UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE CIEGO DE ÁVILA.

Tratamiento homeopático del asma bronquial en el paciente pediátrico.

Tesis en opción al título de especialista de 1er grado en pediatría.

Autora: Dra. Madeleyne Luna Domínguez.

Aspirante de la Especialidad de 1er grado en Pediatría.

Hospital General Provincial Docente Roberto Rodríguez Fernández.

2020

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE CIEGO DE ÁVILA.

Tratamiento homeopático del asma bronquial en el paciente pediátrico.

Tesis en opción al título de especialista de 1er grado en pediatría.

Autora: Dra. Madeleynes Luna Domínguez.

Aspirante de la Especialidad de 1er grado en Pediatría.

Hospital General Provincial Docente Roberto Rodríguez Fernández.

Tutor: Dra. Daysi Abreu Pérez.

Especialista de 2do grado en Pediatría. Profesora Auxiliar.

Investigadora Auxiliar. MsC Urgencias Médicas.

Hospital General Provincial Docente Roberto Rodríguez Fernández.

Asesor: Dr. Rolando Borrero Marichal.

Especialista de 1er grado en Pediatría. Profesor Asistente.

Hospital General Provincial Docente Roberto Rodríguez Fernández.

2020.

Resumen:

Se realizó un estudio pre experimental de todos los pacientes pediátricos con diagnóstico de asma bronquial hospitalizados en la sala de vías respiratorias del hospital Morón, a los cuales se les indicó tratamiento homeopático intercrisis posterior al egreso, utilizando el AliviHo-ASMA, el universo fue de 158 casos y la muestra de 82 que cumplieron los criterios de inclusión y fueron seleccionados por muestreo no probabilístico de tipo intencional. Dentro de los resultados tenemos: predominó el grupo de edades de 3-5 años con 44 casos (53,7% p<0,000) y el sexo masculino con 42 pacientes (51,2%).La crisis más observada fue la intermitente leve en 40 niños (48,8% p<0,000), el factor de riesgo principal encontrado la rinofaringitis frecuente en 55 de los 82 casos, la tos representa el síntoma más llamativo de la serie en 58 pacientes, y el tratamiento convencional utilizado en estos casos fueron los agonistas B2 inhalados en 72 (87,8%).En cuanto al tratamiento homeopático utilizado, todoslos pacientes lo utilizaron en un ciclo de 5 días (100%) de los cuales tuvieron alivio de los síntomas al repertorizarse al 5to día el52,4% y sin respuesta el 47,6% de la serie.Al correlacionar el tipo de crisis y la respuesta al tratamiento homeopático se observa que en las crisis persistentes leves predomina la no repuesta al medicamento y en la intermitente si hay respuesta en las tres repertorizaciones. Al evaluar la efectividad del tratamiento homeopático fue eficiente en 43 niños al 5to día de evaluación.

Índice: **Pág.**

I.- Introducción	1-4
II.- Marco Teórico	5-11
III.- Método	12-19
IV.- Análisis y discusión de resultados	20-37
V.- Conclusiones	38
VI.- Recomendaciones	39
VII.- Referencias bibliográficas	40-45

AGRADECIMIENTOS

A todos aquellos que hicieron posible este sueño tan lindo fuera posible y que siempre estuvieron ahí dándome su apoyo incondicional.

DEDICATORIA

Para mi familia, en especial mi esposo que me ha apoyado tanto en este trabajo.

P E N S A M IE N T O

“P ara los niños trabajam os, porque los niños son los que saben querer, porque los niños son la esperanza del m undo.”... José Martí

I.- IN T R O D U C C IÓ N :

Según el IGA (Iniciativa Global para el Asma), el asma bronquial (AB) es «la inflamación crónica de la vía aérea en la que desempeñan un papel destacado algunas células y mediadores. Este proceso se asocia a una hiperrespuesta de los bronquios que produce episodios de sibilancias, disnea, opresión torácica y tos, particularmente por la noche o de madrugada.[1] Estos episodios se asocian generalmente con un mayor o menor grado de obstrucción al flujo aéreo a menudo reversible de forma espontánea o con tratamiento.[2]

Es la enfermedad respiratoria crónica más frecuente en pediatría en el ámbito mundial. Se ha comprobado que su prevalencia tiende a aumentar a través del tiempo y aunque con los avances de la medicina alopática se ha logrado un buen control de síntomas con consecuente mejoría en la calidad de vida de los pacientes, aún no se ha encontrado un tratamiento que sea curativo; además, a pesar de los múltiples esfuerzos de diferentes entidades de salud mundiales el asma sigue siendo una de las principales causas de ausentismo escolar y hospitalización en niños.[3]

La incidencia de dicha patología se ha incrementado en las últimas décadas. De esta forma, se estima que en la población adulta aparecen de 100 a 500 nuevos casos anuales por cada 100.000 personas[1]. Esta afecta a 100-150 millones de personas en el mundo y el número de enfermos continúa aumentando. La mortalidad anual es estimada en 180.000 por año[3]. En Francia, la cifra de asmáticos se eleva a 3 millones, aunque en sentido general se estima que su prevalencia --específicamente en niños-- es aproximadamente 10 % de la población de los países industrializados; valor promedio que se ha duplicado en las últimas décadas.[1]

Es la más frecuente de las enfermedades crónicas en la infancia. Estudios realizados en población escolar en España-Mallorca demuestran que el 10-15% de los niños escolarizados son asmáticos. Sin embargo, estas cifras no son reales teniendo en cuenta los casos de asma desconocidos, es decir no diagnosticados, ya que el asma es una de las enfermedades más infra-diagnosticadas y más infra-tratadas. Este desconocimiento es debido a que los síntomas de la enfermedad son a veces menos típicos y no son valorados ni por la familia ni por el médico[3].

En México de l948 a l991 aparecen en la literatura reportada una prevalencia de 1.2 a 12.5%, sin embargo hay reportes de otros países donde se establecen

prevalencias que van del 2 hasta el 33%.[3] Esto significa que existe una diferencia de hasta 15 veces en la prevalencia de unos países a otros. Es muy probable que esta gran variabilidad en las prevalencias se deba tanto a factores genotípicos (hereditarios) como ambientales de cada población estudiada, además de las diferencias en las variables utilizadas para el diagnóstico definitivo de Asma en los diferentes estudios epidemiológicos[1]. En Cuba, dicha tasa se calcula en 8,2 % y particularmente en Ciego de Ávila, específicamente Morón se estima que es de 3,6 %[4].

Una de las obligaciones de un sistema médico es obtener los mejores resultados con los recursos existentes buscando maximizar los beneficios obtenidos en la salud de la población, para lo cual los sistemas buscan disminuir la variabilidad de la práctica médica, Cuba no ha sido la excepción a estas necesidades y pretensiones, así lo demuestra el Lineamiento 158 de la política económico social del país, aprobada en el VI Congreso del Partido Comunista de Cuba indica "prestar la máxima atención al desarrollo de la Medicina Natural y Tradicional".[5] En este sentido el Ministerio de Salud Pública ha venido desarrollando un grupo de tareas encaminadas a lograr potenciar tan importante programa, el cual involucra además otros Organismos de la Administración Central del Estado, así como otras instituciones y organizaciones políticas y de masas.[6,7]

Para tratar los síntomas del paciente asmático y su respuesta en las vías respiratorias, “la homeopatía puede ser muy útil para el tratamiento del asma, con las ventajas de que el médico homeópata realizará un abordaje integral del paciente y de que los medicamentos homeopáticos, en general, no presentan efectos secundarios por lo que son especialmente aconsejables en niños, embarazadas, ancianos y personas cuyo organismo pueda estar debilitado”, siendo, numerosos los estudios realizados que hablan sobre los efectos curativos de la misma.[8]

En Cuba a pesar del reconocido desarrollo de la medicina en todos sus órdenes y de la existencia de esta modalidad terapéutica en gran cantidad de países incluso en los más industrializados del mundo, no es hasta 1992 que el Ministerio de Salud Pública decidió incorporar la homeopatía a las llamadas "terapéuticas alternativas". A partir de entonces ha existido un desarrollo

acelerado de esta entidad que es desconocida por la casi totalidad de nuestros profesionales de la salud[9].

Problema científico:

¿Contribuirá el medicamento homeopático **AliviHo ®-ASMA** a la disminución de los síntomas de intercrisis del Asma Bronquial en pacientes pediátricos?

Hipótesis:

Si se aplica el tratamiento homeopático en la intercrisis del Asma Bronquial, entonces es posible lograrla disminución de los síntomas, permitiendo su utilización como tratamiento coadyuvante.

Objetivo General:

1. Aplicar el tratamiento homeopático en la intercrisis del AB en los pacientes pediátricos ingresados en el Hospital Morón.

Objetivos Específicos:

1. Fundamentar los sustentos teóricos sobre el tratamiento homeopático en el AB.
2. Distribuir los pacientes atendidos según grupo de edad, sexo, los factores de riesgo a padecer la enfermedad, mes del año en que aparece y los síntomas presentes en el momento del diagnóstico.
3. Clasificar los pacientes según tipo de crisis de AB.
4. Describir el tratamiento médico.
5. Identificar la respuesta al tratamiento homeopático, sus repertorizaciones y los posibles motivos de negación del tratamiento.
6. Correlacionar el tipo de crisis con la respuesta al tratamiento.
7. Evaluar los resultados del tratamiento con homeopatía en la intercrisis de acuerdo a su efectividad.

II.- MARCO TEÓRICO:

La homeopatía proviene del vocablo (griego ὅμοιος [hómoios], 'igual', y πάθος [páthos], 'dolencia') es un sistema de medicina alternativa creado en 1796 por Samuel Hahnemann basado en su doctrina de «lo similar cura lo similar» (similia similibus curentur), que sostiene que una sustancia que causa los síntomas de una enfermedad en personas sanas curará lo similar en personas enfermas.No obstante, desde la época de Hahnemann, el uso de los medicamentos homeopáticos ha ido evolucionando en distintas direcciones, configurándose diversos métodos que, actualmente, se engloban bajo el término de "homeoterapia". De este modo, la homeoterapia agrupa a todos los métodos terapéuticos que utilizan medicamentos homeopáticos[10].

Es en esta ola de difusión cuando la Homeopatía llegó a España: en 1821 aparece la primera noticia sobre este método en la revista "Décadas Médico-Quirúrgicas y Farmacéuticas de Madrid", y en 1826 se publica un artículo sobre Homeopatía en el "Diario General de Ciencias Médicas de Barcelona", que publicó otros dos artículos en 1828 desarrollando de forma más extensa esta terapéutica[11,12].

A partir de esta época, la historia de la Homeopatía en España se irá vinculando con la familia real: María Cristina de Borbón-Dos Sicilias, prometida de Fernando VII e hija del rey de Nápoles Dos Sicilias Francisco I, llega a España en 1829 y con ellos viene su médico, el doctor Cosmo María de Horatiis, con notable experiencia en Homeopatía, que presenta su actividad ante la Real Academia de Medicina[11,12].

En 1845, se fundó en España la primera asociación de médicos homeópatas españoles, la Sociedad Hahnemanniana Matritense, autorizada por R.O. de 23 de abril de 1846, motor de la Homeopatía en este país y promotora de la creación en Madrid del Instituto Homeopático y Hospital de San José, inaugurado en 1878, año en el que, además de la atención homeopática hospitalaria se imparte formación académica homeopática, autorizada y subvencionada por el gobierno español durante los años 1878-1888, y se establece un importante consultorio Homeopático benéficoasistencial que atendía a decenas de miles de pacientes a lo largo de su existencia.

Conjuntamente, cuentan con 50 años de prensa homeopática y nueve cabeceras periodísticas[11,12].

Poco después, uno de sus estudiantes, Clemens von Bönninghausen, creó el libro terapéutico de bolsillo, otro repertorio homeopático[13].El primer repertorio de este tipo fue Symptomenkodex (1835) por Georg Jahr, publicado en alemán y el primer repertorio en traducirse al inglés (1838) por ConstantineHering como Repertory to the more CharacteristicSymptoms of Materia Medica (Repertorio de los síntomas más característicos de materia medica). Esta versión se centró menos en las categorías de enfermedad y sería el precursor de las obras tardías de Kent[14,15]. Consiste en tres grandes volúmenes. Tales repertorios incrementaron en tamaño y detalles con el pasar del tiempo.

La aportación quizá más importante a la evolución y actualización de la terapéutica homeopática se debe a otro médico alemán, el Dr. Hans-Heinrich Reckeweg (1905-1985), cuyo mérito fue el de unir los avances habidos en las ciencias médicas básicas (biología molecular, fisiología, anatomía patológica, etc.) con posterioridad a Hahnemann y la experiencia terapéutica atesorada por la homeopatía[16].

Entre los años 1948 y 1949 los principios homeopáticos recibieron una fundamentación científica basada en los experimentos y hallazgos del Dr. Hans-Heinrich Reckeweg. Su publicación Homotoxicología le abrió nuevas sendas al tratamiento Homeopático. Creó el término de homotoxicología para catalogar sus estudios e investigaciones sobre el fenómeno de enfermar humano, concebido como desequilibrio biológico producido por diversos factores y agentes etiológicos, que reciben la denominación general de homotóxinas. En este sentido, la enfermedad puede definirse como la manifestación de las reacciones de defensa que el organismo activa para proteger su integridad o su equilibrio funcional ante la agresión por homotóxinas, o bien representa el intento de compensar las lesiones provocadas por las mismas, teniendo por tanto, desde el punto de vista biológico, un significado favorable[16].

El asma bronquial (AB) es la enfermedad respiratoria crónica más frecuente del mundo[17]. Presenta un alta prevalencia en la edad pediátrica y elevada morbilidad[18]. Cerca de 300 millones de personas la padecen incluyendo los niños, que aporta 13 millones de casos[19,20], provocando gran número de hospitalizaciones y muertes, con una mayor frecuencia en los países subdesarrollados.

Se reporta un aumento en su prevalencia en países como Inglaterra, Nueva Zelanda, Australia y Estados Unidos[21].En el Reino Unido se reporta la mayor incidencia de crisis asmática de toda Europa[22]. En Italia el 9% de los adolescentes y el 5% de los niños reportan asma severo[23]. En Australia se reporta el 14% de los pacientes pediátricos afectados[24]. La prevalencia del AB en EEUU en niños es mayor del 10% [25].

La prevalencia del asma bronquial en Chile es de9–16% en niños de 6-7 años y 7–12% en niños de 13-14 años, siendo responsable de menos de 0,5% del total deegresos hospitalarios en todo el país. La mortalidad por asma en la población infantil es baja (0,02 por 100.000personas menores de 20 años), si comparamos con países comoEstados Unidos donde alcanza 0,28 por 100.000 personasmenores de 20 años. Se estima que 10% de los pacientesasmáticos hospitalizados requieren ingreso a Unidad de PacienteCritico (UPC), con una mortalidad de 4% en quienes requierenventilación mecánica invasiva (VMI)[26.] En Argentina ocurren 400 muertes, de estas el 10% entre 5 y 39 años[27.] En Perú la prevalencia de esta enfermedad es de 16,29 %[28]y en Ecuador se reporta como la principal causa de morbilidad en niños y niñas[21].

En Cuba, la tasa bruta de mortalidad por AB, en el año 2019, fue de 2.9 x 100000 habitantes y en Ciego de Ávila de 83.7 x 1000 habitantes, la misma se incrementa en cada grupo etáreo, de 48.2 x 1000 habitantes, en el niño de 1-4 años a 172.9 en el de 15-18 años[29].

En 2010 se estima que hay 10.000 médicos que prescriben medicamentos homeopáticos ocasional o habitualmente. La popularización de la Homeopatía durante las dos últimas décadas del siglo XX despertó el interés de diferentes profesionales de la salud-farmacéuticos. Así en el año 2011, todas las farmacias españolas tenían acceso a medicamentos homeopáticos en 24

horas. En estos últimos años, los Congresos Nacionales de Homeopatía se celebran cada dos años: 2008 en Valladolid, 2010 en Barcelona, 2012 en Oviedo, Madrid en 2014, Sevilla 2016, Valladolid 2018.España, la Homeopatía siguió desarrollándose, estimando el Dr. Augusto Vinyals Roig (1886-1951), tras la celebración en Barcelona del I Congreso Homeopático Internacional en 1924 (organizado por la Academia Médico Homeopática de Barcelona) que había 124 médicos homeópatas en España en el año 1925, cifra proporcionalmente comparable a la de otros países como Francia, Reino Unido o Alemania. Tras este congreso, se organizaron otros dos en Madrid: 1929 (en la sede de la Fundación Instituto Homeopático y Hospital de San José) y 1933, con una muy activa presencia de los Drs. Manuel Torres Oliveros y Anselmo Hernández Jordán -VII Congreso de la Liga Internacional Homeopática- y un gran apoyo institucional, tanto político como académico, contándose entre sus miembros de honor el Prof. Santiago Ramón y Cajal y el Rector de la Universidad Central, pronunciando sendas conferencias el Dr. Gregorio Marañón y Salvador de Madariaga. Los participantes fueron recibidos el 25 de julio de 1933 en los jardines de La Granja de San Ildefonso por el Presidente de la República, D. Niceto Alcalá Zamora[30].

Hoy en día se estima que en todo el mundo existen más de 248.400 médicos especializados en Homeopatía, a los que habría que añadir los profesionales médicos que utilizan este método terapéutico con regularidad y otros profesionales de la salud no médicos, unos 236.300, que están oficialmentecalificados y habilitados para prescribir o aconsejar estos medicamentos. En cuanto al número de personas que utilizan habitualmente medicamentos o tratamientos homeopáticos, se estima en una cifra superior a los 300 millones de pacientes de todo el mundo[11].

La prevalencia en Latinoamérica reportada por el estudio ISAAC (International StudyonAsthma and Allergies in Childhood) tuvo una media de 15.9%, dicho estudio se desarrolló con el objetivo de investigar el asma[31].

Antecedentes en Cuba.

En el siglo XIX existió un gran desarrollo de la homeopatía en Cuba, que se vio frenado con el advenimiento del siglo XX. No obstante, durante los primeros 50

años del actual siglo, se mantuvo un reducto de esta práctica en la capital, la cual no fue tan divulgada y si algo se conoció de ella, fue más bien en las capas sociales medias o altas[32].

Con el triunfo de la revolución cubana, se produjeron cambios radicales en todos los órdenes entre los cuales figura el establecimiento de un sistema único de enseñanza de la Medicina en toda la nación, la llamada "medicina convencional", "occidental" o "alopática", y quedó a un lado la homeopatía. Sólo perduró como referencia histórica para los más adultos y ancianos que vivieron esa época[32].

No es hasta 1992 que el Ministerio de Salud Pública de Cuba decidió incorporar la homeopatía a las llamadas "terapéuticas alternativas".Ese mismo año se promovió en Ciudad de La Habana el primer curso intensivo para médicos y farmacéuticos que fue impartido por prestigiosos homeópatas mejicanos.Los alumnos de este grupo formaron las bases del actual Grupo Cubano de Homeopatía "Dr. Juan Antiga" adscrito a la Vicedirección Provincial de Medicina Alternativa de Ciudad de La Habana y desde 1992 hasta la fecha han recibido diferentes cursos, conferencias y conversatorios de homeópatas de varias nacionalidades, entre ellos: argentinos, belgas, brasileños, españoles, italianos, mejicanos y venezolanos.En 1993 se autorizó por primera vez a 10 médicos la prescripción de medicamentos homeopáticos y a 10 farmacéuticos su dispensarización dentro de las reglamentaciones de este Grupo[32].

El uso de las medicinas alternativas y complementarias entre los pacientes con asma se ha incrementado significativamente. Buena parte de estos pacientes presentan malas puntuaciones de calidad de vida, es decir, los pacientes con cuadros más severos o poca respuesta al tratamiento convencional, son quienes buscan las medicinas alternativas[33].

Sin embargo, la eficacia de la homeopatía en el manejo del asma no ha sido explorada a través de una revisión, y este paso es fundamental para lograr una adecuada aplicación e integración del tratamiento[34].

La integración de la homeopatía dentro del sistema médico occidental ha sido progresiva y aunque se han hecho muchos avances, este proceso no ha terminado del todo. Son varios los críticos que sugieren que el efecto de la

homeopatía en el manejo de muchas enfermedades es similar al del placebo. La integración de la homeopatía basada en la evidencia, es la mejor aproximación ya que brinda mayor certeza a pacientes, familiares y profesionales de la salud, sobre el comportamiento de los desenlaces de la enfermedad[35].

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que casi el 80% de los individuos, confían en medicinas tradicionales para resolver sus principales necesidades de salud. La medicina tradicional (MT) y la medicina complementaria y alternativa (MCA), están adquiriendo más atención dentro del contexto de la provisión de atención sanitaria y la reforma del sector salud. En Latinoamérica, la Oficina Regional de la OMS para las Américas (AMRO/PAHO) informa que el 71% de la población en Chile y el 40% de la población de Colombia, utiliza la MT. En muchos países desarrollados, determinadas terapias MCA son muy populares. Varios informes gubernamentales y no gubernamentales indican que el porcentaje de la población que ha utilizado la MCA es de un 70% en Canadá[36].

Tanto la guía americana como GINA[37], abogan por una valoración de síntomas diurnos, síntomas nocturnos y función pulmonar antes del inicio del tratamiento. GINA establece además otra clasificación adicional para cuando el paciente está recibiendo tratamiento, basada en la anterior y en la medicación que requiere para el control; esta clasificación resulta bastante compleja para su uso rutinario. En cuanto a la exploración física, las sibilancias son el signo más característico, si bien no son específicas de asma pueden no aparecer, incluso en las crisis graves. Existen distintos métodos para clasificar la gravedad del asma, que difieren en el propio planteamiento conceptual, además de las diferencias existentes en los criterios de clasificación[37].

En la actualidad en homeopatía, repertorizares el estudio del conjunto de síntomas del paciente, en base al repertorio, con el fin de decidir el medicamento que debe ser prescrito[38]. Algunos definen, repertorización como la evaluación de la respuesta al tratamiento homeopático[38] y permite determinar si se mantiene el tratamiento se retira o se continua con el convencional.

Tabla de repertorización. La numeración correspondería al grado del repertorio con que el medicamento cubre al síntoma. En este caso el medicamento dos tendría más puntuación matemática global y podría ser el más indicado en este caso.

SINTOMA	MEDICAMENTO 1	MEDICAMENTO 2	MEDICAMENTO 3	MEDICAMENTO 4	.../.../...
Síntoma 1	2	3	1	0	
Síntoma 1	1	3	1	2	
Síntoma 1	0	2	0	3	
Síntoma 1	3	3	0	0	
.../.../...					

III.- MATERIALES Y MÉTODOS:

Diseño: Se realizó un estudio pre experimental de todos los pacientes pediátricos diagnosticados e ingresados con AB, en la sala de vías respiratorias del hospital Morón, a los cuales se les indica tratamiento homeopático para su aplicación posterior al egreso, en el periodo intercrisis, entre septiembre de 2018 a septiembre de 2019.

Para la metodología de la aplicación del tratamiento homeopática:

El AliviHo ®-ASMA.

Tipo de producto: Medicamento homeopático.

Forma farmacéutica: Gotas sublinguales.

Vía de administración: Sublingual.

Forma de presentación: Frasco de vidrio ámbar y tapa-gotero de PP con 15 o 30 mL.

Composición: Cada 1 ml (20 gotas) contiene: Dinamodiluciones homeopáticas a la 12CH de Aconitum napellus, Aralia racemosa, Arsenicum iodatum, Blatta orientalis, Carbovegetabilis, Drosera rotundifolia, Rumex crispus y Spongia tosta en solución hidroalcohólica al 30%.

Usos recomendados: Medicamento homeopático recomendado como tratamiento auxiliar de las crisis de asma incluyendo la tos y la dificultad para respirar. La acción clínica de cada componente para el uso recomendado es el siguiente:

Componente Coadyuva al alivio de:

- Aconitum napellus: Disnea, hiperventilación estertorosa
- Aralia racemosa: Tos seca y espasmódica
- Arsenicum iodatum: Inquietud, asma, tos bronquitis crónica, irritación de membranas, agotamiento
- Blatta orientalis: Bronquitis, disnea
- Carbovegetabilis: Disnea cianosis, tos, agotamiento, fatiga.
- Drosera rotundifolia: Tos espasmódica, respiración asmática.
- Rumex crispus: Irritación de garganta y ronquera, dolor en el pecho

- Spongiatosta: Sequedad de vías respiratorias, disnea, respiración entrecortada

Posología: se recomienda la administración de una dosis (5 gotas sub linguales) 4 veces al día durante al menos 5 días. En caso de agudización de los síntomas, puede administrarse una dosis (5 gotas sub linguales) cada 1 hora y luego, en la medida en que se alcance la mejoría, disminuir gradualmente la frecuencia hasta la posología recomendada de 4 dosis diarias. Se recomienda no exceder los 21 días de tratamiento. Durante el tratamiento deben respetarse los horarios de sueño.

Contraindicaciones: Hipersensibilidad al medicamento o a sus componentes.

Precauciones: el uso de este producto no excluye, sustituye o limita la aplicación de otros tratamientos. Este producto contiene etanol al 30%, por lo que en niños menores de 10 años, embarazo, lactancia, geriatría y en personas sensibles (desórdenes hepáticos o alcoholismo), recomendamos diluirlo en ¼ vaso de agua.[6]

Advertencias: No manipular o administrar este producto en presencia de olores fuertes (perfume, tabaco, ambientadores, mentol, desinfectantes, etc.). No administrar junto con comidas o bebidas.

Se recomienda, no fumar, beber, comer o lavarse los dientes 20 minutos antes y después de la administración. Mantener alejado de equipos electrónicos que generen ondas electromagnéticas fuertes (Televisores, microondas, computadoras, celulares, radios, teléfonos inalámbricos, refrigeradores, etc).

En caso de aparición de síntomas severos asociados a los usos recomendados u otros signos no relacionados, se debe acudir al médico. Interacciones medicamentosas y reacciones adversas: No se han descrito.

Instrucciones para su uso: Antes de administrar cada dosis se sugiere golpear al menos 10 veces el frasco contra la palma de la mano. Se recomienda la administración sublingual con la boca completamente limpia y libre de olores fuertes y cualquier sabor. Por lo que no se debe comer, beber, cepillarse los dientes ni fumar 20 minutos antes o después de la administración del medicamento.

En caso de administrar el producto diluido en agua potable (¼ vaso), este se debe retener en la boca durante 5 segundos garantizando el contacto sublingual. Se recomienda además evitar el contacto del cuentagotas, el

interior de la tapa o el medicamento con las manos o labios.

Se sugiere dispensar previamente cada dosis (5 gotas) en la tapa del frasco y luego administrar debajo de la lengua.

Condiciones de almacenamiento: Protéjase de la luz. No refrigerar. Mantenga el frasco dentro del estuche.

Previa a la selección de los niños para el estudio se le brindará a la madre o representante la información necesaria sobre el medicamento a aplicar, se le orientará como administrarlo durante el seguimiento en el hogar y de aceptar participar contaremos con su consentimiento informado. (Anexo No.1)

En el estudio solo se utilizó la dosis de intercrisis 4 veces al día por 5 días. Los pacientes que se encuentran hospitalizados se incluyen en el estudio si cumplen con los criterios de inclusión. Se les indica el medicamento homeopático cuando la crisis causante del ingreso haya cesado comenzando 5 días después del egreso, y se citan al 5to día posteriores después de culminar el tratamiento homeopático para la primera repertorización, la segunda y tercera repertorización se realizará a los 15 y 30 días de finalizado el tratamiento y el paciente solo se mantendrá con el tratamiento intercrisis convencional utilizado. Si los padres no acuden a la consulta se visitaran por el médico de la familia en coordinación con el pediatra del área.

Durante la administración del **Aliviho-Asma** se mantendrá el tratamiento intercrisis indicado ya se trate de agonistas beta 2 inhalados, esteroides inhalados o intravenosos, teofilina oral, montelukast, antihistamínicos, etc, dependiendo de las particularidades de cada caso.

La repertorización para evaluar el medicamento homeopático se realizará a los 5, 15 y 30 días. Evaluando los síntomas siguientes: tos seca, disnea, silbidos en el pecho, secreciones o flemas.

El **universo** estuvo constituido por todos los pacientes en edad pediátrica entre 3 años- 17 años, hospitalizados por AB a los cuales se les indica como tratamiento de intercrisis el tratamiento homeopático y fue de 158 casos. La muestra fue de 82 casos, cumpliendo con los criterios de inclusión y exclusión a través del muestreo no probabilístico de tipo intencional.

Criterios de inclusión:

- Paciente entre 3 años y 17 años.
- Con diagnóstico de AB formas intermitentes, persistentes leves y moderadas.
- Consentimiento de los padres o tutores en participar en el estudio.
- Pertenecer al área norte del municipio de Morón.

Criterios de exclusión:

- Patología crónica asociada que interfiera en el tratamiento.

Criterios de salida:

- Traslado hacia otro centro previo al estudio.
- Ingreso en unidad de cuidados pediátricos por otra causa o por formas persistentes graves.
- Fallecimiento.

Métodos de obtención de la información:

Métodos de nivel empírico:

- Observación: Permite determinar los síntomas al ingreso, clasificar según intensidad del AB y respuesta al tratamiento.
- Hoja de compilación de datos: Se recogen los datos obtenidos de las historias clínicas durante el ingreso previo y los resultados de las encuestas aplicadas a los pacientes.(Anexo No.2)
- Encuestas: Permite determinar los antecedentes patológicos personales, características de la enfermedad, respuesta al tratamiento médico y homeopático.

Principales variables de medición de respuesta.

Variable dependiente: Lograr la **disminuciónde los síntomas** siendo capaz de controlar los procesos inflamatorios crónicos que se presentan en esta enfermedad, así como impedir un proceso infeccioso asociado que es lo más frecuente en esta enfermedad, sobre todo en las edades pediátricas, influyendo de manera similar a la medicación alopática.

Variable independiente: Tratamiento homeopático: Es una rama de las ciencias médicas, un método terapéutico que se basa en administrar dosis ultradiluidas, según la farmacopea homeopática, de sustancias medicamentosas para activar las propias defensas de nuestro organismo y llegar suavemente a la mejoría o curación de las enfermedades.Sus sustancias producen efectos semejantes a los síntomas de la enfermedad, que se desea combatir y es una de las llamadas "medicinas alternativas" más conocidas y que goza de mayor aceptación por el médico e investigador sajón Christian Friedrich Samuel Hahnemann (Meissen 1755 – París 1843) a fines del siglo XVIII.

Operacionalización de variables:

1.- Edad

1.1 De 3-5 años

1.2 De 6-12 años.

1.3 De 12-17 años.

2.- Sexo.

2.1 Femenino.

2.2 Masculino.

3.- Factores de riesgo:

3.1 Comienzo precoz de las crisis, antes de los 2 años.

3.2 Madre con AB.

3.3 Pruebas de alergias positivas.

3.4 Alteraciones de la función ventilatoria pulmonar persistente.

3.5 Catarros frecuentes.

4-Meses del año

5.- Síntomas intercrisis referidos por la madre o el tutor.

5.1 Tos.

5.2 Silbidos en el pecho.

5.3 Secreciones (flemas).

5.4 Disnea o fatiga (Sensación de esfuerzo respiratorio).

5.5 Palabras entrecortadas o con monosílabos.

6.- Intensidad de las crisis[39].

6.1 Intermitente: síntomas menos de una vez por semana, exacerbaciones breves y síntomas nocturnos no más de dos veces al mes. FEV1 y PEF ≥ 80% predicho, variabilidad diaria de ambos < 20%.

6.2 Persistente leve: síntomas más de una vez a la semana pero menos de una vez al día. Las exacerbaciones pueden afectar el sueño. Síntomas nocturnos más de una vez al mes. FEV1 y PEF ≥ 80% del predicho y variabilidad entre el 20-30%.

6.3 Persistente moderada: síntomas diarios, exacerbaciones que pueden afectar a la actividad y el sueño. Síntomas nocturnos más de una vez a la semana. Necesidad de usar diariamente beta-miméticos. FEV1 y PEF entre el 60-80% del predicho con variabilidad > 30%.

7.- Tratamiento médico impuesto.

7.1 Antihistamícos.

7.2 Broncodilatadores inhalados.

7.3 Esteroides inhalados.

7.4 Montelukast.

7.5 Esteroides orales.

7.6 Teofilina.

7.7 Otros.

8.- Respuesta al tratamiento homeopático.

8.1 Respondedores.

8.1.1 Repertorizaralos 5 días con respuesta después del tratamiento.

8.1.2 Repertorizar a los 15 días, con respuesta a los 5 y 15 días después del tratamiento.

8.1.3 Repertorizar a los 30 días, con respuesta a los 5, 15 y 30 días después del tratamiento.

8.2 Sin respuesta al tratamiento homeopático.

9.- Evaluación del tratamiento homeopático.

9.1.1 Eficiente: Cuando al reevaluarse no presenta tos, disnea, estornudos, sibilancias, etc.

9.1.2 Parcialmente eficiente: Cuando aparecen 1 o 2 síntomas como tos seca, disnea leve, sibilancias, coriza persistente, secreción nasal clara, etc.

9.1.3 No eficiente: Desencadena crisis igual que antes del tratamiento.

Se evalúa a los 5, 15 y 30 días.

Métodos estadísticos:

Se crea una base de datos con el sistema SPSS, versión 21.0 para Windows, se utilizó la estadística descriptiva e inferencial. Las variables cualitativas se expresaron como frecuencias absolutas y porcentaje, para la comparación de variables cualitativas el test de Chi cuadrado. Además de la media y desviación típica para la edad. Se utilizó el test de Anovade un factor, el mismo genera un análisis de varianza de un factor para una variable dependiente cuantitativa respecto a una única variable de factor (la variable independiente). El análisis de varianza se utiliza para contrastar la hipótesis de que varias medias son iguales. Permitiendo establecer las variables significativas y cuales mostraron relación con el tratamiento homeopático. Se aplica el Coeficiente de Correlación de Tau_b de Kendall que mide la asociación entre órdenes de rangos. Un valor 0 indica que no existe una relación lineal, se considera

significativo al nivel $p<0,005$.Los resultados se mostraron en gráficos y tablas, el gráfico de correlación se realizó en el sistema estadístico SPSS versión 21.0 para Windows para su mejor comprensión.

Aspectos éticos.

El estudio previo a su realización fue aprobado por el Consejo Científico y el Comité de Ética de la Investigación, se llena planilla de consentimiento informado por los padres y tutores donde se explica las características del estudio y se procede a la firma del mismo.

IV.- ANALISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.

Tabla 1. Distribución de los pacientes asmáticos con tratamiento homeopático según grupos de edades y sexo.

Variable	No.	%
Edad 3-5ª	44	53,7%
6-12ª	27	32.9%
13-17ª	11	13,4%
Total	82	100,0%
Sexo M/F	42/40	51,2/48,8%
Edad promedio	5,63 años.	
Media	0,60	
Desviación típica	0,78	

Fuente: Hoja de compilación de datos.

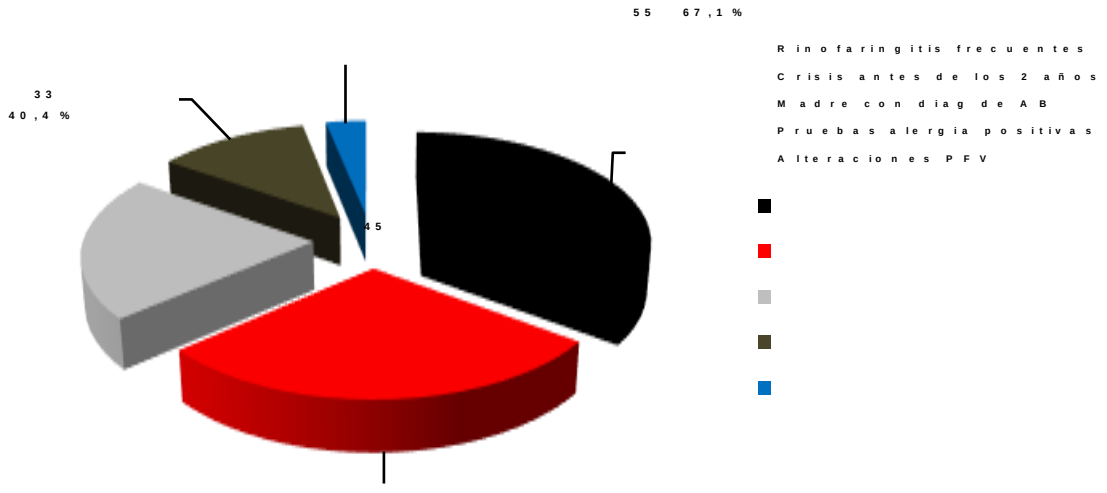
Los preescolares y escolares son el grupo etáreo más frecuente (3-5 años) en la serie, con significación estadística (p<0,000), a pesar que el Anuario Estadístico de salud del 2020, reporta una tasa de incidencia del AB de 48,2 x 1000 habitantes en el grupo de 1-4 años en relación a los de 15-18 años que fue de 172,9 x 1000 habitantes[29].

En un estudio realizado por Soler y otros, predominan los niños de 1-4 años, mientras que los adolescentes aportan pocos casos, muy similar al estudio actual[40]. Zambrano en su serie de pacientes asmáticos, distribuyen como más frecuentes los de 7-14 años diferentes a estos resultados[31].

Los resultados obtenidos van acorde a lo planteado por la mayoría de los autores de la literatura mundial, siendo la edad de comienzo de las primeras crisis entre el tercero y cuarto año de vida, mientras que en niños lactantes o con uno o dos años padecen de crisis de sibilancias que no se corresponden con una crisis de asma ya que en su etiopatogenia intervienen otros factores anatómicos y fisiológicos[31].

En relación al sexo, no existen diferencias significativas en cuanto a este, con un 51,2% en los varones en relación a las hembras, existen literaturas mundiales que expresan que en la infancia predomina el asma en varones[31,40,41].

Grafico 1. Distribución de pacientes asmáticos según factores de riesgo encontrados.



n = 82.

Fuente: Hoja de compilación de datos.

La bibliografía médica informa a la rinitis como factor de riesgo o desencadenante del AB, como lo expresado por Soler y otros[40], Sarago y Sánchez[41]. Al igual que en esta serie, se asocian a infecciones respiratorias virales[50].

La aparición de crisis asmáticas está dado por la presencia de una base genética y las infestaciones víricas que desencadenan la hiperreactividad bronquial y la hipersecresión de moco, responsable de las exacerbaciones en los pacientes pediátricos.

Otros autores le dan mayor fuerza a los antecedentes maternos de AB como lo reportado por Zambrano en su serie[31].

Estudios prospectivos a largo plazo en niños hospitalizados con diagnóstico de virus respiratorio Sincitial mostrado que, aproximadamente, el 40% continuarán con sibilantes o tendrán asma en el futuro. Por otro lado, la evidencia también indica que, ciertas infecciones respiratorias tempranas en la vida, incluidos el sarampión y en algún momento el virus antes mencionado, pueden proteger en vez de agravar del desarrollo de asma. Respecto a las infecciones parasitarias, aunque en general no protegen contra el asma, la infección por anquilostoma puede reducir el riesgo.La interacción entre atopia e infecciones virales parece

tener una relación compleja, dentro de la cual el estado atópico puede influir en una menor respuesta de las vías aéreas ante estas infecciones virales, actuando sobre el desarrollo de sensibilización alérgica. Esta interacción puede ocurrir cuando los individuos se exponen simultáneamente a alérgenos y a virus[51].

La corta edad está reconocida como un factor de riesgo importante para la evolución a la gravedad de la crisis aguda de Asma Bronquial. Los niños que desarrollan asma en el primer año de nacidos y aquellos de 9-16 años, tienden a tener una enfermedad mucho más severa[42]. Perdomo y otros en su serie clasifica los pacientes asmáticos igual que esta serie[43].

Grafico 2. Distribución de pacientes asmáticos según meses del año en los que recibieron atención médica.

Fuente: Hoja de compilación de datos.

Los meses de frio o cambios de tiempo se observa el mayor número de casos como muestra el gráfico. Se conoce que los cambios de clima influyen en la aparición de las exacerbaciones asmáticas en los pacientes, tanto niños como adultos, aunque no es el factor desencadenante fundamental en series de casos[44].

Vargas Becerra informa una prevalencia que varia del 5 al 12% en zonas de Ciudad México con gran altitud y Mérida en Yucatán zona con abundantes lluvias[45].

Cruz en su capítulo sobre AB, en cuanto a los factores inespecíficos desencadenantes se relacionan el clima y las estaciones. Las regiones de clima húmedo y, en igualdad de condiciones de humedad, en lasregiones frías yen las próximas al mar, son factores favorecedores los cambios bruscos de temperatura, a través de mecanismos inespecíficos, al motivar en el árbol respiratorio estados de edema bronquial o reactivando procesos infecciosos de vías respiratorias altas. En especial las modificaciones bruscas de presión atmosférica, humedad ambiente y dirección e intensidad del viento, intervienen de forma desfavorable. La enfermedad suele experimentar cambios

desfavorables en el paso de una estación a otra, sobre todo en primavera y otoño[38].Saragó y otros relacionan el clima frío con mayor frecuencia de episodios de sibilancias[41].

Existen varios estudios que analizan las influencias estacionales en el AB predominando en los fríos y húmedos[46-49].

En Cuba, predomina el clima cálido y húmedo, con temperaturas muy elevadas casi todo el año, antes cualquier cambio en la misma después de lluvias o frentes fríos se producen variaciones de la temperatura que son percibidos por los pacientes y que desencadenan las crisis asmáticas.

Tabla 2. Distribución de los pacientes asmáticos según síntomas presentes al momento del diagnóstico

Síntomas	**No.**	**%**
Tos	58	70,7
Secreciones frecuentes	36	43,9
Disnea	30	36,6
Sibilancias	19	23,2
Otros	26	31,7

n = 82.

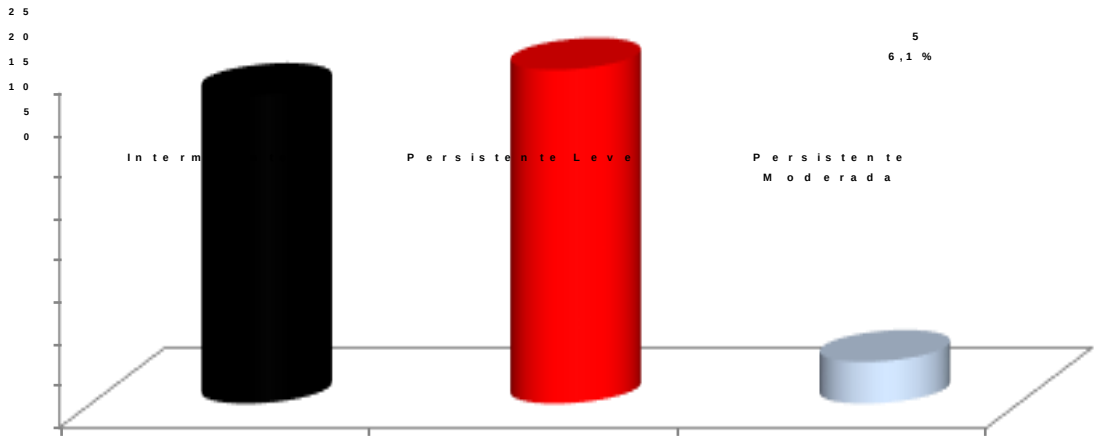
Fuente: Hoja de compilación de datos.

La tos y las secreciones frecuentes fueron los síntomas más representativos en esta casuística para un 70,7 y 43,9% respectivamente.

Mediplus reporta en los casos de AB no grave la presencia de dificultad respiratoria, tos seca frecuente y sibilancias como los síntomas principales del paciente con dicha enfermedad[51]. La misma junto a la disnea y las sibilancias a repetición puede ser diagnostico clínico de la enfermedad[53,54].

El diagnóstico del asma no solo se basa en la historia clínica donde la disnea, las sibilancias, la opresión torácica y la tos de predominio nocturno y vespertino son síntomas muy sugestivos, pero no diagnósticos. Ellos pueden desaparecer espontáneamente o con tratamiento broncodilatador[55]. Deben apoyarse en otros como los antecedentes, la asociación con otras enfermedades alérgicas, la repetitividad, los valores de inmunoglobulina E, la respuesta al tratamiento, las pruebas respiratorias, entre otras[56].

Gráfico 3. Distribución de pacientes asmáticos según tipo de crisis de acuerdo a su intensidad.



Fuente: Hoja de compilación de datos.

La clasificación establecida para el AB es la referida por Cruz y colaboradores en el Tratado de Pediatría, predominando las formas persistentes leves e intermitentes[38]. Siendo las formas persistentes leves con significación estadísticas las más observadas sobre las demás (p<0,000).

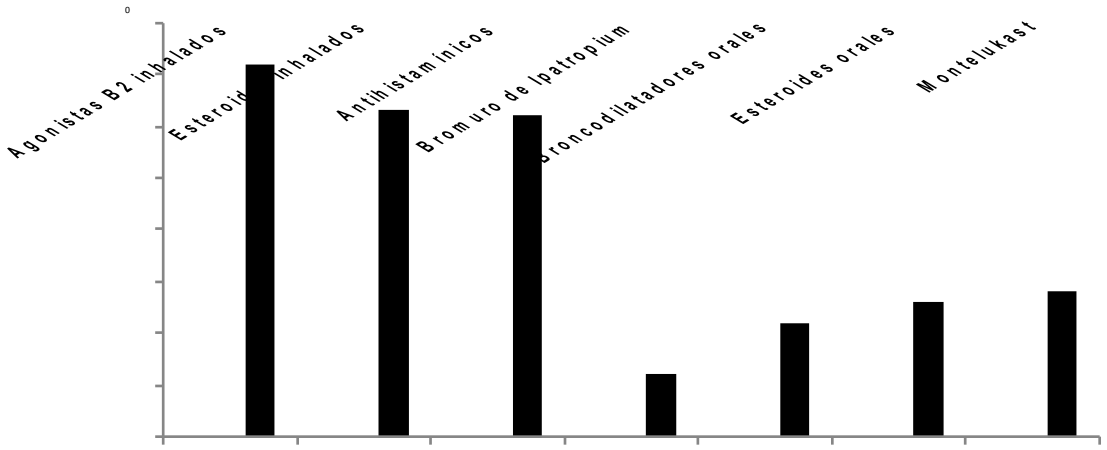
Al aplicar el Test de Anova de un factor para comparar medias en relación a la aplicación del tratamiento homeopático, se demuestra con significación estadística que las variables clasificación de la crisis según intensidad (p<0,001) y la eficiencia del tratamiento (p<0,000) son las que influyen en el mismo.

Zambrano en su trabajo muestra un 60% de casos con formas intermitentes y de formas persistentes leves[31]. Igualmente Saragó y Sánchez en la muestra de ellos predominan las formas persistente leve seguidos de los intermitentes[41].

Existen también quien las clasifica según su gravedad, existiendo varios problemas al clasificarla, pues suele modificarse con el tiempo; de ahí que en las personas que la padecen en la categoría leve, también pueden presentarla de forma moderadas o graves lo cual podría ocasionar la muerte en cualquier momento[41]. No distribuida de esta forma en la presente serie de casos.

Por otra parte, en los pacientes con sibilancias inducidas por cualquier virus, sobre todo en los niños, alternan los episodios de agravamiento con la ausencia de síntomas por períodos prolongados de meses[41] (asma intermitente).

Gráfico 4. Distribución de pacientes asmáticos pediátricos según tratamiento convencional intercrisis impuesto.



n = 82.

Fuente: Hoja de compilación de datos.

El tratamiento del AB intermitente y las formas persistentes leves, se utilizan los agonistas B2 inhalados y como segundo paso los esteroides inhalados, muchos de ellos asociados a los antileucotrienos, dependiendo de la decisión médica. Lo cual se corresponde con este grupo de medicamentos utilizados en este estudio, la indicación de los antihistamínicos se basa en las bases alérgicas de estos pacientes[56].

Los medicamentos antiinflamatorios son los más utilizados, ya que pueden llegar a modificar la hiperreactividad bronquial (HRB), mientras que los

broncodilatadores sólo actúan en las exacerbaciones o como terapia de apoyo para lograr el control, y no deben utilizarse como terapia continua[56].

En este estudio no se utilizó como tratamiento de base la inmunoterapia, solo indicada luego de valoración con alergología, aunque se encuentra indicada para los pacientes alérgicos no así los antihistamínicos[56].

Tabla 3. Distribución de pacientes asmáticos según tratamiento homeopático y su repertorización.

Dosis	**No**	**%**
Ciclo único x 5 días	**82**	**100**
Repertorizaral 5to día	43	52,4
Repertorizar a los15 día	39	47,6
Repertorizara los 30 días	35	42,7
Sin respuesta	39	47,6

n = 82

Fuente: Hoja de compilación de datos.

No existen muchos estudios, en las revistas nacionales y en revistas de habla hispana como el portal medigrapy, sobre homeopatía en las diferentes enfermedades pediátricas y mucho menos en el AB, se recogen siete estudios sobre el tema, tres en hospitales y cuatro en la APS, hasta el año 2012, lo cual queda plasmado en una publicación médica[57]. A partir de este año se reportan solo 2 trabajos nacionales sobre el tema, y ninguno de series de casos, aunque existen otros sobre el uso de la homeopatía en las neumonías, catarro común, cefalea vascular y obesidad[58-61].

La terapéutica antiasmática homeopática es capaz de controlar los procesos inflamatorios crónicos que se presentan en el AB, así como impedir un proceso infeccioso asociado que es lo más frecuente en esta enfermedad, sobre todo en las edades pediátricas, influyendo de manera similar a la medicación alopática en los valores obtenidos por la eritrosedimentación, el conteo global de leucocitos y el conteo periférico de linfocitos[62].

En este estudio, los autores observaron que de los 82 casos que representan la muestra, el 52,4% (43) respondieron adecuadamente al tratamiento con el ciclo de 5 días con el Alivio-Asma al repertorizarse al 5to día. Aunque se observa que los padres refieren incremento de algunos síntomas ocasionales al realizar la repertorización de los casos a los 15 y 30 días de culminado el tratamiento, durante el examen físico se encontraron hallazgos clínicos de crisis de AB.

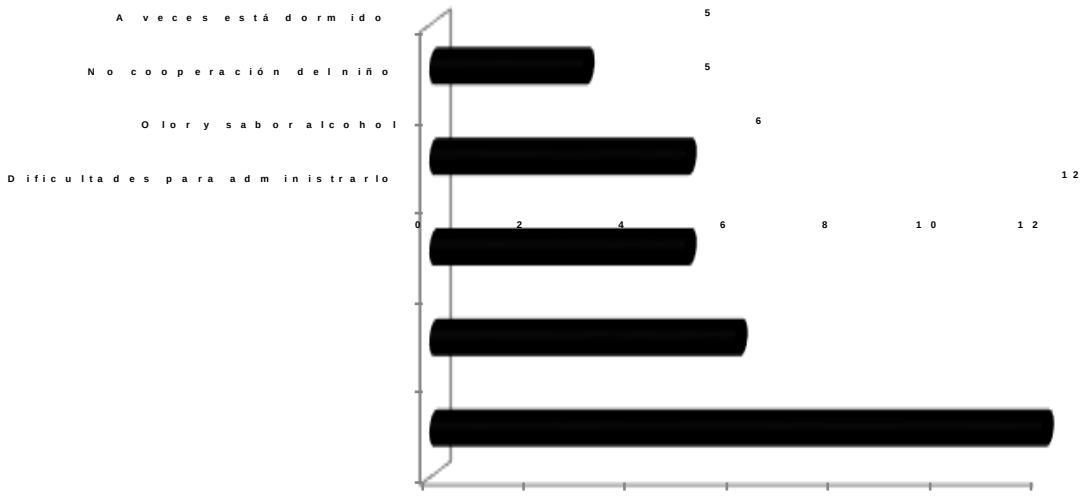
La Medicina Bioenergética incluye un conjunto de métodos, no convencionales, algunos de ellos de reciente aparición desarrollados a partir de técnicas antiguas, con la finalidad de restablecer y mantener el funcionamiento armónico

del organismo humano. Una mayor y mejor asistencia sanitaria no consiste tan sólo en la práctica de costosos tratamientos y sofisticados equipos sino, ante todo, en educar sanitariamente a la población en la utilización de los recursos de la naturaleza como son el conocimiento de la Bioenergética, el uso de las plantas, agua, luz, aire, sol, arcilla y alimentos; así como el empleo de técnicas fisioterapéuticas y la búsqueda de terapias menos agresivas y sin efectos secundarios[63].

Qutubuddin y otros realizaron una revisión de estudios entre 1981 y 2016 sobre la homeopatía en el AB, donde expresan que es una terapia complementaria y controversial, la mayoría de los estudios son positivos (evidencia nivel A) aunque muy inconsistentes, muy pequeños, metodologías no replicables, etc[64].

Se debe señalar que existen 39 casos a los cuales no existió respuesta al tratamiento con significación estadística sobre los casos respondedores, la autora lo relaciona a la posibilidad de la no administración adecuadamente del tratamiento por parte de los padres y al tratarse de un medicamento alternativo a los cuales no se les da valor sobre los demás y muchas veces por los requerimientos para su administración.

Grafico 5. Distribución de pacientes asmáticos pediátricos según motivos de tentativa de negatividad a utilizar el tratamiento homeopático.



n = 82

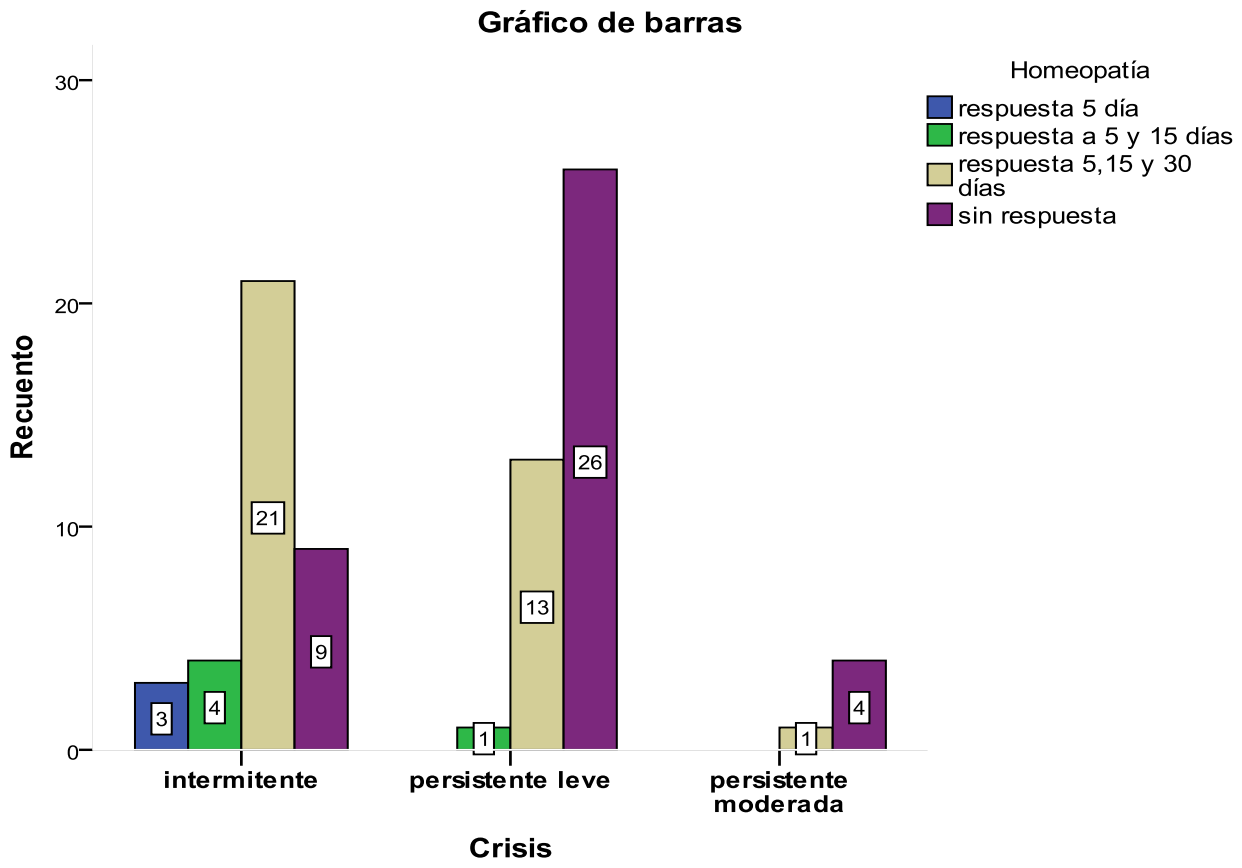
Fuente: Hoja de compilación de datos.

Todos los niños de la serie se les administró el medicamento, a pesar de los cual las madres alegaban dificultades para su aplicación y necesidad de insistir para lograr su administración. La mayor frecuencia corresponde en dificultades para su administración, ya que los niños no querían recibir el mismo por vía sublingual, en otras ocasiones no podían esperar porque tenían hambre. La mayoría relacionados con situaciones especiales de los infantes no reacciones del medicamento, que solo se presentó en 9 casos (6 por olor y sabor a alcohol y 3 por cefalea).

En la bibliografía se describen escasas manifestaciones o efectos adversos con el uso del tratamiento homeopático en general, aunque se describen las relacionadas con cada uno de sus componente[65].

En un estudio antiguo realizado en México solo se reporta los eventos adversos en el 6,5% de su serie en formas leves, por lo cual no requirieron suspensión o modificación del tratamiento establecido y fueron bien tolerados[66].

Gráfico 6. Correlación entre el tipo de crisis y la respuesta al tratamiento por días.

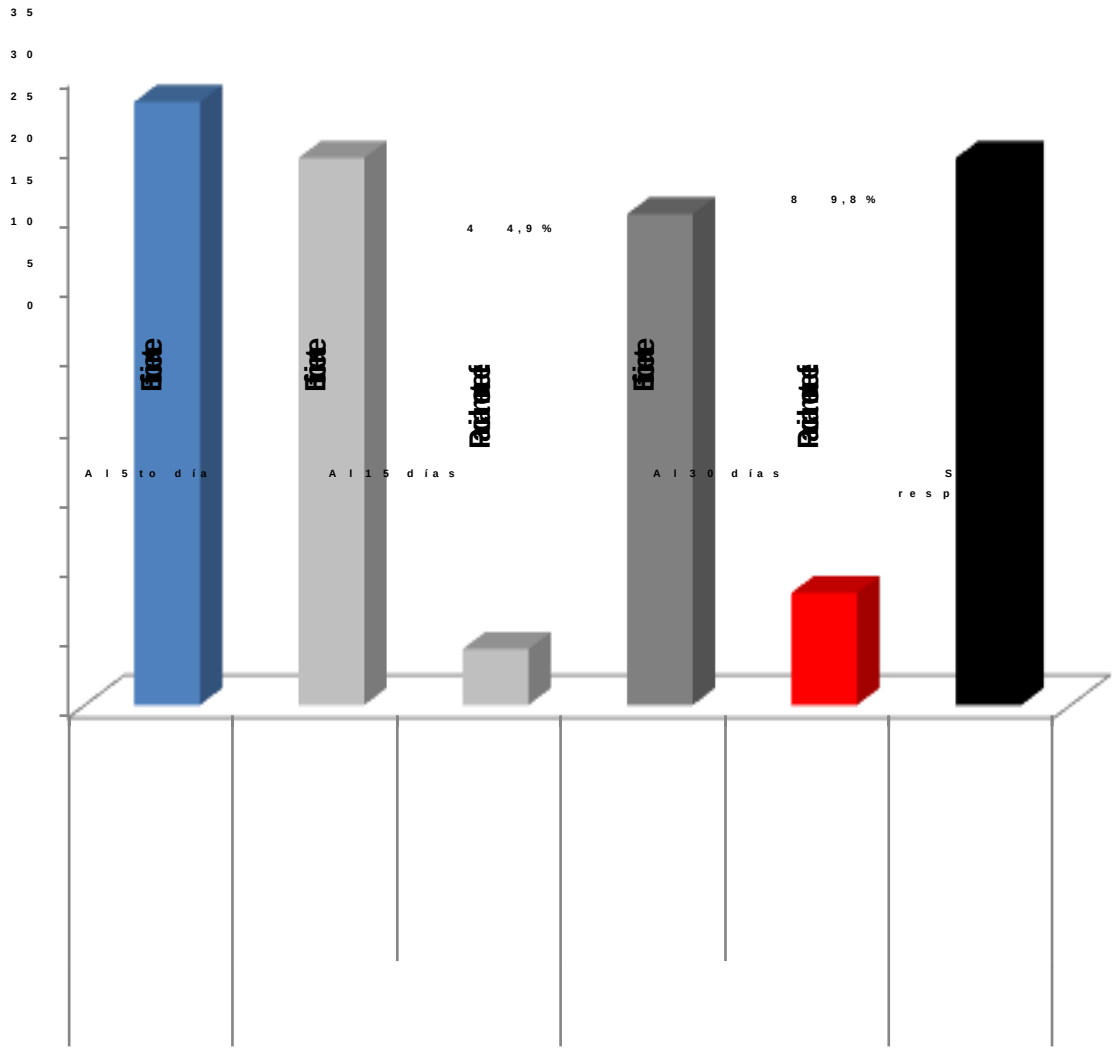


Fuente: Hoja de compilación de datos.

Como muestra el grafico 5, se relaciona el tipo de crisis con la respuesta al tratamiento por días. Podemos observar que en las formas persistentes leve existen 26 casos sin respuesta al tratamiento y en la intermitente 21 con respuesta a las tres repertorizaciones. Al realizar el Coeficiente de Correlación Bivariado de Tau_b de Kendall existe un correlación (1,0) entre ambas variables con significación estadística bilateral ($p < 0,000$) al nivel 0,01.

Pudiera influir en la respuesta al tratamiento homeopático la intensidad de las crisis aunque el estudio no es concluyente por factores relacionados con los pacientes. Se muestra que en las formas más intensas de este estudio, como la persistente moderada, de los 5 casos, en 4 no se obtuvo respuesta al medicamento. Uno de los aspectos abordados en el interrogatorio y cuestionario a los padres o tutores fue el cumplimiento del tratamiento, todos señalaron que cumplieron a cabalidad el alopático sin embrago establecieron "peros" en cuanto al cumplimiento del homeopático, razón que se señala en otros apartados del manuscrito y que pudo constituir un sesgo del estudio.

Gráfico no. 7 Evaluación de la efectividad del tratamiento homeopático en relación con la repertorización.



n = 82.

Fuente: Cuestionario de datos.

En un estudio sobre la eficacia de la Medicina Natural y Tradicional, aplicando solo digitopuntura y ventosas, no tratamiento homeopático, mostro que el 84,6% de la serie obtuvo un tratamiento eficiente[44], en esta serie se analizan otra modalidad de medicina bioenergética, y los resultados obviamente no son iguales, en esta solo el 14,6% fue eficiente y el 37,8% parcialmente eficiente, predominando la no eficiencia demostrado estadísticamente.

Existe la disyuntiva por parte de la autora que los padres no hubiesen administrado el tratamiento adecuadamente a los niños, la mayoría de los

casos eran de zonas rurales del municipio de Morón que no acudían a las consultas establecidas para evaluarlos y tenían que localizarse por la APS. Algunas de las madres establecían diferentes causas por la que los niños les era muy difícil tomarse las gotas homeopáticas pero establecían con certeza su administración lo cual puede ser igualmente falso. Explicado por la no confiabilidad de dichos padres.

V.- CONCLUSIONES:

1.- Predominó el grupo de edades de 3-5 años con 44 casos (53,7%) y el sexo masculino con 42 pacientes (51,2%).

2.- La crisis más observada fue la intermitente leve en 40 niños (48,8%), el mes del año de mayor número de casos septiembre con 13 y el factor de riesgo principal encontrado la rinofaringitis frecuente en 55 de los 82 casos.

3.- La tos representa el síntoma más llamativo de la serie en 58 pacientes, y el tratamiento convencional utilizado en estos casos fue los agonistas B2 inhalados en 72 (87,8%).

4.- En cuanto al tratamiento homeopático utilizado, todo el universo lo utilizó en un ciclo de 5 días (100%) de los cuales tuvieron alivio de los síntomas al evaluarse al 5to día el52,4% y sin respuesta el 47,6% de la serie.

5.- Al correlacionar el tipo de crisis y la respuesta al tratamiento homeopático se observa que en las crisis persistentes leves predomina la no repuesta al medicamento y en la intermitente si hay respuesta en las tresrepertorizaciones.

6.- En cuanto a las causas que motivó a la negativa del tratamiento tenemos muy escasas siendo las más observadas las dificultades por parte del niño para su administración en 12 casos.

7.- Al evaluar la efectividad del tratamiento homeopático fue eficiente en 43 niños al 5to día de la 1era repertorización.

VI.- RECOMENDACIONES.

A pesar de tratarse de un estudio pre experimental, debemos enfatizar en la realización a nivel de los centros de atención secundaria donde los niños estén hospitalizados y los padres cumplan con el tratamiento médico establecido, contando con una muestra más representativa para que se evalué adecuadamente este medicamento y no exista la posibilidad de sesgos.

VII.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1.- Stone SA, García CR, López GAL, Barragán MM, Sánchez CG. Asma infantil Guías para su diagnóstico y Tratamiento. Colegio Mexicano de Alergia, Asma e Inmunología Pediátrica (COMAAIPE). RevAlergia, Asma e InmunolPed 2005;14(1):18-36.

2.- Reckeweg HH. Compendio de Medicamentos y Guía Terapéutica GRUPO ERGO PHARM ALEMANIA. Rubio Pharma y Asociados S.A. de C.V.

3.- Vivir mejor controlando el Asma. Colectivo de autores. Asociación bolear asma. Grupo "Asma y Educación" Sociedad Española de Neumología Pediátrica.

4.- Estadísticas de salud, Ciego de Ávila 2017.

5.- ¿Cómo curar el asma con homeopatía? http://abchomeopatia.com/asma/

6.- Ibero IM, Escribano MA, Sirvent GJ, García HG, Martínez GA, Fernández BM. Protocolos diagnósticos en asma bronquial. 1era ed digital. López GV editor. Guzlop (México), 2017.

7.- Silva CMM. Guíade seguimiento farmacoterapéutico sobre asma bronquial. Universidad de Granada Miembro del Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica Universidad de Granada.ISBN: 84-600-9941-5 (2ª edición)Depósito Legal: B-8846-05

8.- Actualización de los principales problemas desalud. Asmabronquial. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Especialista en Alergología e Inmunología Clínica. CS San Román de Cameros. La Rioja. AMF febrero 2015.

9.- Medicina naturista, 2014; Vol.4(1): 33-43 I.S.S.N.: 1576-3080.

10.- Hahnemann, S. (1999). Organon de la Medicina. México: (6a ed.). México: Porrúa.

11.- Sacristán MO. Libro Blanco de la Homeopatía-Universidad de Zaragoza. En: Medicina Humanista, Mindfulness, Psicoterapia Transpersonal y Coaching Ejecutivo. Publishedon 13 de junio de 2014.

12.- Corine M. Expansión de la práctica homeopática por los alumnos de Hahnemann. En: Los orígenes de la Homeopatía. Primera impresión en castellano. EditionsBoiron, 2010. Libro blanco H_cap1.indd 22 24/04/13 17:44.

13.- Boger CM, Von Bönninghausen CMF, Bradford TL. Boenninghausen'scharacteristics, materia medica &repertory : withwordindex 1999 (reprint edición), New Delhi: B. Jain, ISBN 81-7021-207-3, OCLC 46785916

14.- Saltar BP, Conforti A, Piasere V, Ortolani R. Immunology and Homeopathy. HistoricalBackground. Evidence-BasedComplementary and Alternative Medicine 2005;2 (4):441-52 doi:10.1093/ecam/neh141

15.- Mathur KN. Prinzipien der homöopathischenVerschreibung: SynopsisweltweiterklinischerErfahrungen. Georg ThiemeVerlag 2003; pp. 122-123. ISBN 3-8304-9021-6, OCLC 76518035

16.- Rubio Pharma y Asociados S.A. de C.V. Compendio de Medicamentos y Guía Terapéutica

17.-Guíamexicana del asma 2017. Neumología y cirugía del tórax 2017;76(1) ISSN 0028-3746.

18.-Colectivo de autores. Documento de consensosobreasmabronquial en Andalucía. ElaboradoporNeumosur, Samfyc y Semergen-Andalucía. 2009.

19.- Masoli M, Fabian D, Holt S, Beasley R. Global Initiative for Asthma (GINA) Program. The global burden of asthma: executive summary of the GINA Dissemination Committee report. Allergy 2004; 59(5): 469-78

20.- Erazo CHA, Paucar MMG. Factores ambientales y su influencia en el asma bronquial en niños de 4 - 6 años en la parroquia 7 de octubre Cantón Quevedo los Rios primer semestre 2018. Tesis de obtención de licenciatura en terapia respiratoria, Babahoyo, Ecuador 2018.

21.- Erazo RLM, Montero CM. Factores de riesgo y su relación con las infecciones respiratorias altas en niños menores de 5 años comunidad San Agustin cantón Babahoyo, Los Ríos período de septiembre 2017 a febrero de 2018. Tesis de obtención licenciatura en terapia respiratoria, Babahoyo, Ecuador 2018.

22.- SaglaniS, Fleming L,Sonnappa S, Bush A. Advances in theaetiology, management, and prevention of acuteasthmaattacks in children.LancetChildAdolescHealth2019;3(5):354-364. doi: 10.1016/S2352-4642(19)30025-2.

23.- Cappuccio A, Bugliaro F, Caimmi SE, Cardarelli V, Caminiti L, D´Auria E et al. Consensuscommunicationstrategies to improve doctor-patientrelationship in paediatricsevereasthma. Ital J Pediatr 2019;45:31doi: 10.1186/s13052-019-0623-0.

24.- Fawcett R, Porritt K, Stern C, Carson-Chahhoud K. Experiences of parents and carers in managingasthma in children: a qualitativesystematicreview. JBI DatabaseSystemRevImplementRep. 2019 May;17(5):793-984. doi: 10.11124/JBISRIR-2017-004019

25.- Ibrahim NK, ALhainiah M, Khayat M, Abulaban O, Almaghrabi S, Felhman O. Quality of Life of asthmaticchildren and theircaregivers. Pak J MedSci 2019;35(2):521-26 doi:10.12669/pjms.35.2.686

26.- Verscheure PF. Estado asmático en pediatría. NeumolPediatr 2016;11(4):155-61.

27.- Montes MJ. Asma Grave en Pediatría. 38 Congreso Argentino de Pediatría. Argentina 2017.

28.- Global Initiative For Asthma. www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-adulto/fisioterapiaresp.pdf

29.- Anuario Estadístico de Salud, Ministerio de salud pública. Dirección de registros médicos y estadística de salud. La Habana 2020. ISSN 1561-4433.

30.- Laboratorios Boiron. Homeopatía: Dossier informativo formación mayo 2010. Libro blanco H_cap1.indd 27 24/04/13 17:44

31.- Zambrano RMM: Características clínicas y epidemiológicas del asma bronquial en niños asmáticos en crisis Dom. Cien 2016,2(4):51-59. http://med.javeriana.edu.co/publi/vniversitas/serial/v49n2/5-PROTOCOLO.pdf

32.- Aviles C. Prontuario de Homeopatía y terapias biológicas. Editorial EDAF; Madrid 1996;16(3):593-99.

33.- Huo, N., Ray, G., Mehta, S., &LoBello, S. Complementary and alternative medicine use amongpeoplewithasthma and health-relatedquality of life. Journal of Asthma 2014;52(3):1-24.

34.- Ernst, E. (2012). Bogusargumentsforunproventreatments. International Journal of ClinicalPractice , 66 (3), 238-240.

35.- Duarte AL. Revisiòn narrativa del manejo de pacientes con síntomas de asma con tratamiento basado en homeopatía 2015 (tesis de especialidad), Bogotá, Colombia.

36.-Lewith G.T., H. M. (2002). Use of ultramoleculra potencies of allergen to treat asthmatic people allergic to house dust mite: double blind randomised controlled clinical trial.

37.-GINA. Global Strategy for Asthma Management and Prevention, 2012.

38.-Asma Bronquial. Guias clinicas2015. www.mednaturis.com

39.- Muñoz LF, Cruz HM. Asma bronquial infantil. En: Cruz HM. Nuevo Tratado de Pediatría. Oceano-Ergon, Madrid, España, 2016 p:1432-41.

40.- Soler FV, Pérez DX, Rigñack RL, Hevia GLE. Relación entre las infecciones respiratorias agudas altas y el asma bronquial. Rev Cuban Med Gen Integr 2013;29(3):297-305.

41.- Saragó del CN, Sánchez SC. Asma bronquial en la población infantil de 5 a 14 años de un área de salud de Santiago de Cuba. Medisan 2013;17(4):625-33.

42.- Cobas SY, González ALV, Paneque CI, Díaz PE. Factores de riesgo de gravedad de la crisis de Asma Bronquial en niños. Bayamo 2010. Multimed 2014; 18(3):1-11.

43.- Perdomo PY, González TAM, Sánchez PE, Castro GV, González IA. Inmunoterapia con vacunas Valergen por vía sublingual en asmáticos de Cabaiguán, Sancti Spíritus. RevInform Cienc 2018;97(4):766-76.

44.- Izquierdo GM, Peña RE, Sánchez AC, Recio LO. Eficacia de la Medicina Natural y Tradicional en el asma bronquial. Rev Cuban Enfer 2006;22(3).

45.- Vargas BMH. Epidemiology of asthma. RevAlergMex 2009;56(1):3-9.

46.- Gerhardsson de Verdier M, Gustafson P, McCrae C, et al. Seasonal and geographicvariations in theincidence of asthmaexacerbations in theUnitedStates. J Asthma 2017; 54: 818–824. [PubMed] [Google Scholar]

47.- Wisniewski JA, McLaughlin AP, Stenger PJ, et al. A comparison of seasonaltrends in asthmaexacerbationsamongchildrenfromgeographicregionswithdifferentclimates. AllergyAsthmaProc 2016; 37: 475–481.

48.- Larsen K, Zhu J, Feldman LY, et al. TheannualSeptemberpeak in asthmaexacerbationrates. Still a reality? Ann Am ThoracSoc 2016; 13: 231–239.

49.- Lechón SJI. Incidencia y factores de riesgo asociados a enfermedades respiratorias en Adultos mayores que acuden al Dispensario San Agustín del Seguro Campesino, Otavalo 2016 (tesis de carrera) Ecuador 2017.

50.- Bhardwaj SD, Potdar VA, Yadav PD, Chaudhary ML, Chadha MS, Mourya D.A case report of the enterovirus-D68 associatedsevereacuterespiratoryillness in a pediatric case from India. J InfectPublicHealth 2019;19:30164-9.

51.- Garcia de la RS, Pérez SS. Asma: Concepto, fisiopatología, diagnóstico y clasificación. Pediatría Integral 2012;XVI(2):117-30

52.- Medlines Plus. Biblioteca Nacional de los Estados Unidos. Asma en niños, 2018.

53.- Diagnóstico del asma en los bebe y en los niños pequeños. Healthychildren.org. American Academy of Pediatric, 2015.

54.- Falcón RCI, Rosas PI, Segura MP. Relación de los mecanismos inmunológicos del asma y la contaminación ambiental. RevFacMed 2017;65(2):33-42.

55.- Varona RF, García SJ, Pérez CB, García FS. El asma bronquial en niños. RevArchMed Camagüey 2003;7(1).

56.- Navarrete RE, Sierra MJJ, Pozo BCF. Asma en Pediatría. RevFacMed UNAM 2016;59(4):5-15.

57.- Rivero GMN. Comportamiento de la homeopatía en las investigaciones cubanas sobre asma bronquial. RevMedHomeopat 2012;5(1):2-6.

58.- García LY, Leiva AMM, Massieu CRM, Rodríguez OY. Eficacia del tratamiento homeopático en pacientes con neumonía bacteriana adquirida en la

comunidad. Hospital Infantil Norte de Santiago de Cuba. Panorama Cuba y Salud 2017;12(1):2-10.

59.- Larduet TA, Caballero CJA, Riveri LM. Utilidad de los remedios homeopáticos en lactantes con catarro común. Medisan 2019;26(4):669.

60.- Hernández GS, Rivero GN, Rodríguez AMA; Méndez DNE, Barrios CD. La homeopatía en el tratamiento de la cefalea vascular típica. Rev. CiencMédPinar del Río 2016;20(3):281-290.

61.- Hernández GS, Carballo VR, Rodríguez AMA, Martínez CI, Rodríguez HMA. Tratamiento Homeopático de la obesidad exógena pediátrica. Rev. CiencMédPinar del Río 2016;20(4):442-51.

62.- Hernández GSH, Rodríguez AMA, Machín LMT, García MA, Prat RI. Tratamiento del asma bronquial en niños según la medicina Bioenergética y Natural. RevCiencMed 2015;19(2):374-94.

63.- Martínez PJR, Mayo MM, Bermudez CLL; Favier GE. Acupuntura, Auriculoterapia y Fitoterapia en el tratamiento del Asma Bronquial. Rev Electrón 2008;33(4)

64.- Qutubuddin M, Singh SM, Nayak C, Koley M, Saha S. A SystematicReview of ControlledTrials of Homeopathy in BronchialAsthma. ComplementMed Res. 2019;26(2):111-117. doi: 10.1159/000494621.

65.- Giamprieto P. Los efectos primarios y secundarios. RevMedHomeopátia 2017;10(3):79-90. DOI: 10.1016/j.homeo.2017.11.003

66.- Macias CMC, Asbun BJ. Frecuencia de eventos adversos en prescripciones homeopáticas del Hospital Juárez de México. RevHospJuaMex 2008; 75(3): 190-197.

Anexos

Anexo 1. Encuesta

1. ¿En qué grupo de edad se encuentra su hijo/a?

   a) ___ 3-5 año

   b) ___ 6-12 años

   c) ___ 12-17 años

2. Marque con una X el sexo del paciente.

   a) ____ Femenino.

   b)____Masculino.

3. Marque con una X los factores de riesgos asociados.

   a) ___ Comienzo precoz de las crisis, antes de los 2 años.

   b) ___ Madre con AB.

c) ___ Pruebas de alergias positivas.

d) ___ Alteraciones de la función ventilatoria pulmonar persistente.

e) ___ Catarros frecuentes.

4- Qué tipo de síntomas intercrisis referidos por la madre o el tutor.

a) ___ Tos.

b) ___Silbidos en el pecho.

c) ___ Secreciones (flemas).

d) ___Disnea o fatiga (Sensación de esfuerzo respiratorio).

e) ___Palabras entrecortadas o con monosílabos.

5. Que tipo de crisis presenta

a) ___Intermitente.

b) ___Persistente leve.

c) ___Persistente moderada.

6. Marque con una X el tratamiento médico impuesto.

a) ___Antihistamícos.

b) ___Broncodilatadores inhalados.

c) ___ Esteroides inhalados.

d) ___Montelukast.

e) ___Esteroides orales.

f) ___Teofilina.

g) ___Otros.

Anexo 2.

Modelo de Consentimiento Informado

Yo: _____, como tutor legal me comprometo a permitir la utilización de datos clínicos e información sobre mi hijo (a) _____ en esta investigación con el propósito de caracterizar el comportamiento de la nutrición desde edades tempranas de su vida. Se me ha explicado detalladamente el objetivo de la investigación científica así como cuáles serán los beneficios futuros de la misma, y en caso de no desear continuar en la investigación puedo voluntariamente retirarme de ella, sin que esto constituya motivo de represaria.