cambia en inmigrantes adultos, quienes son genéticamente susceptibles de sufrir atopia, después de un incremento en la exposición a enfermedades infecciosas^{51,52}.

En una revisión sobre el efecto de las distintas terapéuticas sobre el patrón de Th2 en las enfermedades alérgicas, Campbell (*et al*⁵³) comparan los efectos de los fármacos con la inmunoterapia convencional. Algunos fármacos (los anti-histamínicos, corticosteroides, antagonistas beta-adrenérgicos, cromoglicato de sodio, etcétera) no promovieron una alteración satisfactoria en el patrón de la respuesta inmunológica atópica (↑IgE para alérgeno específico; ↓IgG para alérgeno específico, ↓IgG4; ↑PGE2, ↓AMPc; ↑IL-4 para alérgeno específico, ↑IL-5, ↑IL-13; ↓IFN-γ y ↓TGF-β; ↑proliferación de células T para alérgeno específico) y el uso prolongado condujo a disfunciones en algunos casos. Sin embargo, la inmunoterapia convencional invirtió la predominancia atópica después de varios meses y mantuvo el perfil durante varios años: (↓reacción cutánea inmediata; ↓IgE para alérgeno específico [Th2 Th1]; ↑IgG para alérgeno específico, ↑IgG4; ↓IL-4 para alérgeno específico; ↓IL-5; ↑IFN-γ; ↑TGF-β; ↓proliferación de células T para alérgeno específico). Otras revisiones⁵⁴⁻⁶⁴ han confirmado estos hallazgos.

Por lo tanto, una terapia que estimula la respuesta curativa del organismo a través del principio de identidad (*aequalia aequalibus curentur*), aproximándose al mecanismo de acción del principio homeopático de la similitud (*similia similibus curentur*), funciona a niveles más profundos que las terapéuticas que utilizan el principio de los opuestos (*contraria contrarius curentur*).

Utilizando la hipótesis de la higiene (véase la Tabla 1) para otras manifestaciones crónicas, Rou-

se⁶⁵ discute toda una serie de posibilidades en relación con la variación en la susceptibilidad de los individuos a la infección primaria por el virus de herpes simplex (HSV, por sus siglas en inglés), así como la razón por la que algunos individuos sufren de lesiones recurrentes debido a reactivación viral. Plantea la hipótesis de que varios aspectos de la inmunidad congénita, condicionada por la exposición microbiana a temprana edad, pueden afectar la susceptibilidad para padecer infección por HSV, la naturaleza de la respuesta inmunológica inicial y la eficacia de la reactivación de memoria subsiguiente. De manera similar, se ha sospechado que el incremento de la apendicitis en los países desarrollados, en contraste con los países del tercer mundo, puede relacionarse con un mejoramiento de la higiene, que limita la exposición a las infecciones entéricas y virus benignos y su desarrollo, conduciendo a apendicitis futura^{66,67}.

Smith (*et al*⁶⁸) basó su estudio en hallazgos que muestran la incidencia de leucemia linfoblástica aguda (ALL, por sus siglas en inglés) en niños. Ésta mostró índices más altos de variación temporal y geográfica en los países desarrollados durante la primera mitad del siglo XX e índices más bajos para los países en vías de desarrollo. Los autores pretendieron evaluar la relación entre ALL en la infancia y las condiciones de higiene, un aspecto del desarrollo socioeconómico que afecta el índice de exposición a los agentes infecciosos.

El patrón de la infección por Hepatitis A (HAV, por sus siglas en inglés) (transmisión oral-fecal) se utilizó como índice de higiene. Se observó una relación inversa entre la prevalencia de infecciones por HAV y los índices de leucemia en la infancia. Además, hubo reducciones en los índices de infección por HAV en Estados Unidos y Japón, los cuales al parecer se vieron precedidos por índices incrementados de leucemia infantil. En un intento por explicar esto, los autores describen un modelo basado en un supuesto agente inductor de leucemia relacionado con los cambios en el índice de infecciones por HAV. Este modelo apoya la hipótesis de que una menor exposición a un agente inductor de leucemia en la niñez, asociada con mejores condiciones higiénicas, produce índices más altos de ALL en los niños.

Autores	Modelo de estudio	Objetivo	Resultados - conclusiones
Farooqi y Hopkin ⁷⁷	Estudio epidemiológico retrospectivo	Relación entre infecciones de la infancia, inmunizaciones y enfermedades atópicas subsiguientes en 1934 personas.	Tres indicadores: atopia materna, inmunización para <i>B. pertussis</i> y tratamiento con antibióticos en los primeros 2 años de vida.
Illi et al ⁷⁸	Estudio de cohorte longitudinal	Relación entre infecciones en la infancia temprana y desarrollo subsiguiente de asma o síntomas asmáticos en 1314 niños.	Las infecciones virales repetidas en la niñez (excluyendo las vías respiratorias inferiores) podrían reducir el riesgo futuro de desarrollar asma.
Droste et al ⁷⁹	Estudio de cohorte longitudinal	Relación entre el uso de antibióticos en el primer año de vida y desarrollo subsiguiente de asma y trastornos alérgicos en 1206 trastornos.	El uso temprano de antibióticos en la infancia se asoció con un incremento en el riesgo de desarrollar asma y trastornos alérgicos en niños con predisposición.
Matricardi et al ⁸⁰	Estudio controlado	Relación entre la exposición a patógenos alimentarios y orofecales, en comparación con los virus de las vías respiratorias, con atopia y alergias respiratorias.	Usando pruebas serológicas, los autores concluyeron que las alergias respiratorias son menos frecuentes en personas expuestas a patógenos transmitidos de forma orofecal o en alimentos.
Brooks and Lemanske ⁸¹	Estudio clínico	Asociación entre el incremento de las endotoxinas en los ambientes domésticos y la reducción prevalente de sensibilización a alérgenos en 61 niños.	Los autores concluyeron que la exposición a endotoxinas durante la infancia se asocia con una reducción en la prevalencia de sensibilización alérgica y un incremento de la proporción de las subpoblaciones de Th1.
Kalliomaki ⁸²	Estudio controlado con placebo	Efecto de <i>Lactobacillus</i> GG sobre las enfermedades atópicas por administración prenatal a mujeres atópicas embarazadas.	<i>Lactobacillus</i> GG fue efectivo para la prevención de enfermedades atópicas cuando se administró a niños con alto riesgo en edad temprana. Otros estudios mostraron resultados similares ^{83, 84} .
McKinney et al ⁸⁵	Estudio controlado	Evaluación de los patrones de la interacción social y las infecciones en el primer año de vida con el riesgo de desarrollar diabetes autoinmune en niños con predisposición genética.	La interacción social proporcionó protección contra el desarrollo de diabetes en la infancia, pues la exposición a infecciones puede desempeñar un papel en el desarrollo de mecanismos inmunológicos protectores.
Gibbon et al ⁸⁶	Estudio controlado	Relación entre exposición a infecciones durante la infancia y desarrollo de <i>D. mellitus</i> tipo 1.	Los autores concluyeron que la reducción de la exposición a infecciones comunes durante la infancia podría relacionarse con el desarrollo subsiguiente de <i>D. mellitus</i> tipo 1.

Tabla 1. Estudios clínicos de la hipótesis de la higiene.

Por otro lado, no podemos descartar la hipótesis de la higiene como modelo para explicar el hecho si consideramos la respuesta de Th1 como la más efectiva en las infecciones virales (agente inductor de leucemia viral) y la respuesta de Th2 como “la causa de los procesos crónicos en general”.

Discusión

El tema central de esta revisión es correlacionar la inhibición de la manifestación natural de las enfermedades agudas en la niñez con la ocurrencia de enfermedades crónicas posteriores. Las observaciones de los médicos homeópatas encuentran una base científica en otras áreas del conocimiento médico moderno. Según Hahnemann, “toda manifestación clínica se origina de la reacción anormal de la vitalidad orgánica ante un agente morbífico”. Afirma que las enfermedades humanas pueden dividirse en dos categorías: “enfermedades agudas”, una reacción vital fuerte en un corto periodo de tiempo, muestran una respuesta rápida y satisfactoria del organismo; y las “enfermedades crónicas”, que se desarrollan durante periodos más prolongados. La pre-

disposición del organismo a desarrollar cualquier tipo de enfermedad se basa en la “capacidad de reacción de la energía vital orgánica”. Las enfermedades agudas son desencadenadas por estímulos externos dañinos momentáneos o por miasmas agudos y contagiosos, que generalmente regresan a su estado de equilibrio basal. Por otro lado, las enfermedades crónicas son desencadenadas artificialmente por un tratamiento médico pernicioso o, de forma natural, por miasmas crónicos (*psora*, *sycosis* y *syphilis*), que provocan una mayor desviación de la energía vital reactiva, así como dificultad para regresar al orden inicial.

Los puntos de vista de Hahnemann son cercanos a aquellos de Maffei. Podemos correlacionar los conceptos de Hahnemann acerca de las “enfermedades agudas” con los fenómenos de “inmunidad”, y de las “enfermedades crónicas” con los fenómenos de “alergia”. Después de un ataque antigénico (miasma agudo, por ejemplo), cuando falta el proceso reactivo de la “inmunidad” (reacción humoral efectiva a los antígenos, que permite que la salud inestable recupere el equilibrio), el resultado es la “alergia”. La alergia o la reacción alterada del tejido del sistema RES a los antígenos, cubre la mayor parte de las manifestaciones sintomáticas de las enfermedades crónicas.

-
- Enfermedad ↔ reacción alterada de la energía vital (RES) a los agentes agresivos (antígenos).
 - Inmunidad (energía positiva) ↔ normal, reacción vital equilibrada ↔ enfermedades agudas.
 - Alergia ↔ reacción vital desequilibrada anormal ↔ enfermedades crónicas.
-

Cuadro 1. Enfermedad, inmunidad y alergia

Maffei divide la alergia en “hiperergia” (reacción rápida, efectiva, intensa) e “hipoergia” (reacción débil, inefectiva) y “anergia negativa” (falta de reacción). Esto corresponde a *psora*, *sycosis* y *syphilis*, respectivamente. Debe tenerse en mente que una manifestación hiperérgica es frenada por la inmunidad y puede desaparecer del organismo (“anergia positiva”) sin convertirse en una enfermedad crónica.

La “meta-alergia” corresponde a la reacción modificada del organismo a los medicamentos, lo cual es similar a las “enfermedades crónicas artificiales” citadas por Hahnemann. Los síntomas de los trastornos mórbidos que ocurren después de la vacunación (denominados “vacunosis” por Burnett), son clasificados por Maffei como “para-alergia” (resultado del impacto antígeno-anticuerpo no específico):

-
- Hiperergia (reacción rápida, intensa, específica) ↔ *psora* (prurito de la piel).
 - Hipoergia (reacción débil, lenta, específica) ↔ *sycosis* (proliferación tisular).
 - Anergia negativa (falta de reacción) ↔ *syphilis* (destrucción tisular).
 - Meta-alergia (reacción a medicinas) ↔ enfermedad artificial crónica.
 - Para-alergia (reacción no específica a vacunas) ↔ vacunosis.
-

Cuadro 2. Clasificación de Maffei de las reacciones defensivas

La concepción miasmática de los homeópatas franceses, que se asemeja a aquellas de Hahnemann y Maffei, define la enfermedad como la reacción modificada del organismo (energía vital) a la agresión.

Podemos relacionar las “alergias” y los “miasmas crónicos” con los “tipos constitucionales” y los modos de “reacción” y “eliminación” de los agentes agresivos del sistema RES.

-
- Constitución sulfúrica ↔ reacción de RES rápida, intensa, efectiva ↔ eliminación centrífuga de toxinas ↔ hiperergia ↔ psora.
 - Constitución carbónica ↔ reacción de R.E.S. lenta y aletargada ↔ eliminación centrípeta de toxinas ↔ hipoergia ↔ sicosis.
 - Constitución fosfórica y fluórica ↔ reacción caótica y no efectiva ↔ sin eliminación de toxinas ↔ anergia negativa ↔ sífilis.
-

Cuadro 3. Constituciones de Bernard y sus relaciones con los miasmas crónicos

Maffei explica la observación de que la manifestación de la enfermedad infecciosa aguda puede promover la prevención o cura de las enfermedades crónicas a través del “desplazamiento de órgano por impacto” por “bloqueo del sistema RES”. De forma similar, atribuye a las vacunas (para-alergia) y a algunas medicinas (meta-alergia) la característica de promover (y curar) manifestaciones serias en individuos que han sido previamente sensibilizados o tienen predisposición genética.

Las observaciones clínicas homeopáticas de que la supresión de la manifestación natural de las enfermedades agudas puede provocar enfermedades crónicas futuras, me llevó a la “hipótesis de la higiene”.

Esta teoría explica el incremento de las enfermedades crónicas y alérgicas en las sociedades occidentales en donde los estilos de vida se caracterizan por el exceso de higiene, el aislamiento social, la terapia con antibióticos y las vacunaciones excesivas, conduciendo a un desequilibrio entre las respuestas de los linfocitos Th1 y Th2. El contacto de los niños con toda una serie de patógenos se reduce. Esto impide la manifestación de las enfermedades infecciosas agudas en la niñez temprana, inhibiendo la activación de las subpoblaciones de linfocitos Th1 y favoreciendo la activación de las subpoblaciones Th2, responsables de las manifestaciones alérgicas y crónicas.

-
- Respuesta linfocítica de Th1 ↔ inmunidad ↔ enfermedades agudas.
 - Respuesta linfocítica de Th2 ↔ alergia ↔ enfermedades crónicas.
 - Equilibrio Th1/Th2 ↔ bloqueo de RES ↔ enfermedad aguda/crónica.
-

Cuadro 4. Subpoblaciones de linfocitos y su relación con la enfermedad

Esta hipótesis explica el incremento de las enfermedades alérgicas en los países desarrollados, así como la mayor incidencia de otras enfermedades crónicas (diabetes tipo 1, apendicitis, herpes simplex, ALL, etcétera). Además, la prevalencia de la respuesta de Th2 desempeña un papel patogénico en la esclerosis sistémica progresiva, alveolitis fibrótica criptogénica y favorece una evolución más rápida del

SIDA. Por otro lado, las enfermedades autoinmunes debidas a la sobreproducción de citosinas Th1 e incremento de la producción de monocitos de IL-12, protegen al organismo contra la enfermedad alérgica. Esto muestra un antagonismo recíproco entre dos modos de reacción anormales del sistema RES a los estímulos externos.

-
- Hahnemann – “enfermedad artificial crónica”.
 - Henri Bernard – “reticuloendoteliosis crónica” o “sicosis”
 - Maffei – “edema, mucoidosis, necrosis fibrinoide, fibrosis y elastosis”.
 - Hipótesis de la Higiene – “respuesta de los linfocitos Th2”.
-

Cuadro 5. Resumen de las teorías de la patogénesis de la enfermedad crónica

Considero que el tratamiento homeopático, como la inmunoterapia convencional, actúa sobre el desequilibrio de Th1/Th2, regulando la respuesta exacerbada de Th2 de las enfermedades alérgicas y crónicas. En un estudio clínico homeopático (individualizado, aleatorizado y controlado con placebo) que estamos desarrollando para la rinitis alérgica perenne⁶⁹, proponemos evaluar el patrón de la respuesta inmunológica al tratamiento homeopático midiendo los marcadores inmunológicos durante el tratamiento.

Al desarrollar los estudios clínicos de isoterapia de Reilly *et al*⁷⁰⁻⁷⁴, sugerimos periodos más prolongados (6–12 meses) de tratamiento y seguimiento del paciente. Además, la medición de marcadores inmunológicos debe realizarse antes, durante y después de la terapia.

Conclusión

He buscado evidencia científica que sustente la creencia de que la inhibición de la manifestación de la enfermedad aguda en la niñez puede predisponer a enfermedades crónicas futuras. La aceptación de esta observación clínica, referida empíricamente a lo largo de los siglos, es limitada en los investigadores que buscan demostrar los paradigmas homeopáticos con base en el razonamiento científico moderno⁷⁵⁻⁷⁶. Sin embargo, se han examinado proyectos de investigación importantes, centrándose en la patología experimental y la hipótesis de la higiene.

Muchos conceptos homeopáticos, basados en la observación de los síntomas clínicos, serán reivindicados con el estudio de la alergia. El estudio de los fenómenos de la salud y la enfermedad a través del prisma de la fisiopatología integrativa (neuro-inmuno-endocrino-metabólico), el punto de vista holístico del ser humano, según lo describe el modelo homeopático con su enfoque fenomenológico, puede comprenderse con base en los parámetros de la evaluación diagnóstica moderna.

En lo concerniente al controvertido tema de las vacunas, los homeópatas no pueden negar el inmenso legado que han dejado a la salud colectiva, erradicando toda una serie de epidemias que continúan asolando a los seres humanos en regiones subdesarrolladas, que carecen de un cuidado básico de la salud. Por otro lado, los médicos no homeópatas

deben estar conscientes de que el objetivo de la inmunidad colectiva frente a las enfermedades agudas puede llevar a enfermedades crónicas en la parte de la población con predisposición a ello, con consecuencias futuras que son actualmente difíciles de medir.

La intensidad del fenómeno de acomodación (enfermedades agudas frente a enfermedades crónicas) y la seriedad de las enfermedades crónicas que se han vuelto más prevalentes, asemejándose a verdaderas “epidemias crónicas”, deben investigarse en estudios futuros de población. Esto ampliará el debate sobre el uso indiscriminado de las vacunas, corticosteroides, antiinflamatorios no esteroideos, terapia de sustitución de hormonas, etcétera.

Para establecer científicamente la Homeopatía como terapia en el tratamiento de las enfermedades humanas, debe desarrollarse investigación que mida el rango y amplitud de sus prácticas terapéuticas curativas y profilácticas, en comparación con la terapia convencional.

REFERENCIAS

1. Hahnemann S. Organon of Medicine, 6a ed. Nueva Delhi: B. Jain Publishers; 1991.
2. Hahnemann S. The Chronic Diseases. Nueva Delhi: B. Jain Publishers; 1983. Traducción: Dudgeon RG.
3. Burnett JC. Vaccinosis and its Cure by Thuya; with Remarks on Homeoprophylaxis. Calcuta: Roy Publishing House; 1976.
4. Bernard H. La reticulo-endotheliose chronique ou sycose. Angoulome: Editions Coquemard.
5. Bernard H. Doctrine Homeopathique. Angoulome: Editions Coquemard; 1966.
6. Selye H. The Physiology and Pathology of Exposure to Stress: A Treatise Based on the Concepts of the General-Adaptation-Syndrome and the Diseases of Adaptation. Montreal: Acta; 1950.
7. Husemann F, Wolff O. A imagem do homem como base da arte médica: patologia e terapêutica. São Paulo: Editora Resenha Universitária Ltda; 1978.
8. Brito GS, Spozatti MCC. Vacinação - Prevenção ou agressão... Onde fica o bom senso. En: Compêndio de Homeopatia, vol. III. São Paulo: Robe Editorial; 1997. p. 279-307.
9. Maffei WE. Os Fundamentos da Medicina, vol. 2. São Paulo: Artes Médicas; 1978. p. 430-485.
10. Von Pirquet C. Allergie. Berlín: Julius Springer; 1910.
11. Kay AB. Asthma and inflammation. J Allergy Clin Immunol. May 1991; 87(5): 893-910. Pubmed PMID: 2026843.

12. Ricci M, Rossi O, Bertoni M, Matucci A. The importance of Th-2-like cells in the pathogenesis of airway allergic inflammation. *Clin Exp Allergy*. May 1993; 23(5): 360-369. Pubmed PMID: 8334535.
13. Warner JA, Waarner JO. Early life events in allergic sensitisation. *Br Med Bull* 2000; 56: 883-893. Pubmed PMID: 11359626.
14. Strachan DP. Hay fever, hygiene, and household size. *BMJ*. 18 Nov 1989; 299 (6710): 1259-1260. PMCID: PMC1838109.
15. Herten LC. The hygiene hypothesis in the development of atopy and asthma--still a matter of controversy? *QJM*. Nov 1998; 91(11): 767-771. Pubmed PMID: 10024940.
16. Wold AE. The hygiene hypothesis revised: is the rising frequency of allergy due to changes in the intestinal flora? *Allergy*. 1998; 53(46 Suppl): 20-25. Pubmed PMID: 9825991.
17. Martinez FD, Holt PG. Role of microbial burden in aetiology of allergy and asthma. *Lancet*. Sep 1999; 354 Suppl 2: S112-15. Pubmed PMID: 10507253.
18. Kay AB. Overview of allergy and allergic diseases: with a view to the future. *Br Med Bull*. 2000; 56(4): 843-864. Pubmed PMID: 11359624.
19. Matricardi PM, Bonini S. High microbial turnover rate preventing atopy a solution to inconsistencies impinging on the hygiene hypothesis? *Clin Exp Allergy*. Nov 2000; 30(11): 1506-1510. Pubmed PMID: 11069557.
20. Von Hertzen LC. Puzzling associations between childhood infections and the later occurrence of asthma and atopy. *Ann Med*. Sep 2000; 32(6): 397-400. Pubmed PMID: 11028687.
21. Holt PG. Parasites, atopy, and the hygiene hypothesis: resolution of a paradox? *Lancet*. 18 Nov 2000; 356(9243): 1699-1701. doi: 10.1016/S0140-6736(00)03198-6. Pubmed PMID: 11095252.
22. Kay AB. Allergy and allergic diseases. First of two parts. *N Engl J Med*. 4 Ene 2001; 344(1): 30-37. doi: 10.1056/NEJM200101043440106. Pubmed PMID: 1136958.
23. Husby S. Sensitization and tolerance. *Curr Opin Allergy Clin Immunol*. Jun 2001; 1(3): 237-241. Pubmed PMID: 11964695.
24. Yazdanbakhsh M, van den Biggelaar A, Maizels RM. Th2 responses without atopy: immunoregulation in chronic helminth infections and reduced allergic disease. *Trends Immunol*. 2001; 22: 354-355. Pubmed PMID: 11429321.
25. Johnston SL. The protective effect of childhood infections: the next challenge is to mimic safely this protection against allergy and asthma. *BMJ*. 17 Feb 2001; 322(7283): 376-377. PMCID: PMC1119618.
26. Woodruff PG, Fahy JV. Asthma: prevalence, pathogenesis, and prospects for novel therapies. *JAMA*. 2001; 286(4): 395-398. Pubmed PMID: 11466111.
27. Matricardi PM. Prevalence of atopy and asthma in eastern versus western Europe: why the difference? *Ann Allergy Asthma Immunol*. Dic 2001; 87(6 Suppl 3): 24-27. Pubmed PMID: 11770679.
28. Matricardi PM, Ronchetti R. Are infections protecting from atopy? *Curr Opin Allergy Clin Immunol*. Oct 2001; 1(5): 413-419. Pubmed PMID: 11964721.
29. Martinez FD. The coming-of-age of the hygiene hypothesis. *Respir Res*. 2001; 2(3): 129-132. Pubmed PMID: 11686875. PMCID: PMC2002071.
30. Von Mutius E, Braun-Fahrlander C, Schierl R, Riedler J, Ehlermann S, Maisch S, Waser M, Nowak D. Exposure to endotoxin or other bacterial components might protect against the development of atopy. *Clin Exp Allergy*. Sep 2000; 30(9): 1230-1234. Pubmed PMID: 10971468.
31. Golding J. Immunizations. En: Butler N, Golding J (editores). *From Birth to Five. A Study of the Health and Behaviour of Britain's Five-Year-Olds*. Oxford: Pergamon; 1986. p. 295-319.
32. Alm JS, Lilja G, Pershagen G, Scheynius A. Early BCG vaccination and development of atopy. *Lancet*. 9 Ago 1997; 350(9075): 400-403. doi:10.1016/S0140-6736(97)02207-1. Pubmed PMID: 9259654.
33. Hopkin JM. Early life receipt of antibiotics and atopic disorder. *Clin Exp Allergy*. Jun 1999; 29(6): 733-734. Pubmed PMID: 10336585.
34. Mosmann TR, Coffman RL. TH1 and TH2 cells: different patterns of lymphokine secretion lead to different functional properties. *Annu Rev Immunol*. 1989; 7:145-173. doi: 10.1146/annurev.iy.07.040189.001045. Pubmed PMID: 2523712.
35. Del Prete G. Human Th1 and Th2 lymphocytes: their role in the pathophysiology of atopy. *Allergy*. Oct 1992; 47(5): 450-455. Pubmed PMID: 1485646.
36. Maggi E, Parronchi P, Manetti R, Simonelli C, Piccinni MP, Ruggi FS, De Carli M, Ricci M, Romagnani S. Reciprocal regulatory effects of IFN-gamma and IL-4 on the in vitro development of human Th1 and Th2 clones. *J Immunol*. 1 Abr 1992; 148(7): 2142-2147. Pubmed PMID: 1532000.
37. Romagnani S. Lymphokine production by human T cells in disease states. *Annu Rev Immunol*. 1994; 12: 227-257. doi: 10.1146/annurev.iy.12.040194.001303. Pubmed PMID: 8011282.
38. Martinez FD, Stern DA, Wright AL, Holberg CJ, Taussig LM, Halonen M. Association of interleukin-2 and interferon-gamma production by blood mononuclear cells in infancy with parental allergy skin tests and with subsequent development of atopy. *J Allergy Clin Immunol*. Nov 1995; 96(5 Pt 1): 652-660. Pubmed PMID: 7499682.
39. Murphy E, Shibuya K, Hosken N, Openshaw P, Maino V, Davis K, Murphy K, O'Garra A. Reversibility of T helper 1 and 2 populations is lost after long-term stimulation. *J Exp Med*. 1 Mar 1996; 183(3): 901-913. Pubmed PMID: 8642294. PMCID: PMC2192360.
40. Yabuhara A, Macaubas C, Prescott SL, Venaille TJ, Holt BJ, Habre W, Sly PD, Holt PG. TH2-polarized immunological memory to inhalant allergens in atopics is established during infancy and early childhood. *Clin Exp Allergy*. Nov 1997; 27(11): 1261-1269. Pubmed PMID: 9420129.

41. Lambrecht BN. The dendritic cell in allergic airway diseases: a new player to the game. *Clin Exp Allergy*. Feb 2001; 31(2): 206-218. Pubmed PMID: 11251622.
42. Romagnani S. T-cell responses in allergy and asthma. *Curr Opin Allergy Clin Immunol*. Feb 2001; 1(1): 73-78. Pubmed PMID: 11964673.
43. Oro AS, Guarino TJ, Driver R, Steinman L, Umetsu DT. Regulation of disease susceptibility: decreased prevalence of IgE-mediated allergic disease in patients with multiple sclerosis. *J Allergy Clin Immunol*. Jun 1996; 97(6): 1402-1408. Pubmed PMID: 8648038.
44. Tang L, Benjaponpitak S, DeKruyff RH, Umetsu DT. Reduced prevalence of allergic disease in patients with multiple sclerosis is associated with enhanced IL-12 production. *J Allergy Clin Immunol*. Sep 1998; 102(3): 428-435. Pubmed PMID: 9768584.
45. Verhoef CM, van Roon JA, Vianen ME, Bruijnzeel-Koomen CA, Lafeber FP, Bijlsma JW. Mutual antagonism of rheumatoid arthritis and hay fever; a role for type 1/type 2 T cell balance. *Ann Rheum Dis*. May 1998; 57(5): 275-280. Pubmed PMID: 9741310. PMCID: PMC1752592.
46. Romagnani S. The role of lymphocytes in allergic disease. *J Allergy Clin Immunol*. Mar 2000; 105(3): 399-408. doi: 10.1067/mai.2000.104575. Pubmed PMID: 10719286.
47. Romagnani S. T-cell subsets (Th1 versus Th2). *Ann Allergy Asthma Immunol* 2000; 85(1): 9-21. doi: 10.1016/S1081-1206(10)62426-X. Pubmed PMID: 10923599.
48. Gavett SH, O'Hearn DJ, Li X, Huang SK, Finkelman FD, Wills-Karp M. Interleukin 12 inhibits antigen-induced airway hyperresponsiveness, inflammation, and Th2 cytokine expression in mice. *J Exp Med*. 1995; 182(5): 1527-1536. Pubmed PMID: 7595222. PMCID: PMC2192202.
49. Umetsu DT, Gieni R, DeKruyff RH. Effects of IL-12 in memory CD4+ T lymphocyte responses. *Ann N Y Acad Sci*. 31 Oct 1996; 795: 88-99. Pubmed PMID: 8958920.
50. Hofstra C, Van Ark I, Hofman G, Kool M, Nijkamp FP, Van Oosterhout AJ. Prevention of Th2-like cell responses by coadministration of IL-12 and IL-18 is associated with inhibition of antigen-induced airway hyperresponsiveness, eosinophilia, and serum IgE levels. *J Immunol*. 1 Nov 1998; 161(9): 5054-5060. Pubmed PMID: 9794443.
51. Kalyoncu AF, Stalenheim G. Serum IgE levels and allergic spectra in immigrants to Sweden. *Allergy*. Ago 1992; 47(4 Pt 1): 277-280. Pubmed PMID: 1443445.
52. Serafini U. Do infections protect against asthma and atopy? *Allergy*. Sep 1997; 52(9): 955-957. doi: 10.1111/j.1398-9995.1997.tb01257.x Pubmed PMID: 9298182.
53. Campbell D, DeKruyff RH, Umetsu DT. Allergen immunotherapy: novel approaches in the management of allergic diseases and asthma. *Clin Immunol*. Dic 2000; 97(3): 193-202. doi: 10.1006/clim.2000.4926. Pubmed PMID: 11112358.
54. Horner AA, Van Uden JH, Zubeldia JM, Broide D, Raz E. DNA-based immunotherapeutics for the treatment of allergic disease. *Immunol Rev*. Feb 2001; 179: 102-118. Pubmed PMID: 11292014.
55. Farooqi IS, Hopkin JM. Early childhood infection and atopic disorder. *Thorax*. Nov 1998; 53(11): 927-932. Pubmed PMID: 10193389. PMCID: PMC1745117.
56. Illi S, von Mutius E, Lau S, Bergmann R, Niggemann B, Sommerfeld C, Wahn U. Early childhood infectious diseases and the development of asthma up to school age: a birth cohort study. *BMJ*. 17 Feb 2001; 322: 390-395. PMCID: PMC26566.
57. Droste JH, Wieringa MH, Weyler JJ, Nelen VJ, Vermeire PA, Van Bever HP. Does the use of antibiotics in early childhood increase the risk of asthma and allergic disease? *Clin Exp Allergy*. Nov 2000; 30(11): 1547-1553. Pubmed PMID: 11069562.
58. Matricardi PM, Rosmini F, Riondino S, Fortini M, Ferrigno L, Rapicetta M, Bonini S. Exposure to foodborne and orofecal microbes versus airborne viruses in relation to atopy and allergic asthma: epidemiological study. *BMJ*. 12 Feb 2000; 320(7232): 412-417. Pubmed PMID: 10669445. PMCID: PMC27285.
59. Brooks GD, Lemanske RF. Relation between house dust endotoxin exposure, type 1 T-cell development, and allergen sensitization in infants at high risk of asthma. *Pediatrics*. 2001; 108: 544-545.
60. Kalliomäki M, Salminen S, Arvilommi H, Kero P, Koskinen P, Isolauri E. Probiotics in primary prevention of atopic disease: a randomized placebo-controlled trial. *Lancet*. 7 Abr 2001; 357(9262): 1076-1079. doi:10.1016/S0140-6736(00)04259-8. Pubmed PMID: 11297958.
61. Vanderhoof JA. Probiotics in primary prevention of atopic disease: a randomized placebo-controlled trial. *J Pediatrics*. 2001; 139: 750.
62. Isolauri E. Probiotics in the prevention and treatment of allergic disease. *Pediatr Allergy Immunol*. 2001; 12 Suppl 14: 56-59. Pubmed PMID: 11380901.
63. McKinney PA, Okasha M, Parslow RC, Law GR, Gurney KA, Williams R, Bodansky HJ. Early social mixing and childhood Type 1 diabetes mellitus: a case-control study in Yorkshire, UK. *Diabet Med*. Mar 2000; 17(3): 236-242. Pubmed PMID: 10784230.
64. Gibbon C, Smith T, Egger P, Betts P, Phillips D. Early infection and subsequent insulin dependent diabetes. *Arch Dis Child*. Nov 1997; 77(5): 384-385. Pubmed PMID: 9487955.
65. Rouse BT, Gierynska M. Immunity to herpes simplex virus: a hypothesis. *Herpes*. Mar 2001; 8 Suppl 1: 2A-5A. Pubmed PMID: 11867027.
66. Morris J, Barker DJ, Nelson M. Diet, infection and acute appendicitis in Britain and Ireland. *J Epidem Commun Health*. Mar 1987; 41(1): 44-49. Pubmed PMID: 3668458. PMCID: PMC1052575.
67. Walker AR, Segal I. What causes appendicitis? *J Clin Gastroenterol*. Abr 1990; 12(2): 127-129. Pubmed PMID: 2157745.

68. Smith MA, Simon R, Strickler HD, McQuillan G, Ries LA, Linnet MS. Evidence that childhood acute lymphoblastic leukemia is associated with an infectious agent linked to hygiene conditions. *Cancer Causes Control* 1998; 9: 237-239.
69. Reilly DT, Taylor MA. Potent placebo or potency? A proposed study model with initial findings using homeopathically prepared pollens in hay fever. *BMJ*. 1985; 74: 65-75.
70. Teixeira MZ. Protocolo para pesquisa clínica em homeopatia: aspectos fundamentais. *Diagnóstico Tratamento*. 2001; 6: 11-18.
71. Reilly DT, Taylor MA. *Op cit*.
72. Reilly DT, Taylor MA, McSharry C, Aitchison T. Is homeopathy a placebo response? Controlled trial of homeopathic potency, with pollen in hayfever as model. *Lancet*. 18 Oct 1986; 2(8512): 881-886. Pubmed PMID: 2876326.
73. Reilly DT, Taylor MA, Beattie NG, Campbell JH, McSharry C, Aitchison TC, Carter R, Stevenson RD. Is evidence for homeopathy reproducible? *Lancet*. 10 Dic 1994; 344(8937): 1601-1606. Pubmed PMID: 7983994.
74. Reilly DT, Taylor MA, McSharry C, Llewellyn-Jones RH, Aitchison TC. Randomised controlled trial of homeopathy versus placebo in perennial allergic rhinitis with overview of four trial series. *BMJ*. 19-26 Ago 2000; 321(7259): 471-476. Pubmed PMID: 10948025. PMCID: PMC27460.
75. Fisher P. Enough nonsense on immunization (editorial). *Br Hom J*. Oct 1990; 79(4): 198-200. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0007-0785\(05\)80451-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0007-0785(05)80451-X).
76. English JM. The rights and wrongs of measles vaccination. *Jul 1995; 84(3): 156-163*. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0007-0785\(05\)80068-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0007-0785(05)80068-7).
77. Farooqi IS, Hopkin JM. *Op cit*.
78. Illi S, von Mutius E, Lau S, Bergmann R, Niggemann B, Sommerfeld C, Wahn U. *Op cit*.
79. Droste JH, Wieringa MH, Weyler JJ, Nelen VJ, Vermeire PA, Van Bever HP. *Op cit*.
80. Matricardi PM, Rosmini F, Riondino S, Fortini M, Ferrigno L, Rapicetta M, Bonini S. *Op cit*.
81. Brooks GD, Lemanske RF. *Op cit*.
82. Kalliomäki M, Salminen S, Arvilommi H, Kero P, Koskinen P, Isolauri E. *Op cit*.
83. Vanderhoof JA. *Op cit*.
84. Isolauri E. *Op cit*.
85. McKinney PA, Okasha M, Parslow RC, Law GR, Gurney KA, Williams R, Bodansky HJ. *Op cit*.
86. Gibbon C, Smith T, Egger P, Betts P, Phillips D. *Op cit*.

Caso clínico

Riñón Poliquistico y Ureterocele Tratados con Homeopatía y Cirugía

*Yolanda Castro Pérez

PALABRAS CLAVE:

Riñón poliquistico,
Ureterocele,
Malformaciones renales,
Homeopatía.

Resumen

Las malformaciones renales son las segundas más frecuentes después de las neurológicas. El diagnóstico oportuno de dicha condición se basa en el ultrasonido obstétrico durante el control prenatal. Sin embargo, el problema que se presenta con las malformaciones renales es que frecuentemente están aunadas a malformaciones urinarias y daños neurológicos incompatibles con la vida. No hay un tratamiento in útero, de allí que en ocasiones sea necesario interrumpir el embarazo.

En el caso clínico presentado a continuación, el diagnóstico se realizó en la semana 26 por ultrasonido obstétrico, reportando displasia quística renal y probable ureterocele. Lo que aporta este caso, y que se confirmó con la cirugía y el estudio de patología, es la presencia de quistes en el polo superior del riñón izquierdo, doble sistema colector (hallazgo de cirugía) y megaureterocele. Dichas condiciones provocan Insuficiencia Renal Crónica (IRC) e hipertensión arterial en el producto, provocándole la muerte in útero. Si nace vivo, entonces muere a los pocos días por las causas anteriormente mencionadas. Son productos que nacen con peso y talla baja, con malformaciones neurológicas a nivel de columna y cerebro, y con quistes en otros órganos (algo que no se presentó en esta paciente). La Homeopatía fue el único tratamiento que se siguió durante el embarazo, y los resultados fueron extraordinarios. El producto nace vivo, con peso y talla normal alta, sin ningún otro daño o malformación.

Abstract

Renal malformations are the second most common after the neurological malformations. Early diagnosis of this condition is based on obstetrical ultrasound during the prenatal control. However, the problema that occurs with kidney malformations is that they are often coupled with urinary malformations and

*Médico Cirujano por la Universidad Veracruzana, Zona Xalapa, Veracruz, México. Especialidad en Terapéutica Homeopática, opción Médicos Generales, Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía del Instituto Politécnico Nacional. Miembro Fundador del Colegio de Médicos Cirujanos y Parteros del Estado de Veracruz – Llave "Dr. Samuel Hahne-mann", A.C.

Recibido: mayo, 2016. Aceptado: junio, 2016

KEYWORDS:

Polycystic kidney, Utererocele, Kidney malformations, Homeopathy.

neurological damage incompatible with life. There is no treatment in the uterous, hence sometimes necessary to terminate the pregnancy.

In the clinical case presented the diagnosis was made at week 26 by the obstetrical ultrasound, reporting cystic renal displasia and likely uterocele. What brings this case, and which was confirmed by surgery and the pathology study is the presence of cysts in the upper pole of the left kidney, double collecting system (finding surgery) and megaureterocele. These conditions cause chronic renal failure (CRF) and hypertension in the product, causing death in uterous. If born alive, then he dies within a few days for the above causes. These are products that are born with low weight and size, level with neurlogical spine and brain malformations, and with cysts in other organs (which was not presented in this present). Homeopathy was the only treatment that was followed during pregnancy, and the results were extraordinary. The product is born alive, with high normal weight and size, no other damage or malformation.

El desarrollo embrionario fetal es un proceso altamente complicado y debe darse en condiciones normales para asegurar la salud del individuo. Existen, sin embargo, múltiples factores que pueden alterar el desarrollo normal del mismo. De todas las malformaciones fetales, las anomalías renales ocupan el segundo lugar después de las de tipo neurológico y están presentes en 1:500 embarazos; la ganancia que se tiene es que se pueden diagnosticar en el segundo trimestre con un estudio de ultrasonido^{1,2}. En la actualidad, estas enfermedades no tienen tratamiento durante el periodo de gestación, dando como resultado la muerte del recién nacido (RN) a las pocas horas del nacimiento a consecuencia de la IRC. Si nacen vivos, su periodo de vida es corto (aproximadamente 1 año). Sólo algunas de ellas se pueden resolverse con cirugía; sin embargo se valora cada caso, debido a que son productos que nacen con múltiples malformaciones no compatibles con la vida.

El riñón poliquístico es, como lo explica su etimología, una malformación en la que existen múltiples quistes entre un tejido renal de morfología normal, o bien, un conglomerado quístico rodeado de una capa externa lobulada y sin evidencia de tejido normal. El mecanismo de producción de estas formaciones quísticas parece estar vinculado al aislamiento de las vesículas metanéfricas. Las vesículas se vacuolizan y filtran pero no poseen conexión externa. Es así que el filtrado dilata la vesícula y ésta permanece como un quiste^{3,4}. Se trata de una de las enfermedades hereditarias más frecuentes en el mundo, a tal grado que afecta a más de 12.5 millones de per-

sonas (principalmente de raza blanca y del género femenino)^{5,6}.

Por su parte, el ureterocele es una dilatación quística de la parte terminal del uréter, que se ubica dentro de la vejiga, de la uretra, o de ambas. Su incidencia en material de autopsia es de 1:500; afecta más al sexo femenino en una relación de 6:1.

El diagnóstico se hace por medio de ultrasonografía, estudio que ha facilitado el diagnóstico temprano a mujeres gestantes. También se pueden utilizar los análisis genéticos para descartar otras malformaciones conjuntas a éste diagnóstico^{7,8}.

No existe una cura definitiva del riñón poliquístico, por lo que el tratamiento está dirigido a la prevención de complicaciones, y si es posible, a retrasar la progresión de la IRC y prolongar la vida^{9,10}. El tratamiento para el ureterocele es quirúrgico.

El caso clínico se presenta en dos etapas: la primera, a partir de la semana 26 de gestación, donde se hizo el hallazgo de la malformación renal del producto, fase en la que se describen los antecedentes de la madre y la evolución in útero con los estudios de ultrasonido, cuadro clínico y tratamiento. La segunda parte inició con el nacimiento y se prolongó hasta los seis años de edad de la paciente, con la descripción y evolución de los estudios de radiología, la cirugía realizada y el estudio de patología, así como el cuadro clínico y el tratamiento.

Análisis de caso clínico, primera etapa:

Paciente femenina de 39 años de edad, originaria y residente de Xalapa, Veracruz (México). Soltera. Ocupación actual: médico.

Antecedentes heredo familiares:

Padre finado de 59 años de edad por cáncer de próstata; madre viva de 72 años de edad con artrosis e insuficiencia venosa periférica; abuela materna finada a los 53 años de edad por complicaciones de DM II; tío materno finado a los 73 años de edad por DM II; tía materna viva con DM II, HTA, obesidad y antecedente de cáncer mamario; hermana viva con antecedente de cáncer mamario.

Antecedentes personales no patológicos: Vive en casa propia, en condiciones adecuadas para habitar. Alimentación conveniente en cantidad y calidad; se ejercita entre 2 y 3 horas a la semana. Alcoholismo, tabaquismo y toxicomanías negados.

Antecedentes gineco-obstétricos: Menarca a los 15 años de edad, ciclos menstruales de 5 por 22 días. FUM 12 mayo 2007. IVSA a los 23 años de edad Gesta 1, Para 0, Cesárea 0, Aborto espontáneo por embarazo anembriónico (febrero 2006). DOC control normal (2006). Anticonceptivo preservativo.

Antecedentes personales patológicos: Enfermedades propias de la infancia: varicela, parotiditis. Quirúrgicos: rinoplastia, cirugía láser para miopía. Alérgicos al polvo. Rinitis alérgica y asma bronquial hasta la adolescencia.

Padecimiento actual: Llega a consulta con prueba de fracción beta positiva, con fecha de última menstruación del 12 de mayo del 2007. Con resultado de dos ultrasonidos obstétricos, el primero con fecha de 20 de julio del 2007, reporta embarazo de 11 semanas de gestación, producto reactivo y bien conformado, placenta grado 0 corporal y posterior (imagen 1).

El segundo, con fecha de 8 de noviembre del 2007 (imagen 2), reporta circunferencia abdominal en mayor relación con las demás medidas del

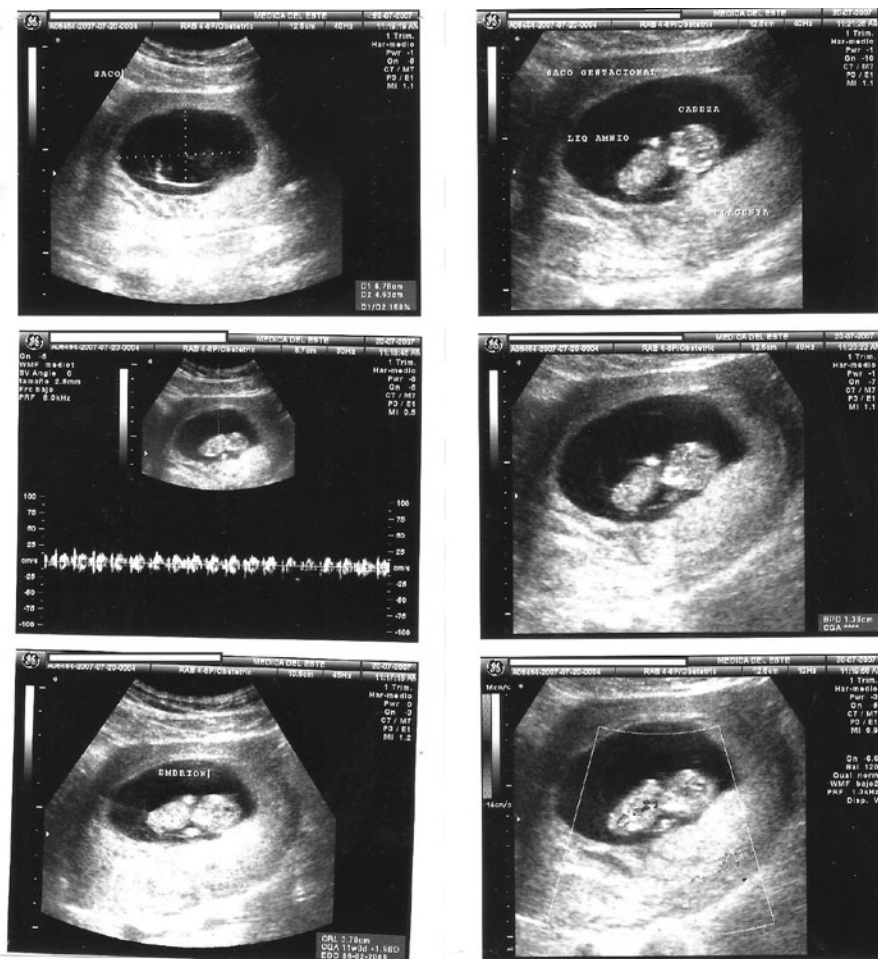


Imagen 1.

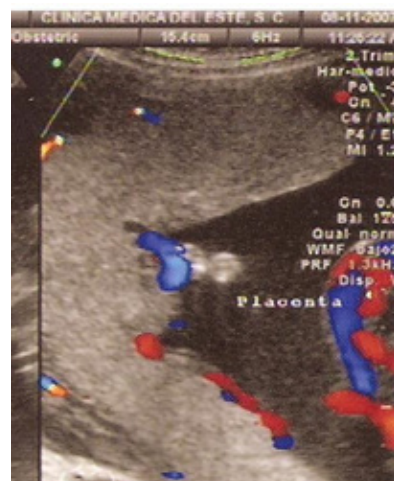


Imagen 2.

producto, —dato compatible con malformación renal (imagen 3).

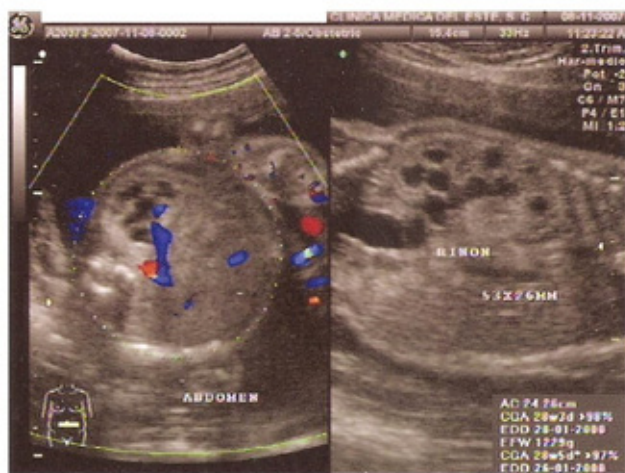


Imagen 3.

Escasos grumos brillantes en líquido amniótico, con producto de 26 semanas de gestación, en situación transversa, peso aproximado de 1225 gr, con riñón izquierdo aumentado de tamaño, con incremento en su ecogenicidad, quistes pequeños y dilatación de uretero (imagen 4), se considera la posibilidad de displasia quística renal y uropatía obstructiva secundaria a ureteroceles, placenta fúndica grado I.



Imagen 4.

Obstetricia opina que se continuara con la evolución del embarazo y no es necesario realizar pruebas genéticas. Se recomienda, asimismo, que al nacimiento del producto se normará la conducta a seguir.

La paciente acude a consulta con llanto fácil, confundida, triste, temor al futuro, pero con la esperanza de que la Homeopatía pueda a ofrecerle una oportunidad para ella y su bebé. Se inicia con Ignatia amara dosis 200CH gotas. Tomar 2 gotas, cada 12 horas, durante 4 semanas.

Segunda consulta: La paciente continuó con control prenatal del embarazo, dieta abundante en frutas y verduras. Rechazaba las grasas, pasteles y helados, alimentos que normalmente buscaba mucho. Realizaba ejercicio 1 hora diaria entre caminata y yoga. No toleró ningún complemento alimenticio recetado por el ginecólogo, (ácido fólico y calcio).

Se continuó con ultrasonidos de control cada mes. El tercer ultrasonido, de fecha 6 de diciembre del 2007, muestra los siguientes datos de interés: el abdomen con diafragma y pared íntegra (imagen 5), presencia de asimetría renal, con ectasia de sistemas colectores y uretero prominente del lado izquierdo. De la misma manera, la vejiga repleta con la presencia de una (imagen 6) imagen quística en el interior que varía de tamaño en los diferentes momentos de la exploración y que sugiere ureteroceles, placenta corporal posterior grado II de maduración sin aparentes patologías asociadas, líquido amniótico cuantitativa y cualitativamente normales. Sin embargo, en conclusiones comenta que hay nefromegalia ipsilateral secundaria a hidronefrosis, sin imágenes que sugieran displasia quística. Flujometría Doppler conservada.

Se receta *Lycopodium clavatum* 200CH gotas. Tomar 2 gotas cada 12 hrs., diariamente durante 4 semanas.



Imagen 5.



Imagen 6.

Tercera consulta: La paciente llega más tranquila, sin embargo tiene altibajos, su ultrasonido con fecha de 14 de enero del 2008 reporta embarazo de aproximadamente 36.0 semanas de gestación, con perfil biofísico ultrasonográfico 8 de 8 (tono muscular, respuesta cardíaca, movimientos respira-

torios y líquido amniótico) y flujometría conservada, la exploración física (imagen 7) con riñón izquierdo aumentado de tamaño, uretero prominente e imagen que sugiere ureterocele. Se presenta en la última quincena antes de nacer el producto con urticaria del embarazo y es tratada con *Phosphorus* 30CH gotas, 2 gotas diluidas en 500 ml de agua e ingerir paulatinamente todos los días hasta la fecha de la cesárea.



Imagen 7.

No. de consulta	Semanas de embarazo	Síntomas	Datos de Ultrasonido	Prescripción
Primera	27	Llanto fácil, confundida, triste, miedo al futuro.	Circunferencia abdominal mayor, escasos grumos brillantes, riñón izquierdo aumentado de tamaño.	<i>Ignatia amara</i> 200CH gotas. 2 gts cada 8 hrs por 4 semanas. Diariamente.
Segunda	31	Deseo de frutas y verduras; aversión a grasas, pasteles, helados e intolerancia a complementos alimenticios.	Ectasia de sistemas colectores.	<i>Lycopodium clavatum</i> 200CH gotas. 2 gts cada 8 hrs por 4 semanas. Diariamente.
Tercera	37	Urticaria piel pruriginosa, hiperémica, mejora con el baño caliente.	Riñón izquierdo aumentado de tamaño.	<i>Phosphorus</i> 30CH gotas. 2 gts cada 8 hrs por 4 semanas. Diariamente.

Tabla 1. Resumen del tratamiento homeopático durante la gestación.

Análisis de caso clínico, segunda etapa:

Primera consulta de la RN: Nace producto femenino (febrero del 2008), de término con peso de 3, 700 kg, con talla de 53 cm y PC de 35 cm. APGAR 9/10 y Silverman 0/0. La exploración física normal. Obtenido por cesárea sin complicaciones. Se practicó tamiz metabólico de 6 elementos con resultados dentro de los límites normales (27 de febrero del 2008).

La paciente presentó datos clínicos de infección de vías urinarias en una sola ocasión, patología frecuente que se genera en las malformaciones renales. Se efectuaron los estudios de radiología y de laboratorio (exámenes preoperatorios) a la paciente entre febrero y julio del 2008, mes, éste último, en el que se realizó la cirugía.

El ultrasonido renal y vesical con fecha de 21 de febrero presentó datos compatibles con ureterocele izquierdo, así como cambios relacionados con uretero prominente del mismo lado. Se reportó tamaño de los riñones derecho de 48x25 mm sin alteraciones aparentes; el riñón izquierdo (imagen 8) es de 44x24 mm en los ejes mayores.



Imagen 8.

Cuadro clínico: Ingiere leche materna y fórmula, friolenta, transpiración abundante con olor a jocoque, diuresis normal, piel sensible.

Tratamiento: *Calcarea carbonica* 30CH gotas. Tomar 2 gotas cada 8 horas, diariamente durante 4 semanas.

Segunda consulta. Cuadro clínico: Transpiración profusa y abundante que agrava en la noche, orina con sedimento fuerte y espeso.

Tratamiento: *Mercurius vivus* 6CH gotas. Tomar 2 gotas cada 8 horas, diariamente durante 1 semana.

Tercera consulta. Cuadro clínico: bebé dócil, tranquila, estable.

Tratamiento: *Pulsatilla nigricans* 30CH gotas. Tomar 2 gotas cada 8 horas, diariamente durante dos meses.

Se realizó ultrasonido renal y vesical el 5 de mayo de 2008 que reportó riñones sin aparentes cambios. En el lado izquierdo (imagen 9) se encontró uretero prominente y con detritus en el interior hacia el hueco pélvico. Imagen compatible con ureterocele. Riñón derecho de 50x19 mm y el lado izquierdo de 43x23 mm en los ejes mayores.



Imagen 9.

El 12 de mayo de 2008 se realizó urografía excretora donde se reportó con adecuada fase nefrográfica (imagen 10), con dilatación ureteral izquierda y en fase vesical con defecto de llenado.

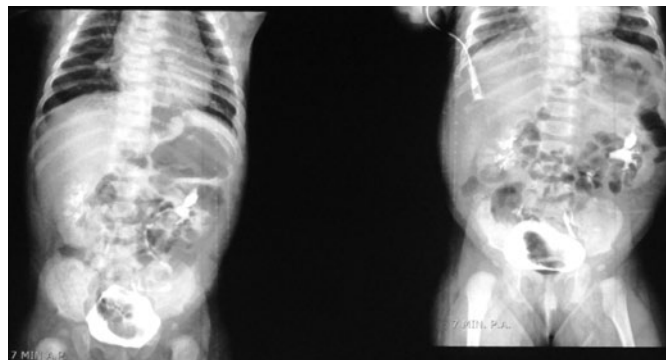


Imagen 10.

El uretrocistograma miccional con vejiga de adecuada capacidad (imágenes 11 y 12), defecto de llenado en lado izquierdo que sugiere ureterocele izquierdo sin reflujo vesicoureteral.

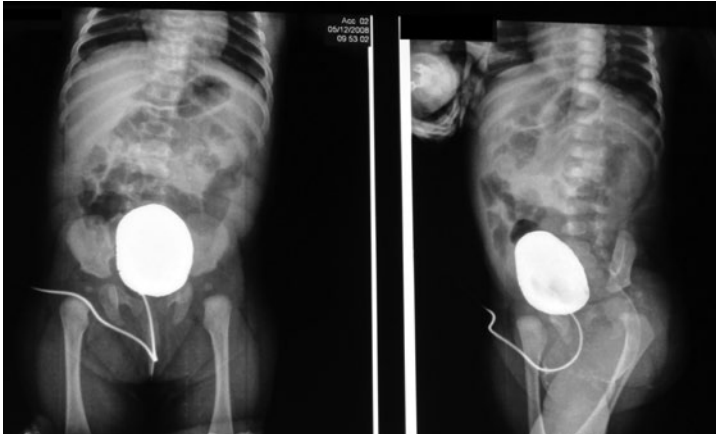


Imagen 11.



Imagen 12.

Los estudios de laboratorio que se practicaron: biometría hemática completa, química sanguínea de 3 elementos y tiempos de coagulación con datos normales. Los exámenes generales de orina, normales, urocultivo negativo (7 de junio del 2008).

Cuarta consulta. Se dio tratamiento homeopático tres días antes de la cirugía:

- *Belladonna atropa* 200CH gotas. Tomar 2 gotas, cada 8 horas, durante 3 días anteriores a la intervención; 3 días después de la cirugía se suspende.
- *Staphysagria* 30CH gotas. Tomar 2 gotas, cada 8 horas, 3 días antes de la intervención. Posterior-

mente se queda con la misma posología, diariamente durante 4 semanas más.

El día 8 de julio de 2008 se realizó la intervención quirúrgica donde se encontró megaureterocele heterotópico izquierdo, con evidencia de doble sistema colector completo.

Se practicó pielografía ascendente y se descubrió megauretero izquierdo, así como múltiples lesiones quísticas en el polo superior del riñón izquierdo, por lo que se decidió practicar heminefrectomía de polo superior izquierdo con resección de megauretero vía retroperitoneal.

Se envió a patología dos muestras: la primera, ureterocele ortotópica; la segunda, doble sistema colector con probable polo superior displásico y megaureter. Con fecha del 16 de julio de 2008 se reporta:

- 1) Displasia renal segmentaria en polo superior y megaureter de riñón izquierdo.
- 2) Producto de resección de ureterocele con proceso inflamatorio crónico histológicamente inespecífico.

Con este reporte se confirma el diagnóstico y hay hallazgos quirúrgicos que no se reportaban en los estudios de radiología previos (doble sistema colector).

La paciente fue tratada con Homeopatía desde el embarazo, el nacimiento y durante todo su desarrollo; incluyendo los días que se realizaron estudio de radiología con medios de contraste y la cirugía. No se aplicaron vacunas de ningún tipo.

Quinta consulta: Se realizó ultrasonido renal y vesical un mes después de la cirugía (20 agosto 2008). Se encontró asimetría renal, sin datos que sugieran lesiones ocupantes o dilatación de los sistemas pielocaliciales; se observó el riñón izquierdo más pequeño (imagen 13), debido a la intervención quirúrgica; en tanto, el riñón residual presentó morfología conservada y contornos regulares.

Cuadro clínico: Deseo de leche, transpiración abundante en cabeza con olor a jocoque, friolenta, orina albuminosa, adenopatías inguinales.

Tratamiento: *Calcarea carbonica* 30CH gotas. Se prescribió 2 gotas del medicamento, cada 8 horas, diariamente durante 4 semanas.



Imagen 13.

Sexta consulta: transcurridos 18 meses de edad se realizan ultrasonidos renal y vesical de control, el día 19 de agosto del 2009. Se reportó que el riñón del lado derecho (imagen 14) medía 73x31x35 mm en los ejes mayores, mientras que el riñón izquierdo (imagen 15) tenía unas dimensiones de 58x41 mm en los ejes mayores. El resto de las estructuras, sin alteraciones aparentes.



Imagen 14.

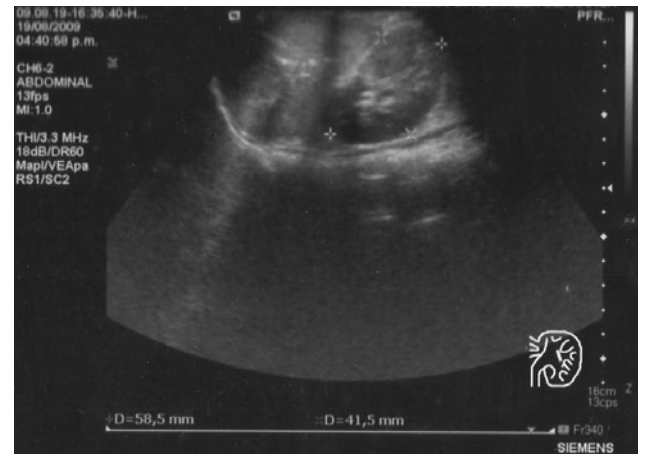


Imagen 15.

Cuadro clínico: Carácter dócil, apacible, distensión después de comer.

Tratamiento: *Pulsatilla nigricans* 200CH gotas. Tomar 2 gotas, cada 8 horas, diariamente durante 4 semanas.

Séptima consulta: Se realizó un nuevo estudio de ultrasonido a la edad de 2 años 8 meses (8 de octubre del 2010), el cual reportó (imágenes 16 y 17) riñón derecho de 8.32x3.77 cm sin alteraciones estructurales con doppler; vascularidad hiliar, central y periférica normal. El riñón izquierdo (imágenes 18 y 19), con 6.13x3.40 cm y cierto grado de mal rotación de su eje longitudinal. Vascularidad hiliar normal. Sospecha de dilatación discreta del segmento distal del uretero izquierdo. Tamaño de los riñones: normal.



Imagen 16.

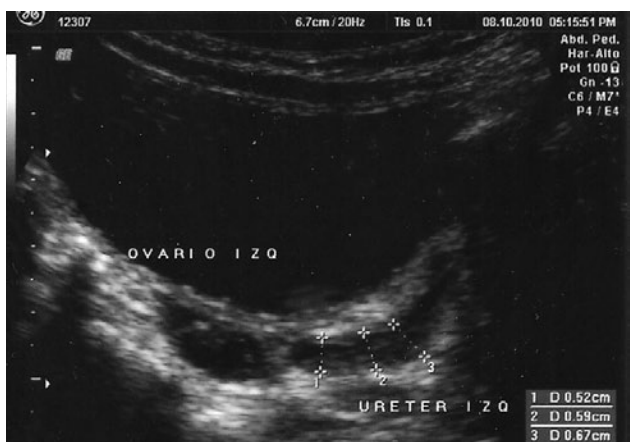


Imagen 17.

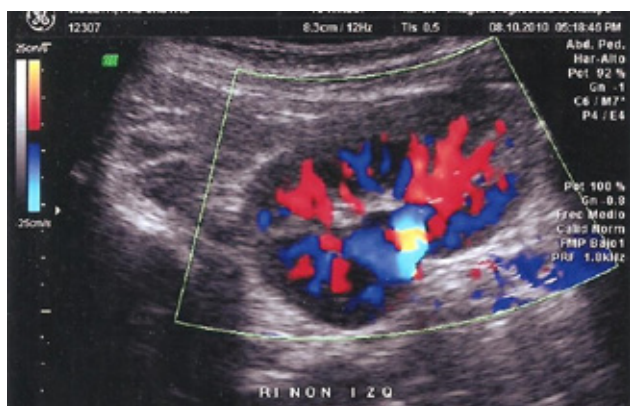


Imagen 18.



Imagen 19.

Es importante mencionar que el ultrasonido anterior nos reportó que el tamaño de los riñones es normal para la edad de la paciente, un dato sobresaliente porque, hay que recordar, sufrió la extirpación del polo superior del riñón izquierdo (1/3 parte), y ello supondría que debiera tener medidas más pequeñas. La regeneración de las células renales es lenta (imágenes 5, 9, 10), sin embargo en este caso el riñón izquierdo alcanza sus medidas normales a

los 2 años 3 meses de la cirugía. También hay que mencionar que la flujometría del riñón se altera cuando hay una cicatriz por intervención quirúrgica, dato que no se reporta en ninguno de los ultrasonidos y se comprueba con las imágenes de los estudios.

Cuadro clínico: leve hinchazón edematosa en párpados superiores y cara, la piel de la cara levemente amarilla terrosa, tos productiva nocturna; la despierta. Distensión abdominal, presión leve en vejiga antes de orinar.

Tratamiento: *Kali carbonicum* 30CH gotas. Tomar 2 gotas, cada 8 horas, diariamente durante 4 semanas.

Octava consulta: Al cumplirse 4 años, 4 meses de edad. El 1 de junio del 2012 se practicó un ultrasonido. Se observó el riñón derecho (imagen 20) con características normales; el izquierdo (imagen 21) de 6.25x3.37 cm, con discreta ectasia de cálices del polo superior (imagen 22), sin modificaciones de su índice cortico medular. Uretero izquierdo en su segmento distal, levemente dilatado, de 0.92 cm de calibre.

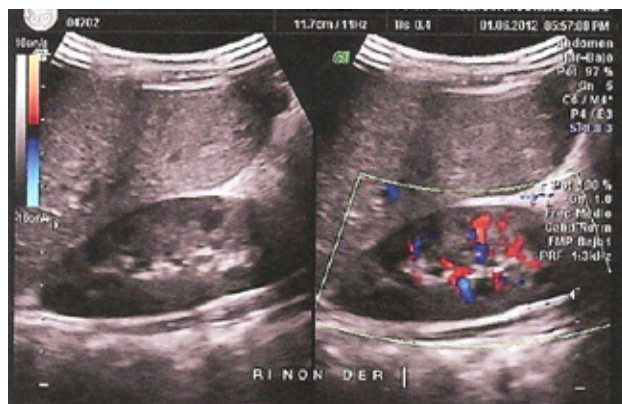


Imagen 20.



Imagen 21.



Imagen 22.

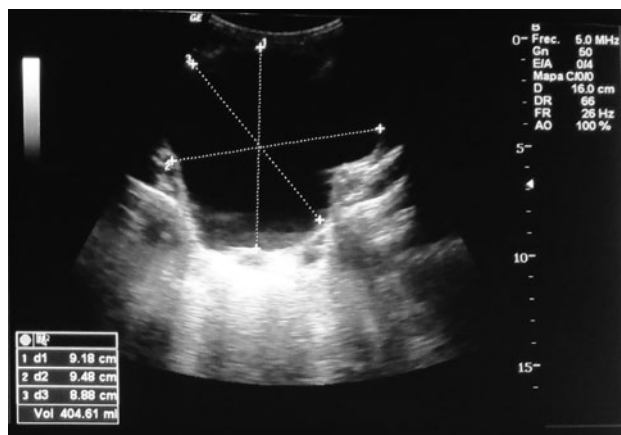


Imagen 23.

Cuadro clínico: Le gusta poseer, coleccionar, aversión a bañarse, flatos abundantes agrava al anochecer, urgente deseo de orinar al levantarse.

Tratamiento: *Sulphur* 30CH gotas. Tomar 2 gotas, cada 8 horas, diariamente durante 8 semanas.

Novena consulta: Al cumplir seis años de edad (9 de mayo del 2014), se constató mediante ultrasonido que el riñón izquierdo mostró su eje mayor en el plano transversal (imagen 23), midiendo 6.5x5.0x2.9cm; por su parte, el riñón derecho midió 8.1x4.7x3.4 cm. Ambos parénquimas renales fueron homogéneos, con adecuada vascularidad. No se identificó dilatación de los sistemas colectores. Se encontró que la vejiga (imagen 24) estaba distendida fisiológicamente por orina; sus contornos son regulares, no se identificaron alteraciones de su pared y su contenido era anecoico.



Imagen 24.

Se practicó una uretrocistografía (el 26 de septiembre del 2014), que mostró lo siguiente (imagen 25): vejiga que rebasaba la excavación pélvica; durante el llenado, no hubo reflujo vesico-ureteral. Durante la micción se observó reflujo vesico-ureteral del lado izquierdo, que aunque aparentemente se localizó aproximadamente a nivel del tercio medio del abdomen, se pudo ver un llenado mínimo de la pelvicilla pudiéndose considerar ya un reflujo vesico-ureteral grado III. La micción fue incompleta; después se levantó a la paciente para una segunda micción y ya no quedó material de contraste, ni en el riñón ni en el uretero.

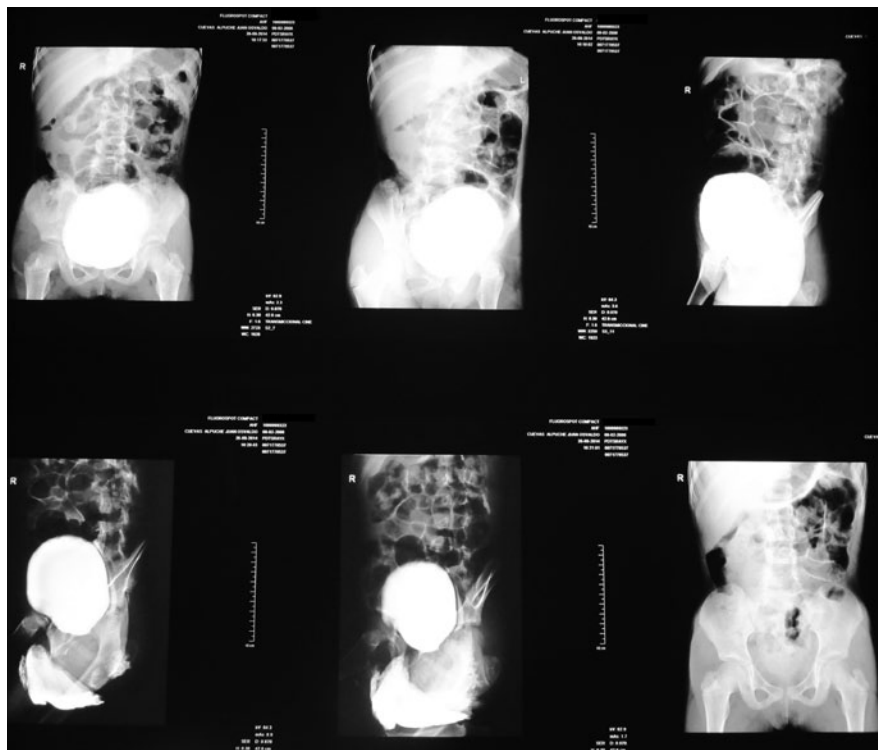


Imagen 25.

Cuadro clínico: timidez ocasional, sobre todo en público, deseo de pan, agrava por el frío al despertarse por la mañana, ausencia de deseo de orinar, aún con la vejiga distendida, hace esfuerzo para orinar.

Tratamiento: 1. *Silicea terra* 30CH gotas. Tomar 2 gotas cada 8 horas diariamente durante 12 semanas. 2. *Causticum* 6 CH gotas. Tomar 2 gotas cada 8 horas diariamente durante 12 semanas.

Conclusiones:

La paciente presentó un desarrollo normal en su vida intrauterina, durante el nacimiento y hasta la edad actual. Ello, junto con un crecimiento y función normal del riñón sin presentar secuelas de la cirugía. El diagnóstico de riñón poliquístico, realizado durante el segundo trimestre del embarazo a través del ultrasonido, se comprobó durante la cirugía y el estudio de patología.

Cabe recordar que la evolución de una malformación genética no se detiene. Se esperaba, entonces, que todo el riñón estuviera repleto de quistes pero sólo estaban presentes en el polo superior del riñón izquierdo, presentando también doble sistema colector (hallazgo quirúrgico) y mega ureterocele, datos que nos lleva a confirmar que era una malformación de gran magnitud y que en la vida intrauterina hubiera presentado IRC.

Lo interesante de este caso es que la paciente no presentó otros síntomas ni otras malformaciones de acuerdo con el diagnóstico fetal que se tenía; a pesar de que se extirpó durante la cirugía el polo superior del riñón izquierdo, en la actualidad este órgano se encuentra en tamaño, forma y función normal para la edad de la paciente, algo que no se esperaba que pasara. La opinión de los urólogos pediatras y radiólogos que se consultaron es que pareciera que el riñón sólo está un poco rotado y que tiene una evolución favorable.

El tratamiento con Homeopatía se decidió a partir de los síntomas mentales y tomando en cuenta su

acción a nivel renal y de vías urinarias; sólo en dos ocasiones se manejó en base a los síntomas particulares. En mi experiencia, manejo uno o dos medicamentos homeopáticos, con dosis mínima, debido a que obtengo resultados favorables con un mínimo de estímulo. En casos de embarazo de alto riesgo es importante el acompañamiento constante durante todo el proceso, así como el apoyo y la comunicación del equipo de especialistas requeridos para cada situación.

REFERENCIAS

- Hernández Rodríguez M. *Pediatría*. Madrid: Editorial Díaz de Santos; 1994.
- Sanfield Espinoza R, Díaz Novo JM, Sánchez Hidalgo MR, González Pompa I, Álvarez Sadín I, Noguera Garcés C. Diagnóstico ultrasonográfico de afecciones renales fetales. Hospital Carlos M. de Céspedes. 2001-2002 [internet]. Bayamo, Cuba; cc May 2006 [citado 6 Abr 2016]. Disponible en: www.monografias.com/trabajos32/ultrasonido-renal-fetal/sntml.
- Palomero G, Vázquez MT, Vega JA, Naves FJ, Rodríguez C. *Lecciones de embriología*. Oviedo: Servicio de publicaciones, Universidad de Oviedo; 1998.
- Hübner Guzmán ME, Ramírez Fernández R, Nazer Herrera J. *Malformaciones congénitas, diagnóstico y manejo neonatal*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria; 2005.
- Ibid.*
- Sanfield Espinoza R, Díaz Novo JM, Sánchez Hidalgo MR, González Pompa I, Álvarez Sadín I, Noguera Garcés C. *Op cit.*
- Álvarez D, Rodríguez M, Olaya M, González V. Enfermedad renal quística: revisión de la literatura. *Revista Urología Colombiana*. 2013; 22(2): 29-36.
- Escribano Patiño G. *Malformaciones congénitas del aparato urinario y genital masculino* [internet]. Madrid: Instituto de Urología y Suelo Pélvico Doctor G. Escribano; cc 19 Mar 2004 [citado 8 Abr 2016]. Disponible en: [http://www.urologiaysuelopelvico.com/escribano/escribano.nsf/83528a3eeb470eebc12570fc0032005c/0c035b07d0b79dc6c1257220003cd3df/\\$FILE/MalformacionesUro.pdf](http://www.urologiaysuelopelvico.com/escribano/escribano.nsf/83528a3eeb470eebc12570fc0032005c/0c035b07d0b79dc6c1257220003cd3df/$FILE/MalformacionesUro.pdf)
- Flaquer M, Romagnanib P, Cruzadoc JM. Factores de crecimiento y regeneración renal. *Nefrología*. 2010; 30: 385-393. doi: 10.3265/Nefrologia.pre2010.Jun.10463.
- Infogen. *Enfermedad renal poliquística, quistes en el riñón* [internet]. Naucalpan, Estado de México: Infogen; 19 Ago 2013 [citado 8 Abr 2016]. Disponible en: <http://infogen.org.mx/enfermedad-renal-poliquistica-quistes-en-el-rinon/>

Artículo de revisión

*Autismo y Homeopatía

**Guillermo Parás García

Resumen

La Organización Mundial de la Salud define a los trastornos del espectro autista como un grupo de condiciones neurológicas y de desarrollo que ocasionan dificultades en la comunicación y la interacción social, así como un repertorio restringido y repetitivo de intereses y actividades. Dicho organismo estima que, a nivel mundial, un niño de cada 160 se ve afectado por este problema.

En esta conferencia se describe el patrón evolutivo que puede anteceder al diagnóstico del autismo regresivo (en el que el niño pierde el lenguaje y las habilidades sociales que había alcanzado), y en el que se involucran múltiples factores: suspensión de la lactancia, recurrentes enfermedades respiratorias y gastrointestinales, otitis de repetición, manifestaciones alérgicas, uso frecuente de antibióticos, antipiréticos, esteroides, antileucotrienos y broncodilatadores, y aplicación de la vacuna triple viral (SPR o MMR).

Por último, se sugieren medidas para la prevención y el tratamiento de esta condición, como el reconocimiento y el seguimiento de los pacientes pediátricos con mayor riesgo de desarrollar autismo regresivo, el fomento de la lactancia materna, el retiro de los alimentos que aportan gluten y la prescripción de medicamentos homeopáticos para favorecer al sistema inmunológico del niño, aún en formación.

Abstract

The World Health Organization defines autism spectrum disorders as a group of neurological and developmental conditions that cause difficulties in communication and social interaction, and restricted and repetitive repertoire of interests and activities. This organization estimates that, globally, one child in 160 is affected by this problem.

PALABRAS CLAVE:

Autismo, Trastornos del espectro autista, Autismo regresivo, Vacuna triple viral, Vacuna MMR, Vacuna SPR, Antibióticos, Caseína, Gluten, Metales pesados, Timerosal, Autismo y trastornos gastrointestinales, Autismo y otitis, Autismo y nutrición, Autismo y Homeopatía.

*Conferencia dictada el 5 de septiembre de 2013, en la Ciudad de México, durante la celebración del Primer Congreso Internacional Médico Farmacéutico Homeopático, organizado por la Asociación Nacional de la Industria Farmacéutica Homeopática (Anifhom)

**Médico Cirujano (Universidad La Salle); especialista en Pediatría y Endocrinología Pediátrica (Instituto Nacional de Pediatría); posgrado en Homeopatía (Homeopatía de México, A.C.).

Recibido: enero 2015. Aceptado: marzo, 2016

KEYWORDS:

Autism, Autism spectrum disorders, regressive autism, MMR vaccine, MMR, antibiotics, Casein, Gluten, Heavy metals, Thimerosal, Autism and gastrointestinal disorders, Autism and otitis, Autism and nutrition, Autism and Homeopathy.

At this conference the evolutionary pattern that may precede the diagnosis of regressive autism (in which the child loses language and social skills that he had reached), and in which multiple factors are involved are described: cessation of breastfeeding, recurrent illnesses: respiratory and gastrointestinal, recurrent otitis, allergic manifestations, frequent use of antibiotics, antipyretics, steroids, bronchodilators and leukotriene, and application of the MMR vaccine.

Finally, measures for the prevention and treatment of this condition, such as recognition and monitoring of pediatric patients with increased risk of regressive autism, promoting breastfeeding, the withdrawal of foods that provide gluten are suggested and the prescription of homeopathic medicines to favor the child's immune system, even in early development.

La primera razón por la que los especialistas médicos vamos a los congresos es que en ellos nos encontramos a varios amigos, o a compañeros de distintas etapas de nuestra vida profesional, además de que tenemos la oportunidad de conocer a gente nueva; así sucedió hoy, ya que conocí al doctor Rodolfo López, que viene de Chihuahua, quien me platicó cosas muy interesantes sobre la dieta y la alimentación.

Vamos a los congresos para reforzar algunos de los conocimientos que ya tenemos, de manera que podemos mantenernos actualizados. Se trata de venir a aprender, pero al mismo tiempo, de irse motivado para seguir estudiando y con la intención de intercambiar experiencias.

El tema que voy a tratar es hasta cierto punto novedoso, que de pronto surgió y que nos tomó, al menos a los pediatras —y puede que a los neurólogos también—, bastante fuera de lugar. Es el tema del autismo. El verdadero logotipo del autismo es un rompecabezas, un rompecabezas que tiene varias piezas sueltas en la cabecita del paciente; armar este rompecabezas que se desarmó de repente no es nada fácil.

En la primera etapa de la plática vamos a ubicar nosológicamente el tema del autismo, y después iremos profundizando en un abordaje similar al que planteé en otra charla dedicada al trastorno por déficit de atención. Hay que decir, en principio, que existe un

grupo de trastornos que se engloban con el nombre de trastorno generalizado del desarrollo —así están clasificados en el DSM-IV, que es el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*.

Tal vez a nosotros los homeópatas, que somos mucho más críticos, no nos diga nada el nombre “trastorno generalizado del desarrollo”. En realidad quiere decir que hay un problema importante, principalmente en el área psicomotora del niño, del cual forman parte el trastorno autista y el trastorno de Asperger, entre otros.

Este tipo de padecimientos no son ninguna novedad, y los vemos en un grupo de niños que tienen problemas de tipo cromosómico, ya sea en el número o en alguna de las características cromosómicas; también en quienes resultan afectados por infecciones congénitas, virales casi siempre, que ocurren en algún periodo del embarazo; en niños con anomalías congénitas del sistema nervioso central y en quienes son víctimas de errores innatos del metabolismo.

Este grupo de enfermedades van a cursar casi necesariamente con un problema generalizado del desarrollo. Son niños que seguramente no van a crecer ni a desarrollarse bien porque tienen un problema a este nivel. Hablamos del síndrome de Down, en el que los niños pueden tener signos autistas, y otros problemas cromosómicos que están presentes en el síndrome de Turner, el síndrome de Prader-Willi

y otros; hay una lista larga. Y también nos referimos a errores innatos del metabolismo, pero casi nadie ha visto esto porque se trata de situaciones muy raras, afortunadamente. Se presentan, pero son muy raras.

El autismo es un padecimiento generalizado del desarrollo con severos trastornos en múltiples áreas. Produce alteración en la interacción social, trastorno severo en el lenguaje y, como consecuencia, en la comunicación verbal y también en la no verbal. Se asocia a comportamientos estereotipados, es decir, a conductas repetitivas. Se trata del niño que le puede dar vueltas a la mesa o se la pasa dándole vueltas a las llantas de un coche por mucho tiempo, una hora, o aquel que se queda viendo un ventilador porque le llaman la atención las cosas en movimiento. El autismo es un problema serio, grave, que involucra al área social.

Un poco de historia

El primero que adoptó el término de autismo fue Eugen Bleuler, en 1911, y lo empleó para describir una actitud antisocial que tenían los pacientes con esquizofrenia. Leo Kanner, en 1943 —en plena Segunda Guerra Mundial—, dijo que hay pacientes que, sin ser esquizofrénicos tienen actitudes antisociales y algo más. Él acuñó el término **autismo infantil precoz**, y un año más tarde Hans Asperger publicó un artículo donde presentó distintos casos de pacientes con rasgos autistas pero sin afectación del lenguaje. De allí nace el síndrome de Asperger. Por su parte, la doctora Lorna Wing dijo, en 1966, que había pacientes que podían ser catalogados en un rango de “muy leves” a “muy severos”. Tenemos que hablar, dijo esta psiquiatra, de un espectro autista.

Ya dijimos que los desórdenes genéticos son muy raros; esto es muy importante porque no son la causa del dramático incremento de niños dentro de este espectro. Yo les pregunto: ¿alguno de ustedes en su práctica ha visto niños con autismo? Tal vez la mitad de los que estamos aquí hemos tenido contacto con algún paciente del que no teníamos idea de su padecimiento. Si hablamos de estadísticas, las que se refieren a los Estados Unidos dicen que ocurre un caso por cada 150 niños. Esta información, publicada en revistas médicas de prácticamente todo el mundo, nos dice que el problema es tremendamente frecuente. Hay que decir también que domina en el varón, en una relación de 4 a 1.

Vamos, ahora, a analizar lo que escribió una mamá, como muchas de las que pueden llegar al consultorio: “mi esposo y yo estábamos extasiados con el nacimiento de nuestro primer hijo. Era un niño feliz y adorable; también era saludable, en constante desarrollo. Parecía absolutamente normal y de repente, aproximadamente a los 18 meses, se fue”.

Voy a presentarles un patrón que sólo es un ejemplo, pero la verdad es que muchas de las situaciones que enumero aquí son comunes en la mayoría de los casos de **autismo regresivo**.

El niño nace aparentemente sano, no hay problemas; puede o no recibir vacunas; idealmente recibe el seno materno aunque sabemos que es muy común perder la lactancia materna; en los primeros meses empieza a enfermarse, sobre todo si no recibió leche materna, y curiosamente las infecciones respiratorias agudas (IRA) se complican con otitis media; empieza a recibir antibióticos. A los dos meses recibe las dos primeras vacunas: BCG y hepatitis B. El niño pudo haber recibido seno materno pero no es raro que le cambien la alimentación por leche de vaca o de soya.

Siguen las infecciones respiratorias y las otitis media; le empiezan a dar alimentos sólidos a los 4, 6 meses. Como las infecciones no se resuelven fácilmente, se le prescribe más antibiótico, y claro, detrás del antibiótico vienen el antipirético, el antiinflamatorio, el esteroide que ha repuntado muchísimo. Antes los pediatras lo usábamos con mucho cuidado y ahora abusamos de él; se suele prescribir el Celestamine para un catarro.

Recibe vacunas a los 4 y 6 meses, sigue creciendo y se desarrolla normalmente: el niño es enfermizo, pero también es juguetón, parece feliz, contento, establece contacto visual, posiblemente recibe otro antibiótico por sus recaídas en sus infecciones respiratorias y la otitis media. Al cumplir el año, de plano se dice: “yo ya cumplí; fuera la lactancia y venga el botecito de leche”, así que hay que reconocer que le fue bien si recibió un año de leche materna.

Continúa su desarrollo, ya dice “mamá” y “papá”; empiezan las manifestaciones de alergia, aunque puede que empiecen, incluso, desde antes de cumplir un año: puede ser que el niño presente alergia a la proteína de la leche o que tenga dermatitis atópica desde pequeño (esos granitos que aparecen y a los que llamamos mielaria), y esto ya nos dice que algo no anda bien. En fin, que inician

las alergias y algunos inclusive acusan tendencia al broncoespasmo; entonces se le empiezan a administrar, además de antibióticos, los broncodilatores, los antileucotrienos, ahora los esteroides se dan inhalados, muy seguido, y se dice que actúan solamente a nivel pulmonar y no a nivel sistémico como antes.

Así las cosas, el niño sigue recibiendo medicinas y quizá mucho antes empieza con diarrea; se roza porque las evacuaciones son ácidas; a los 12 meses recibe la vacuna MMR (triple viral: sarampión, paperas y rubeola). Hasta aquí todo va más o menos bien. Pero cabe decir que este cuadro, esta historia, es muy común, y es por ella por la que muchos pacientes acuden a mí, porque cuando la gente se desespera busca al homeópata. Los padres llegan con nosotros con un fajo de recetas, y sin exagerar puedo decir que un lactante menor puede recibir 6, 7 o más antibióticos antes de cumplir su primer año de vida.

A los 15, 18 meses, empieza a perder las palabras, ya no dice “mamá” y “papá”; parece que estuviera sordo porque no responde cuando se le llama por su nombre, siendo que antes volteaba. El niño centra su atención en objetos que giran, como ventiladores, las ruedas de los juguetes. Este patrón es variable en su desarrollo, que generalmente es de entre dos y tres meses, pero también puede ser de rápida aparición. Cuando el niño tiene entre 15 y 18 meses de edad deja de ser comunicativo; parece aislado, retraído, con diarrea, le gusta tomar dos o tres alimentos: leche, pan, Nutela. Se presentan más infecciones respiratorias combinadas con otitis media que no se resuelven con antibióticos. Y es entonces cuando los homeópatas pueden decir: “ya podemos ayudar”, porque tenemos mucho que hacer aquí con los cuadros agudos.

A los padres se les dice que la mayoría de los niños pasan por un periodo de transición, que sus logros son variables, que hay un tiempo para que camine o para el lenguaje, e incluso que hay niños de casi tres años que prácticamente no hablan. Pero es muy distinto con este niño, que sí tenía lenguaje, pero lo perdió. Y sigue perdiendo terreno en relación con otros niños de su misma edad, sobre todo en el habla y la socialización; si va a una fiesta, se mantiene apartado.

Entonces, a la larga, se le diagnostica con trastorno del espectro autista, y es así desde hace poco relativamente porque hasta hace unos 20 años la gran mayoría de los médicos no sabíamos qué le pasaba a ese niño. Se le brindan varios servicios

para ayudar en su educación y su lenguaje, así como terapias conductuales. En Estados Unidos, sobre todo, se hacen pruebas para descartar el síndrome del cromosoma X frágil, que se supone que es frecuente allá; acá no.

Pero no se presta atención a la preocupación de los padres respecto de la salud integral del niño; a la diarrea crónica, a los efectos colaterales de las vacunas. Se dice: “oye, este niño ya lleva quién sabe cuántos antibióticos, antiinflamatorios y se sigue enfermado”. ¿Qué pasa?

Este es un panorama general de lo que estamos viendo hoy en día, una historia común. El niño que estaba bien y que, de pronto, “se fue”, “se desconectó”. Imagínense a los padres, que se preguntan: “¿qué tiene este niño?”, “¿por qué grita?”, “¿por qué llora?”, “¿por qué se despierta a las dos de la mañana y ya no se quiere dormir?”. Ese es el autismo.

En frases simples, lo que es el autismo: repite frases, pero la verdad es que la gran mayoría no tiene lenguaje. Puede haber gritos, pero no habla; ríe sin motivo, de pronto; parece sordo porque no contesta. Tampoco hace contacto visual, y quiero que se queden con este concepto porque a la hora de que atiendan a un niño con un probable problema de autismo notarán que nunca los verá a los ojos.

El niño tiene llanto, berrinche y tristeza extrema sin una causa evidente; aparenta insensibilidad al dolor y al respecto recuerdo a uno de los primeros niños que atendí: estaba tranquilo, empezó a ver los juguetes y de repente se desesperó y se dio un golpe contra un lavabo que yo tenía. Lloró, pero luego estaba igual que antes, lo que es clara muestra de la insensibilidad.

Algunas otras señales habituales: indica sus necesidades llevando la mano de otros, pero ocasionalmente; no siente temor ante la presencia de peligros reales (podría atravesar una calle sin percatarse del riesgo, por ejemplo); se les dificulta relacionarse con otros, es decir, socializar. Y de una vez se los digo: las dos cosas más complicadas son el lenguaje y la socialización. Cuando vamos juntando el rompecabezas un poquito, casi siempre quedan los problemas del lenguaje y la socialización. Casi siempre se trata de niños hiperactivos, con movimientos continuos, que no se cansan.

El diagnóstico se hace a través del DSM-IV, en el que aparece toda la información que les aca-

bo de decir, pero de una manera más rebuscada. El contacto visual es sumamente importante, ya que si hay contacto de este tipo entonces lo más probable es que no tenga autismo, y si tuviera rasgos no sería muy profundo. Entonces, no va a socializar, se va a apartar de sus hermanos y de sus padres. Será incapaz de desarrollar relaciones con compañeros y de compartir las cosas, lo que significa que no va a funcionar en una escuela normal.

Perspectiva biomédica

Hay un abordaje que creo que se adapta muy bien al pensamiento homeopático, porque pondera la no agresión. Hay que decir que el homeópata puede ayudar mucho.

a) Alteraciones gastrointestinales

El primer punto que quiero destacar son las alteraciones gastrointestinales, y éstas se inician, de acuerdo con la secuencia de eventos del caso que les presenté, desde que el niño es recién nacido, empieza a enfermarse, recibe vacunas y reacciona con fiebres muy intensas, que no es otra cosa que despertar al sistema inmune. Dijimos que es un sistema inmaduro que está aprendiendo, porque sucede como con el habla: a los 9 meses no habla un niño; balbucea, pero no habla. Así es el sistema inmune, hay que darle tiempo porque tarda entre 5 y 6 años en madurar.

b) Periodo neonatal: problemas alrededor de una lactancia exitosa

Los homeópatas debemos saber lactancia materna, si de esta ponencia uno sale motivado a estudiar o revisar la lactancia y decirle a la mamá cómo darle pecho a su bebé, para mí es un éxito. El que no sepa de lactancia debe tomar un curso.

c) Enfermedad por reflujo gastroesofágico: alergia a la proteína de la leche, intolerancia a la lactosa

Esto es muy común. Yo estudié en un hospital en el que decíamos un poco en broma: “en este hospital todos los niños tienen reflujo gastroesofágico, aunque se demuestre lo contrario”. Lo que sucede es que los niños presentan muy a menudo alergia a la proteína de la leche, intolerancia a la lactosa, pero además, ¿no es relativamente común ver a mamás que les dan el pecho, va todo bien, pero el niño llora, grita, vomita?, y es un cuadro que a mí me alarma muchísimo... y to-

mando leche materna. En esas circunstancias, vamos a tratar de corregir la alimentación de la mamá; la Homeopatía se la damos a la mamá porque es ella frecuentemente quien la necesita. Pero ya esos niños con mucho reflujo, atención, porque algo traen. La estética de un bebé es que duerma, que llore cuando tenga hambre o cuando esté molesto, incómodo, es su manera de expresarse, pero no un llanto continuo, tremendo.

Manifestaciones en trastornos del espectro autista

En este punto hablaré por principio de la **inflamación intestinal**. Son niños que tienen la predisposición genética, no un problema genético, porque ya dijimos que los problemas genéticos son raros; recuerden que no puede haber una epidemia de un problema genético.

La inflamación intestinal puede ser ocasionada por **el uso de antibióticos**. En 1954 se producían 250 toneladas al año de este tipo de medicamento, y en 1990, 20 mil toneladas. Este dato no lo obtuve de un libro que critica a la alopátia. Todo esto lo han estudiado médicos alópatas y a mí me da gusto porque hay un movimiento cada vez más fuerte a nivel mundial que empieza a cuestionarse este tipo de cosas.

En este sentido, se debe destacar la importancia de la **otitis media**. Hay artículos publicados en revistas pediátricas estadounidenses de prestigio, en los que se ve la alta frecuencia de otitis media en la población. Ha habido un aumento del 224 por ciento en niños menores de dos años, entre 1975 y 1990.

Recuerden que el cerebro de un bebé se triplica del recién nacido a los dos años de vida. Y estamos viendo que los bebés son multitratados en los primeros dos años de vida, en una edad en la que son muy lábiles a todo porque están creciendo y se están desarrollando. Basta decir que un recién nacido de 50 centímetros a los dos años mide 87 centímetros. Y por eso debemos cuidar esta edad, ya que durante los dos primeros años de vida es que vemos el inicio del autismo. Sucede que los padres llevan al niño del neurólogo al psiquiatra, y de ahí al pediatra; navegan hasta que alguien medio los orien-

ta. Le hacen tomografía, resonancia, electroencefalograma, múltiples estudios generales, de sangre y orina. ¿Y saben cómo salen la gran mayoría de esos estudios? Normales, aunque alguno podría tener un problemilla, pero en la gran mayoría todo está perfectamente normal. Mucha atención, entonces, con la otitis media, que nosotros podemos tratar muy bien con Homeopatía, evitándole a los niños ciertos medicamentos que les pueden afectar mucho más de lo que creemos.

Hay en estos niños, también, **deficiente digestión y absorción de proteínas**, y finalmente la suma de estos elementos nos da la disbiosis intestinal, que es una flora intestinal fundamental para la digestión y como mecanismo de iniciación inmune que necesita el niño, le demos lo que le demos. Necesitamos a un niño con una fisiología íntegra, le podemos llamar fuerza vital si ustedes quieren, no hay problema.

Los niños también presentan **diarrea crónica o son muy estreñidos** (defecan verdaderas piedras, muy duras); tienen dolor abdominal, distensión abdominal, flatulencias, rozaduras y estamos en un ciclo de verdad terrible. Las lesiones en el intestino son variables, desde inflamaciones hasta úlceras, y recuerden que estamos hablando de un bebé.

Debo mencionar **la absorción anormal de macromoléculas**, recordando que existe un estímulo cerebral muy importante por la formación de péptidos opiáceos, principalmente por una mala digestión de dos proteínas: la caseína de la leche y el gluten del trigo, la avena, el centeno y la malta, que dan muchos problemas. Yo no lo creía tanto, pero los reto a que le cambien la dieta a su próximo paciente enfermizo, a que, además de darle Homeopatía, le cambien su dieta, le quiten lácteos y otras cosas, y van a ver cómo les va mejor. Al próximo niño estreñido quítenle la leche, el trigo, el azúcar, y van a notar la diferencia.

Dijimos que la **disbiosis intestinal** es muy importante; se rompe y empiezan a presentarse candida, bacterias oportunistas, y el problema que se ha visto —concretamente en niños con autismo— es que todos estos gérmenes producen derivados químicos que normalmente se encuentran en concentraciones muy bajas. Tenemos algunos como el ácido tartárico, que es un análogo del ácido málico, que es un componente del ciclo de Krebs y bloquea a la enzima fumarasa, que es la que convierte el ácido fumárico en ácido málico; entonces la producción de

energía no se completa porque la candida produce el ácido tartárico y genera otras cosas, como la arabinosa, que forma enlaces cruzados que pueden dañar al sistema nervioso central.

Se ha visto que la candida, por sí sola, produce pobre contacto visual; aumento del comportamiento repetitivo; caminar en puntitas; niño retraído e hipersensible, así como vértigo y aumento del antojo del azúcar. Los niños, dentro del espectro autista, tienen un sistema inmune alterado, a veces muy dañado, y si no hay un buen sistema inmune el niño se va a enfermar, no hay de otra. Ojalá recibieran Homeopatía, pero la mayoría no lo hace. Entonces, tenemos que ir cortando círculos viciosos, círculos digestivos. Aquí tenemos niveles bajos o ausentes de la inmunoglobulina A, de la inmunoglobulina secretora que, recuerden, es el anticuerpo que actúa a nivel de las mucosas (es rico en la leche materna).

Las interlucinas, por otra parte, favorecen el proceso inflamatorio, y éste es un proceso curativo, algo que ya se sabe desde hace 140 años. Y todo esto está afectado: las células NK, los neutrófilos que producen una enzima que es la mieloperoxidasa, la cual combina el H_2O_2 —que es el agua oxigenada—, con iones de cloruro para formar el ion hipoclorito, un elemento que es muy importante para matar a las bacterias.

Otro aspecto: **las deficiencias del sistema de complemento**. Todo esto nos hace pensar que se trata de niños sumamente enfermizos, y aunque hay diversos estudios de laboratorio que pueden orientarnos sobre lo mucho que podemos hacer, el problema es que son exámenes con un costo no extremadamente caro, pero sí elevado. Hay una prueba que se llama de ácidos orgánicos, que sirve para detectar si hay proliferación de levaduras; y debemos ver cómo están los antioxidantes en general: el glutatión, que es un antioxidante natural; la vitamina C, la vitamina E. Si podemos hacer un estudio de entrada de inmunoglobulina G contra alimentos es muy útil, ya que podemos ver desde el principio qué es lo que puede y lo que no puede comer ese bebé.

El tema de los **metales pesados** es muy importante. Tuve la oportunidad de ir a un congreso en la ciudad de Guadalajara, celebrado en un auditorio enorme en el que había 1,500 personas; el 80 por ciento de los asistentes eran padres de niños enfermos. El ponente era un médico de Estados Unidos, que dijo: “de todos los que están aquí, levanten la mano quienes crean que el autismo y el cambio en sus niños em-

pezó después de que les aplicaron la vacuna MMR". Casi todos levantaron la mano, papás y mamás que no están "cazados" con ningún método, ni con la Homeopatía ni con la alopátia; son personas que están preocupadísimos porque su bebé "se les fue".

Lo que me diga una mamá tiene mucho valor, y muchas de estas cosas se han aprendido gradualmente por trabajos de médicos, pero también por los padres que se han involucrado. Yo tengo pacientes que tienen madres expertas en nutrición, que cuentan con más conocimientos que muchos endocrinólogos. Se involucran mucho y eso es para alegrarse, ya que ayudan a muchas otras madres.

La vacuna MMR tiene timerosal, lo cual se ha ido modificando, sí, pero sigue teniendo, y tengo mis dudas si en México se ha modificado. En Estados Unidos ha habido movimientos sociales muy fuertes para modificar la vacuna, aunque está publicado que no hay relación entre la vacuna y el autismo. Yo le hago más caso al público que estaba en ese auditorio.

El mercurio, obviamente, es un metal pesado que no debe estar en el cerebro, en el intestino, en ningún lado, y que lógicamente va a producir efectos colaterales muy importantes.

Un último aspecto: las **anormalidades bioquímicas**. Es difícil digerir proteínas; surge gluten, surge caseína otra vez. Por favor, llévense ese mensaje, estúdienlo, véanlo; lesiones a nivel del sistema nervioso central; desmielinización, por eso es importante ver cómo están los ácidos grasos, suplementarlo. El 80 por ciento de la mielina está formado por grasa, colesterol. Entonces, pongamos atención a todos los nutrimentos, los homeópatas tenemos que darle importancia, que no nos ganen los demás médicos en alimentación. Yo tengo mis dudas de que un medicamento homeopático haga todo por sí solo, y tengo mis dudas porque lo veo en la clínica. He visto cómo un niño que ya tenemos bien controladito, ¡que era autista, señores, y que está mejor!, si lo descuidamos un poquito se pone mal. En este sentido, las mamás me han contado, por ejemplo, que cuando le dan a su hijo medio refresco de cola, por la noche las espantan, porque el niño se pone a dar vueltas y vueltas, y así aproximadamente una hora.

Los metales pesados, el mercurio, el plomo, el arsénico y el aluminio, tienen sus consecuencias. Los podemos medir en un análisis de cabello, y cuando se hace la quelación si creemos conveniente pues entonces se mide en la orina y vemos cómo se eliminan los metales. Ese niño necesariamente va a mejorar.

Tratamiento

El primer punto es la prevención, ya que el mejor tratamiento es prevenir. Tenemos que detectar a los niños que tengan factores de riesgo, a los niños que desde que son bebés son demasiado enfermizos, que no toman leche materna, que tienen miliaria, granitos, reflujo, que ya empiezan con infecciones y otitis; y repito, este cuadro de otitis se repite curiosamente. Allí tenemos que empezar a actuar, fomentar la lactancia materna, por lo menos en nuestros pacientes, y que no se pierda por cualquier tontería.

Un tema delicado: **no vacunar a los niños con riesgo**. Yo sé que no hay que vacunar a los niños, yo tengo muchos años sin vacunarlos. Nunca me gustó y ahora estoy feliz porque no los tengo que vacunar, pero la verdad es que resulta muy difícil porque vivimos en un ambiente en el que se vacuna a los niños. Entonces, hay muchos papás que dicen: "a mí me gusta mucho la Homeopatía, creo en ella, pero yo sí los vacuno". Lo que pueden hacer, en todo caso, es retrasar la vacunación.

Ahora bien, con los niños de riesgo no sé cómo le van a hacer, **pero no los vacunen**, no los deben de vacunar porque quién sabe cómo le irá a esos niños. En todo caso, vacúnenlo con vacunas simples.

Me preguntan mucho: "¿usted vacunó a sus hijos?". Y debo admitir que sí, pero porque cuando yo los vacuné no era homeópata. Eso sí, los refuerzos ya no se los puse. Si me apuran, pues digo: "está bien, aplíqueles la de la polio", que tampoco me gusta, no vayan a decir que no soy homeópata. La recomendación es que no se vacune a los niños, hasta donde sea posible, o retrasar lo más posible, retrasar ese estímulo que llega a ser muy fuerte, muy severo. Me da mucha pena ver a un niño con autismo que empezó a desarrollar esta enfermedad casi seguro después de la vacuna. Es una cosa terrible.

No debemos agredir el funcionamiento digestivo. La Homeopatía tiene mucho que hacer en los cuadros agudos y podemos terminar con esos ciclos. Los cuadros agudos se van a repetir porque al niño le lleva su tiempo corregir el sistema inmune, y lo vamos a poder tratar de una manera integral. Mi recomendación es apegarse a los principios homeopáticos, buscar el medicamento constitucional; no les puedo decir cuál porque son muchos; a mí me

funcionan mucho Mercurius, Chamomilla, Nux vomica, Carcinocinum, pero no quiero decirles: “al próximo paciente que ustedes vean denle tal medicamento”, no. Es más, no hay que irse con la finta de los síntomas aparatosos, los movimientos estereotipados, porque tal vez ese no sea el cuadro que necesitamos tratar. Entonces es complejo.

Creo firmemente que hay que intervenir en la alimentación; es básica, es fundamental, como el ejemplo de la persona que fuma y quiere un medicamento para dejar de fumar, o el del que bebe y quiera dejar de beber. Si fumas, primero deja de fumar; si tomas, primero deja de tomar, porque si no, nos estamos haciendo tontos. Aquí debemos percibir lo que debemos corregir. Entonces, la dieta libre en gluten y caseína da un cambio notable en los pacientes con autismo, todo ese cuadro que ya dijimos. El niño no duerme y es fácil decirlo, pero si se despierta a las 2:00 de la mañana con energía para andar para arriba y para abajo, y ya no durmió nadie, ahora sí dice uno: “¡qué difícil!”. Pero cuando se le quita ese tipo de proteínas, y se le quitan en serio, al cien por ciento, a la semana, a las dos semanas, hay un cambio.

Sin miedo, tomen esto en cuenta: quiten todos los caseinatos, todo lo que contenga gluten; cuidado con los aderezos porque tienen gluten oculto. En este punto hay que resaltar las recomendaciones y el trabajo de las mamás de los niños autistas, y en especial la labor de una asociación precursora de un movimiento muy grande que se llama Liga de Intervención Nutricional contra el Autismo e Hiperactividad (Linca).

Entonces, no es que estemos armando el rompecabezas fácilmente, pero tengo pacientes a los que me encanta verlos porque han mejorado. Yo sé que si los homeópatas nos unimos y aprovechamos la experiencia de los pacientes y de otros médicos, podremos avanzar consistentemente. Me encanta ver cómo los niños empiezan a mejorar, a hablar cuando no hablaban; se enfermaban y ahora son bien sanos, ya no están sobremedicados, fluye la energía vital y dan el giro.

Espero que les haya servido esta charla, y que podamos unirnos contra este problema que es muy serio a nivel mundial. Agradezco mucho su atención.

Cartas a Mis Pacientes



M. Gloria Alcover Lillo*

Ilustración: José Luis Alcover Lillo.

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

¿Hombre, Mujer... o Persona?

Queridos todos:

Durante los últimos meses he estado muy ocupada organizando un proyecto muy interesante llamado **Alétheia (desvelar la verdad)**, que tiene como objetivo humanizar al hombre, es decir, convertirlo en un artesano de su propia vida, que es lo que le corresponde. En esta misión he buscado comprometer a artistas, artesanos, científicos... gente de buena voluntad para reconstruir al pueblo de hombres que somos, sentimos, pensamos y deseamos una existencia más plena.

Por otra parte, bastantes pacientes me han pedido que escribiera algo relativo al complicado planteamiento sobre la educación sexual que está imponiéndose en el mundo: el programa *gender* (de género). Siendo algo tan actual en todo el orbe quiero que reflexionemos juntos sobre este tema, tan interesante como delicado.

Mi intención es recordar algunos aspectos fundamentales a tomar en cuenta para que cada uno de nosotros pueda construir **un criterio personal** sobre este gran movimiento de masa. De la misma manera que una especie botánica o animal no se identifica por sus características genésicas, sino que éstas forman parte de su totalidad como peculiaridades y características, así el ser humano no se distingue sustancialmente por su condición de “hombre” y “mujer” sino como su totalidad genérica. Y lo que verdaderamente identifica, define, cumple y caracteriza al ser humano es nuestra condición de ser **persona**. Es decir, **reconocerse** y saberse singular e irrepetible, capaz de interioridad, de intimidad, eso que los filósofos como María Zambrano señalan como la “soledad metafísica a la que sólo Dios tiene acceso”.

Una de las características más importantes y definitivas de la **persona** es la capacidad de auto-pertenencia, tanto inmanente y trascendente; es decir, terrena y espiritual, de la cual parte su *ethos* (ética), sus acciones responsables, su consciencia, su arte y su ciencia, su tensión de elevación y su libertad. Todo eso de forma íntima e interior sin necesidad de ir a la escuela especializada.

Como señala la antropóloga F. H-Augé: “la diferencia entre los sexos es la primera de las diferencias, esa sobre la cual todas las demás diferencias se construyen y se dicen. Esa que condiciona la expresión de las otras diferencias, y es lo que el cuerpo humano tiene de auténticamente irreducible. La humanidad ha pensado sólo a partir de este ‘irreducible’, de este irrecusable elemento de la diferencia. Diferencia entre los sexos significa juego, tensión, cara a cara entre lo idéntico y lo diferente, lugar a partir del cual se construye el pensamiento. La dualidad, la alteridad (lo otro) son el crisol. La realidad radical, el hecho original, primitivo de la diferencia sexual es la base del ejercicio del ‘saber’”.

La palabra actual de moda, *gender* o género, proviene del pensamiento racional francés (Hélène Cixous, Luce Irigaray) queriendo ser “un punto de inicio de una filosofía de la feminidad, evidenciando

la distorsión entre lo biológico (los sexos) y lo social (construcción de los roles sociales). Mostrando la voluntad de liberarse de la realidad antropológica y constitutiva y pasar a una dimensión abstracta de la lectura social o idealismo filosófico. Renovar la contraposición naturaleza/cultura, biología/sociedad. La empresa de querer crear un ‘género humano’ sin biología”.

Todas estas consideraciones sobre el tema me parecen muy esclarecedoras en tanto profundas. Como señalan otros antropólogos y pensadores, es necesario recordar lo siguiente: “no es que el hombre tenga un cuerpo, el hombre **es** su cuerpo (**soma**). El cuerpo es el espacio donde el espíritu se manifiesta y adquiere total realidad y cumplimiento. Es en el propio cuerpo que cada ser humano encuentra su ser persona, y es a través del cuerpo que se desarrolla su personalidad. El individuo realiza la totalidad de su proyecto ético (felicidad y cumplimiento particular y social) a partir de su condición corpórea. La corporalidad es una estructura que condiciona la vida personal y, por eso mismo, incide profundamente en el dinamismo de la persona, vida y cumplimiento”.

Será muy útil tener presente que el cuerpo puede ser estudiado con lecturas diferentes o “variables independientes”:

- La **biología** en la medicina fisiologista-mecanicista considera el cuerpo esencialmente bajo el aspecto vital, orgánico y/o funcional.
- La **medicina antropológica** estudia el cuerpo en su totalidad individual, existencial y trascendente. El cuerpo como lugar de dialogo con el mundo, con “el otro” y consigo mismo dentro del cual la enfermedad es significativa y significado.
- La **antropología cultural** y la sociología consideran al cuerpo según variables independientes de la cultura (o las culturas), o bien, en referencia a las relaciones de intercambio simbólico vividas en los individuos al interior de la sociedad y su pertenencia.
- La **ecología** examina al cuerpo dependiendo de su relación con el ambiente natural y sus múltiples exigencias.
- La **psicología** considera al cuerpo desde el punto de vista del comportamiento y de la relación de interdependencia que subsiste entre *psyche* y *soma*.

Y así podemos hacer un análisis independiente desde otros puntos de vista: geométrico, morfológico, matemático, etcétera. El discurso sobre el cuerpo no es nunca un discurso neutro o simplemente genérico o universal; supone su carácter sexual y la diferencia peculiar hombre/mujer. La identidad masculina y la identidad femenina no son consideradas simplemente como dos caras de una misma moneda, sino como **dos totalidades recíprocas**; es decir, en una relación asimétrica e intercambiable que dialogan entre sí.

La sexualidad abraza de hecho la totalidad de la persona humana y no sólo su cuerpo, y se dirige no sólo a la procreación sino a la realización del futuro de la historia. La sexualidad es una “realidad creada”, es decir, dada y no elegida por el individuo a voluntad propia. Se viene con ella. Y pertenece al ser del hombre y al ser de la mujer con su capacidad de relacionarse sin poder constituir “géneros” diversos sino solamente “diferencias específicas”.

El cuerpo de la persona es siempre, constitutivamente, un cuerpo sexual. Las dos condiciones corpóreas, masculina y femenina, no representan sólo una complementación en los modos de ser; son **asimétricamente** situadas **una frente a la otra**, y son imprescindibles al proceso continuo y creciente de completamiento recíproco. Una reciprocidad que hace ser a uno y al otro, justo en el acto de reconocerse, diversos, aunque sea en la identidad de la misma naturaleza humana.

Es decir, el diálogo de lo universal, para la evolución, la complejidad continua y la generación *in crescendo* de la vida. Opuestos que encuentran a través de la sexualidad una respuesta dialogante frente a dimensiones fundamentales del ser humano y de la importancia del “otro”: la soledad, la unidad y la desnudez original. Sexualidad como respuesta a la ansiedad de comunicación profunda de todo hombre y toda mujer. Sexualidad, como don de sí mismo y un acoger creciendo al otro. Sexualidad, como transparencia del encuentro con la desnudez propia y del otro.

Desconocer estas consideraciones es una invitación a considerar la vida, con toda su complejidad, de forma simplista, coja, banal y naturalmente, obligadamente, “involuntiva”, lo cual implica inevitablemente un daño personal, social e histórico.

Creer no es una elección personal, como no lo es envejecer y morir. Creer es la condición inscrita en las leyes del Universo para cumplir y cumplirse en el misterio infinito que nos ha engendrado, para **descubrir** lo que somos, no para predeterminarlo. Es la condición para esplender y es inevitablemente un irreductible, una tensión interior que no se puede eliminar. Quien no quiere crecer como elección libre, simplemente se desorienta o atrofia. No se puede desarrollar sin crecer. Las consecuencias se hacen evidentes en el devenir personal, social o histórico.

Creo que es fundamental considerar que **todos estamos en camino**. Que “se hace camino al andar”, como diría el gran poeta Antonio Machado, y lo que nos corresponde a todos es descubrir la vida como artesanos, aprendiendo, unidos, escuchándonos los unos a los otros para ser capaces de realizar el máximo bien que todos deseamos: ser, dar y recibir el amor indiscriminadamente.

Como médico puedo asegurar y confirmar que todos los hombres nos enfermamos de una sola cosa: **de des-amor**. Con estas reflexiones deseo haber ofrecido algunos elementos más para que cada uno pueda conformar mejor su criterio.

Un abrazo afectuoso, como siempre.

El mundo de la Homeopatía

La Homeopatía de Hoy, con un Éxito sin Precedentes: Francisco Eizayaga

- La imagen de la Homeopatía ante los médicos alópatas ha mejorado, dice el experto.
- México, “con un gran potencial de crecimiento”.
- Muy pronto, libro del doctor Eizayaga editado por Propulsora de Homeopatía.

Juan Fernando González G.

Argentina ha sido la cuna de algunos de los médicos más conspicuos en la historia de la Homeopatía. Los doctores Bernardo Vijnovsky y Tomás Pablo Paschero son las referencias más notables, pero nadie podría reclamar que en este selecto club incluyéramos al doctor Francisco Xavier Eizayaga *senior* (1921-2001). Uno de sus hijos, homónimo de su padre, se ha convertido al paso del tiempo en una caja de resonancia internacional por su trabajo académico y de investigación al interior del Departamento de Homeopatía de la Escuela de Medicina de la Universidad Maimónides de Buenos Aires, que co-dirige con su hermano José.

La Homeopatía de México tuvo la oportunidad de entrevistar al doctor Eizayaga en un momento muy oportuno, ya que dentro de poco estará en circulación el libro de su autoría: *La Toma del Caso, Esencia de la Clínica Homeopática*, que será editado por la División Editorial de Propulsora de Homeopatía, S.A. de C.V. Aquí, el resultado de la interesante y aleccionadora charla:

- ¿Cuál ha sido el desarrollo de la Homeopatía argentina en los últimos 50 años y en qué situación se encuentra en este momento?

- En los últimos 50 años la Homeopatía ha tenido en la Argentina un crecimiento modesto, o tímido. La situación es, por un lado, de gran libertad, pero por otro de gran ausencia del Estado, tanto en los controles como en el apoyo.



Por ejemplo, nadie vigila en este momento en la Argentina la fabricación de medicamentos homeopáticos. La legislación que existe es inadecuada para el control; como consecuencia, no es fácil contar con un medicamento de calidad. El Estado argentino, que regula una gran cantidad de dinero para la investigación científica, no destina fondos para la Homeopatía, lo que es un problema común a otras medicinas alternativas.

Tampoco tenemos participación en la Salud Pública como sí ocurre en México o en Brasil. La práctica de la Homeopatía está centrada en su mayoría en la ciudad de Buenos Aires, dejando vastos sectores del país sin posibilidades de acceso, especialmente las personas de bajos recursos. La Homeopatía ha crecido y a pesar de ataques internacionales claramente malintencionados como el **Metanálisis de *The Lancet***, publicado en 2005, y el sesgado informe más reciente del gobierno australiano que han tenido importante eco en los medios de prensa.

Hay que decir, por otra parte, que la imagen que los médicos alópatas tienen de la Homeopatía ha mejorado y hoy en día recibimos muchos pacientes derivados por pediatras, clínicos, dermatólogos, otorrinolaringólogos, etcétera. En la actualidad, la Homeopatía no se considera una especialidad médica en la Argentina. Durante mucho tiempo estuve convencido de que era por un problema científico, pero hoy en día creo que el problema es político y de intereses contrapuestos.

- ¿Qué opinión le merecen los doctores Vijnovsky y Paschero? ¿Qué tipo de aportaciones hicieron a la Homeopatía de Argentina y el mundo?

- Paschero tal vez haya sido el maestro de la Homeopatía argentina con más renombre en el exterior. Tenía un gran carisma y conocimiento de la materia médica homeopática. Por su parte, Vijnovsky hizo muchos aportes, pero su personalidad más tímida y retraída lo llevó a tener una actividad casi enciclopédica realizada casi en el anonimato. Hoy en día su **Materia Médica** sigue siendo número uno en idioma español. La información que brinda, especialmente en los síntomas mentales de los medicamentos, sigue siendo para mí de referencia. Está claro que cuando empecé mi práctica Paschero ya no estaba en su mejor momento; en cambio, Vijnovsky siguió dando clases por bastante tiempo. Creo que el tiempo de estos maestros de la Homeopatía ha pasado y hoy necesitamos a alguien que, además, sepa evaluar y sea experto en investigación básica y clínica.

3.- En esta misma línea, ¿qué opinión tiene de su padre —un gran médico homeópata— en el terreno profesional, independientemente de su grado consanguíneo?

Mi padre dio la vida por la Homeopatía. En su momento entregó gran parte de sus energías como presidente de la Asociación Médica Homeopática Argentina por unos 18 años y como Presidente de la Organización Médica Homeopática Internacional (OMHI).

Mi padre dispuso dinero personal para que la Asociación Médica Homeopática Argentina tuviera la sede que hoy disfruta en Buenos Aires (así como hicieron otros homeópatas de su época). Otro emprendimiento que le llevó una inmensa cantidad de tiempo fue la traducción del Repertorio de Kent al castellano, que fue llevada a cabo por un equipo de traductoras y demandó unos dos años. La mayoría de los repertorios por computadora en español de hoy en día se basan en su traducción en la mayoría de las rúbricas.

Su trabajo fue importante en el desarrollo de la Homeopatía en otros países además de la Argentina. En Uruguay, por ejemplo, los primeros cursos organizados y completos de Homeopatía fueron organizados por él en los ochenta. En Chile dio una gran cantidad de clases, y lo mismo hacía en Brasil, donde una semana al mes impartía su cátedra justo en el tiempo en que yo era un adolescente.

Es en esta época que Brasil consiguió legislar sobre la producción de medicamentos homeopáticos, y más tarde, en 1980, sobre la especialidad médica. Hacia el final de su vida, mi padre daba clases en 3 o 4 lugares distintos de Estados Unidos de Norteamérica unas cuatro o cinco veces al año. Además, durante su estancia en Buenos Aires, impartía sus conocimientos los fines de semana.

- Sería oportuno que nos comentara algo acerca del libro de su autoría que se encuentra en proceso de edición. ¿Podría ofrecernos una explicación general de su estructura y el valor que tendrá para la comunidad médica homeopática.

- La idea de escribir este libro surgió hace más de una década, luego de que fuera invitado a dar clases por el *Southwest College of Naturopathic Medicine*, en Tempe, Arizona, Estados Unidos, para explicar el método de toma y análisis del caso desarrollado por mi padre, cosa que hice durante varios años. Nosotro

tros usábamos este método desde el principio y lo vimos evolucionar y perfeccionarse. Descubrí que hay alguna información en Internet, un poco sesgada, de alumnos que tuvo mi padre en los cursos que impartió en Estados Unidos. Esta información está incompleta en todas las fuentes, lo que incluye varios sitios de Internet. En muchos de ellos se dedica más tiempo a explicar si el uso de este método está justificado, o no, que a describir en qué consiste.

Decidí hacer una explicación lo más breve y práctica posible, pero teniendo en cuenta todos los pasos del proceso de análisis, es decir, observación, semiología, diagnóstico, análisis y prescripción. La idea era juntar toda la información disponible en una fuente y describir todos los pasos para poder permitir al lector entender por qué y cómo llevarlo a cabo.

Este método es sumamente práctico y permite hacer una consulta homeopática breve y efectiva. Con su uso, el médico adquirirá experiencia con el uso de pequeños remedios y con los efectos de los grandes policrestos sin tener que abandonar el unicismo. Creo que la publicación de esta obra es también una suerte de “deuda saldada” que hará posible difundir un método que nos da tantas satisfacciones y que es tan poco comprendido y ejercitado. Nuestra escuela y consultorios, en la Universidad Maimónides, utilizan este método. De manera personal, yo lo practico hace más de 30 años.

- ¿Cómo se ve a la Homeopatía mexicana desde Sudamérica?

- En Sudamérica tenemos un gigante que es Brasil, donde la industria y la Homeopatía han crecido de una manera enorme. Sin duda, de entre los muchos países latinoamericanos es México el que viene detrás y el más desarrollado de habla española. Ustedes tienen varias cosas que nosotros quisiéramos tener: un magnífico Hospital y un desarrollo que ha llevado varias décadas. En México el crecimiento de la Homeopatía se da a una tasa muy importante y todavía existe un gran potencial de crecimiento.

Después de Brasil, donde la industria y la Homeopatía han crecido de una manera enorme, aparece México como el país más desarrollado de habla española.

- ¿Quién se encuentra a la vanguardia de la Homeopatía en el mundo, y por qué?

- Creo que los grandes países del desarrollo de la Homeopatía siguen siendo Francia y Gran Bretaña. Francia, por tener la Industria del medicamento homeopático más grande del mundo, y Gran Bretaña por una especial condición de siglos de médicos con una muy buena preparación. Los homeópatas ingleses reciben el apoyo del Estado, lo que les ha permitido forjar y mantener grandes instituciones. Otros países europeos, como Alemania, Italia, Holanda, Bélgica y Austria han hecho enormes contribuciones. Creo que hay dos gigantes que esperan para tomar parte en las primeras líneas, toda vez que vienen creciendo enormemente; hablo de la India y Brasil. Lamentablemente el desarrollo y la vanguardia exigen fondos de investigación que han tenido un severo golpe luego de la crisis mundial que no está superada todavía.

- Háblenos de su trayectoria como médico y díganos, por favor, cómo entiende a la Homeopatía desde el punto de vista clínico y filosófico.

- Me recibí de médico en la Universidad del Salvador y luego hice, al mismo tiempo, los cursos de Homeopatía y la especialidad de Medicina Interna. Siempre me interesó la Investigación Básica. Años después de trabajar en fisiopatología hepática en la Universidad de Buenos Aires, tuve la oportunidad de hacer trabajos de investigación en diluciones homeopáticas de Aspirina en la Facultad de Farmacia de la Universidad de Bordeaux, con el profesor Doutremepuich. Una parte de esta investigación me ayudó para desarrollar mi tesis doctoral en la Universidad Maimónides. He dado clases de Homeopatía por unos 30 años en Argentina, Uruguay, Chile, Ecuador, Colombia y Estados Unidos.

Debo añadir que, aparte de ser médico, me traté con Homeopatía toda mi vida. Para mí, la Homeopatía es una terapéutica única que permite contemplar al individuo en su totalidad, como un ser diferente de otros que puede utilizar medicamentos que no tienen efectos colaterales. Sin embargo, es importante contemplar que existen limitaciones y que el médico no debe perder de vista su rol diagnóstico y pronóstico en el paciente. La Homeopatía ha realizado importantes avances marcando a la medicina el verdadero rol del médico. No obstante, faltan grandes pasos en pos de desenmarañar el mecanismo de acción de los medicamentos homeopáticos y de objetivar sus efectos clínicos para poder llevarla al resto de la sociedad.

- ¿Quiénes fueron sus maestros y cuáles fueron sus principales enseñanzas?

- Tuve oportunidad de conocer a varios maestros clásicos del siglo XX. Entre ellos Paschero, Candegabe padre, Masi Elizalde, Sánchez Ortega, Demarque, Henri Boiron, Jean Boiron, Alain Horvilleur, Bernardo Vijnovsky, Julio Ambrós y Josefina Sánchez Reséndiz entre otros. No todo lo que escuché me gustó. De muchos de ellos tuve enseñanzas positivas que me han servido mucho. Como ha habido en la Homeopatía un hueco generacional, debería decir que he aprendido mucho de maestros mucho más jóvenes, de los cuales podemos todavía aprender como Peter Fisher, Philippe Belon, Bernard Poitevin, Flavio Dantas, David Reilly, Iris Bell, Paolo Bellavite y muchos otros. Todos ellos representan el ideal hacia dónde creo que debe dirigirse la Homeopatía hoy. En la actualidad, la Homeopatía tiene un éxito sin precedentes porque es muy bien aceptada como terapéutica y, por lo tanto, está bajo constantes ataques malintencionados.

- ¿Cómo se encuentra el nivel académico de las instituciones de educación superior argentinas responsables de la enseñanza de la medicina homeopática? Sería muy interesante conocer lo que hacen, particularmente, en la Universidad Maimónides.

- La Universidad Maimonides dicta el único curso universitario de Homeopatía para médicos en la Argentina. El Departamento de Homeopatía ofrece clases para médicos y tiene un consultorio ambulatorio para que los médicos que asisten al curso puedan hacer las prácticas con pacientes.

También se desarrollan trabajos de investigación e intercambios académicos. Un ejemplo claro al respecto es lo que se ha hecho durante los dos últimos 2 años: hemos tenido médicos que cursan la maestría en Medicinas Alternativas con énfasis en Homeopatía, en la Universidad Nacional de Colombia, en Bogotá, que vienen a hacer una rotación de 3 meses por nuestras aulas y consultorios. También hemos tenido rotantes de la Escuela Nacional de Veterinaria de Toulouse, quienes han venido para hacer trabajos de Investigación. La Fundación Homeos, que funciona dentro del Departamento, ha dictado cursos de Homeopatía en Rosario y Neuquén, y en el exterior en Uruguay y Chile.

- ¿Cómo se encuentra la investigación en el rubro homeopático en Argentina?

- La falta de apoyo por parte del Estado hace muy difícil la realización de investigación básica en el país. Nuestro departamento hace regularmente estudios clínicos, como series de casos u estudios observacionales, pero resulta difícil realizar estudios más amplios sin apoyo más profundo.

- ¿Cuál es el futuro que avizora para la Homeopatía? ¿Están vigentes los conocimientos generados por Samuel Hahnemann?

- En ciencia nada permanece intacto con el tiempo y casi nada se descarta totalmente. Hahnemann ha hecho una obra enorme y gran parte de lo que él pensaba sigue vigente. Por ejemplo, es maravilloso pensar que hoy en día puedo dar Sulphur a un niño pequeño y en muchos casos solucionar con esto una dermatitis, rinitis y asma que la medicina convencional no puede más que paliarse con el uso de al menos 5 medicamentos simultáneos. Este medicamento, digo a estos pacientes con frecuencia, tiene más de 200 años de uso y todavía hoy, cuando está bien indicado, puede ser más efectivo que la terapéutica convencional en estos casos.

Esta vigencia es mayor que la de los fármacos convencionales. Por otra parte, es esta clase de efecto que hizo a los homeópatas dormirse en sus laureles. Es decir, que muchos se encuentran en un profundo sueño del que no quieren despertar. Es necesario seguir investigando, evaluando. Vea que los laureles ya se los han llevado mientras todos dormían.

Muchos médicos homeópatas se encuentran en un profundo sueño del que no quieren despertar. Se debe entender que en la ciencia nada permanece intacto y que es necesario seguir investigando.

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”
Miro 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 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.

Nos rige el principio de semejanza:



La misma calidad y una gran historia

La Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía y Propulsora de Homeopatía (Similia) suman su capacidad, talento y experiencia para conmemorar 120 y 80 años de su fundación, respectivamente, con una serie de actividades académicas que se desarrollarán durante 2016.





Fieles a nuestro origen,
la mejor calidad en
medicamentos oficinales.



Similia
Lo confiable en Homeopatía
THYROIDINUM
Hecho en México por: Propiosciencia S.A.
Mirto 26 Col. Santa María la Ribera
Deleg. Cuauhtémoc C.P. 06400 México
Tels. 5547 9483 5547 5735 www.similia.com.mx
Consérvese en lugar fresco y seco