



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Elaboración de una guía de práctica clínica de homeopatía para manejo de asma en niños con: Utilización de herramienta adapte 2.0

Dra. Sandra Liliana Ferreira R.

Universidad Nacional de Colombia.

Facultad de Medicina.

Maestría en Medicina Alternativa

Área Homeopatía

Bogotá, D.C.

2011

Elaboración de una guía de práctica clínica de homeopatía para manejo de asma en niños con: Utilización de herramienta adapte 2.

Dra. Sandra Liliana Ferreira R.

Informe final de trabajo de grado para optar al título de
Magister en Medicina Alternativa - Area Homeopatía

Director

Dr. Juan Carlos Bustos

Codirector

Dra. Gloria Helena Casas Del Rio

Universidad Nacional de Colombia.

Facultad de Medicina.

Maestría en Medicina Alternativa

Área Homeopatía

Bogotá, D.C.

2011

Resumen

El asma es la enfermedad respiratoria crónica más frecuente en pediatría a nivel mundial, la homeopatía es una alternativa muy valiosa para el tratamiento del asma. Dentro de los estándares de calidad establecidos por la ley Colombiana, se establece la obligatoriedad de la creación de guías de práctica clínica para todas las especialidades incluyendo la Homeopatía. En este contexto surge la necesidad de contar con guías de práctica clínica para el diagnóstico y manejo del asma en niños en consulta ambulatoria de homeopatía en pediatría. Se realizó la adaptación de guías de práctica clínica con la utilización de la herramienta ADAPTE, que incluye el análisis de guías preexistentes con la herramienta AGREE, posteriormente se realizó la adaptación de las guías a la luz de la homeopatía. Como resultado se ofrece una guía de práctica clínica que pretende brindar una directriz simple y aplicable para la toma de decisiones médicas útiles en el diagnóstico y manejo del asma en niños en consulta ambulatoria de homeopatía en pediatría.

Palabras clave: Homeopatía, Asma, Guías práctica clínica, AGREE

DEVELOPMENT OF CLINICAL PRACTICE GUIDELINES FOR ASTHMA MANAGEMENT IN CHILDREN USING AGREE 2.0 INSTRUMENT

Abstract

Asthma is the most frequent world wide chronic illness in childhood; homeopathy is a very important alternative medicine for treating asthma. According to Colombian legislation, it is obligatory to create clinical practice guidelines for every specialty including Homeopathy. Thereby it exist the need of creating Clinical practice guidelines for diagnosis and treatment of asthma in ambulatory practice of homeopathy in children. It was developed the adaptation of clinical guide lines using the ADAPTE 2.0 instrument witch includes application of AGREE instrument to preexistent guidelines, finally the guidelines were adapted to Homeopathy. As a result we developed a clinical practice guideline that pretend to help the practitioner in taking useful decisions in diagnosis and management of asthma in children in ambulatory practice of homeopathy.

Key words: Homeopathy, Asthma, Clinical Practice Guidelines, AGREE

Contenido

| | Pág. |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 1. Planteamiento del problema | 5 |
| 2. Justificación | 7 |
| 3. Objetivos | 9 |
| 3.1 Objetivo general | 9 |
| 3.2 Objetivos específicos: | 9 |
| 4. Marco teórico | 11 |
| 4.1 <i>Impacto del asma en la infancia</i> | 11 |
| 4.2 Homeopatía una opción terapéutica valiosa en pediatría..... | 12 |
| 4.3 Práctica de la homeopatía en Colombia, marco legal | 12 |
| 4.4 Guías de práctica clínica en homeopatía en el mundo..... | 13 |
| 4.5 Guías de práctica clínica..... | 14 |
| 5. ADAPTE (Adapte Manual for Guideline Adaptation.) | 16 |
| 5.1 Fases del proceso de adaptación | 16 |
| 5.2 Fase de preparación | 16 |
| 5.3 Fase de adaptación..... | 17 |
| 6. AGREE - Appraisal of Guidelines Research Evaluation | 18 |
| 7. Metodología | 19 |
| 7.1 Preparación..... | 19 |
| 7.2 Factibilidad y estrategia de la búsqueda | 19 |
| 7.3 Tema de referencia | 19 |
| 7.4 Grupo de trabajo: | 20 |
| 7.5 Presupuesto | 20 |
| 7.6 Pregunta clínica..... | 21 |
| 7.7 Búsqueda bibliográfica..... | 22 |
| 7.8 Resultado de la búsqueda | 22 |
| 7.9 Tamizaje inicial guías de práctica clínica de encontradas..... | 22 |
| 7.10 Las guías de práctica clínica elegidas fueron: | 25 |
| 7.11 Valoración crítica objetiva de las GPC | 25 |
| 7.12 Evaluación del contenido y actualidad de la GPC..... | 26 |
| 7.13 Evaluación de las recomendaciones de la GPC | 26 |
| 7.14 Evaluación de la aceptabilidad y aplicabilidad de las recomendaciones | 28 |
| 8. Resultados | 30 |

2 **Elaboración de una guía de práctica clínica de homeopatía para manejo de asma en niños con: Utilización de herramienta adapte 2.0**

| | | |
|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 8.1 | Guía clínica de manejo ambulatorio de asma infantil en la consulta externa de homeopatía | 30 |
| 8.2 | Resumen | 31 |
| 8.3 | Introducción | 31 |
| 8.4 | Propósito y alcance | 32 |
| 8.4.1 | Población: | 32 |
| 8.4.2 | Preguntas de salud: | 33 |
| 8.5 | Definición | 33 |
| 8.6 | Determinantes y factores de riesgo | 34 |
| 8.6.1 | Fenotipos asmáticos | 36 |
| 8.6.2 | Fenotipo por edad: | 36 |
| 8.6.3 | Fenotipo por severidad | 38 |
| 8.7 | Fisiopatología | 39 |
| 8.8 | Diagnóstico | 41 |
| 8.9 | Paraclínicos | 43 |
| 8.10 | Función pulmonar | 44 |
| 8.11 | Diagnóstico diferencial | 45 |
| 8.12 | Diagnóstico diferencial a tener en cuenta | 46 |
| 8.13 | Clasificación | 46 |
| 8.13.1 | Etiología: | 46 |
| 8.13.2 | Fenotipo: | 47 |
| 8.13.3 | Control | 47 |
| 8.13.4 | Severidad | 47 |
| 8.14 | Tratamiento | 48 |
| 8.14.1 | Medidas generales | 48 |
| 8.14.2 | Medicamento homeopático | 50 |
| 8.14.3 | Síntomas a considerar | 51 |
| 8.14.4 | Repertorización | 52 |
| 8.14.5 | Materia médica | 57 |
| 9. | Anexos | 1 |
| 9.2 | Anexo 2 | 2 |
| 9.2.1 | Respuesta Hospital Homeopático de México | 2 |
| 9.2.2 | Respuesta Escuela Médica Homeopática Argentina | 3 |
| 9.2.3 | Respuesta de The Society of Homeopaths | 4 |
| 9.2.4 | Respuesta de Tunbridge Wells Homeopathic | 5 |
| 9.5 | Anexo 3: fases de la metodología adapte con sus pasos correspondientes | 7 |
| 9.5.1 | Fase 1. preparación: | 7 |
| 9.5.2 | Fase 2 – adaptación | 8 |
| 9.5.3 | Fase 3 - finalización | 10 |
| 9.6 | Anexo 4 | 11 |
| 9.7 | Anexo no 5. | 13 |
| 9.8 | Anexo 6 | 15 |
| 9.9 | Anexo 7 | 20 |
| 9.10 | Anexo 8 | 21 |
| 9.11 | Anexo 9 | 26 |

1. Planteamiento del problema

El asma es la enfermedad respiratoria crónica más frecuente en pediatría a nivel mundial. [1] Se ha comprobado por medio de varios estudios que su prevalencia tiende a aumentar a través del tiempo [2] y aunque con los avances de la medicina alopática se ha logra 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 entes de salud a nivel mundial el asma sigue siendo una de las principales causas de ausentismo escolar y hospitalización en niños. [1]

La homeopatía es un sistema medico complejo que cuenta con una doctrina, una concepción particular de morfología y dinámica vital humana con un sistema diagnostico y terapéutico, [3] es alternativa muy valiosa para el tratamiento del asma ya que ofrece la posibilidad de erradicar los síntomas de forma definitiva y llevar al paciente a la curación.

Dentro de las necesidades de un sistema médico está la de 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 [4] Colombia no ha sido la excepción a estas necesidades y pretensiones por lo cual exige dentro del proceso de habilitación para la prestación de servicios de salud y mediante la resolución 1043 del Ministerio de la protección social la condición de elaborar y usar guías de guías de práctica clínica (GPC). En nuestro país aun no existen GPC validadas en el contexto nacional.

La práctica homeopática pediátrica esta sometida a la misma reglamentación del Ministerio de Protección Social y por lo tanto debe contar con la producción de GPC que se ajusten a su paradigma. Al revisar la literatura y establecer comunicación con algunos de los Hospitales Homeopáticos más antiguos y notables del mundo se demostró la inexistencia de este tipo de literatura. Teniendo en cuenta el impacto del asma en la infancia como un problema de salud pública y de la evidencia de la buena respuesta de los pacientes con asma en especial en la población infantil ante el tratamiento con homeopatía se decidió elaborar las GPC de asma en niños con homeopatía.

2. Justificación

El Asma es una enfermedad altamente prevalente en la niñez, con un impacto importante a nivel de salud pública y en quien la medicina alopática hasta ahora no ha logrado ofrecer un tratamiento curativo. [3]

La homeopatía como tratamiento único o como medicina complementaria se ha convertido en una herramienta útil para el manejo del paciente pediátrico, Hannheman afirma que *“todas las enfermedades de la infancia ceden al remedio homeopático correcto”* y lo deja consignado en la nota 164 del parágrafo 284 de la 5ta edición del Organón de la Medicina. [5]

Por su utilidad, cada vez es mas frecuente el uso de la homeopatía dentro la práctica pediátrica, aproximadamente el 53% de los pacientes pediátricos en Europa y Estados Unidos han tenido alguna experiencia con terapias complementarias[6] por lo cual han surgido necesidades de actualización, investigación y acreditación de aptitudes de los que la ejercen que les permitan ser competentes en el marco de la medicina actual.

Dentro de los estándares de calidad establecidos por la ley Colombiana para la regulación de la práctica médica, consignados en el numeral 05, del anexo Técnico No.1 de la Resolución N°. 1043 del 3 de abril de 2006, se establece la obligatoriedad de la creación de guías de practica clínica (GPC) para brindar un parámetro orientador en las practicas y estrategias de cuidado, con el objetivo de optimizar la calidad de la atención, disminuir la variabilidad de la práctica médica y con ello disminuir sus riesgos y lograr mejores resultados, para así además optimizar la utilización de los recursos económicos. [16]

Dentro de la literatura homeopática no existen GPC debido en gran parte a la naturaleza de sus principios básicos, en especial por su carácter individualizante en la visión del sujeto, que impide generalizar y extrapolar conclusiones y recomendaciones a poblaciones mayores, esta característica especial hace necesario que se plantee un proceso de creación individual y ajustado a las necesidades del paradigma homeopático

8 Elaboración de una guía de práctica clínica de homeopatía para manejo de asma en niños con: Utilización de herramienta adapte 2.0

y por otro lado es evidente la necesidad de incrementar la uniformidad tanto de los diagnósticos como de los manejos como en el resto de especialidades medicas [4], dentro de los instrumentos de creación, análisis y adaptación de GPC y posterior a la revisión bibliográfica se seleccionó la metodología ADAPTE[8].

ADAPTE (Adapte Manual forGuidelineAdaptation. Version 2.0. 2009) es un instrumento genérico flexible creado para la adaptación de GPC, lo que lo hace aplicable en cualquier ámbito, (terapéutico, promoción, prevención, evaluación económica), tiene carácter sistemático organizado, evita la duplicidad de trabajo con ahorro de esfuerzo y costos, tiene un enfoque multidisciplinario participativo, permite la producción de GPC adaptadas eficientes y de alta calidad y reconoce las fuentes de referencia primaria. [8]

3. Objetivos

3.1 Objetivo general

Generar de guías de practica clínica para el manejo de asma en niños en consulta externa de homeopatía, con base en la adaptación de guías de practica clínica de medicina alopáticas preexistentes, mediante la aplicación del instrumento ADAPTE[8] (Adapte Manual for Guideline Adaptation. Version 2.0. 2010).

3.2 Objetivos específicos:

- Utilizar herramientas de producción y adaptación de GPC y ajustarlas al paradigma homeopático.
- Generar guías de práctica clínica a la luz de la homeopatía que lleven a un medicamento único, para el manejo de la patología estudiada.

4. Marco teórico

4.1 Impacto del asma en la infancia

Según el GINA global initiative for asma, el asma 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. 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". [9]

Existen varios estudios diseñados para valorar el comportamiento epidemiológico del asma en niños a nivel mundial, el Estudio internacional de asma y alergias en la niñez: ISAAC (The International Study of Asthma and Allergies in Childhood) que cuenta con 155 centros colaboradores en 56 países del mundo. Se han estudiado niños de 6 - 7 y 13 - 14 años para determinar la prevalencia, la tendencia y los factores de riesgos del asma en niños. Se encontró que hay países que tienen una prevalencia hasta del 30% (Reino Unido), en Latinoamérica se reportó 5 al 20%.

En Colombia la Asociación Colombiana de Alergia, Asma e Inmunología, la Sociedad Colombiana de Neumología y Cirugía de Tórax y la Asociación Colombiana de Neumología de Pediatría realizaron un estudio con el propósito de determinar la prevalencia del asma y otras enfermedades alérgicas en Colombia; se encontró que más del 28% recuerdan haber tenido sibilancias alguna vez en la vida, pero sólo 12% aceptan haberlas tenido en el último año. Marcadores de severidad como dificultad para hablar, visita al médico, consulta a urgencias u hospitalización fueron referidos entre 3 y 7% de los encuestados.[10] Este estudio muestra que la prevalencia del asma en Colombia es muy similar a la reportada a nivel mundial; es claro que es una enfermedad que tiene un impacto significativo en la sociedad y que requiere programas de detección temprana y manejo eficaz.

4.2 Homeopatía una opción terapéutica valiosa en pediatría.

Estudios sobre el manejo del asma con homeopatía muestran resultados prometedores, razón por la cual todos los niños asmáticos deberían tener entre sus posibilidades terapéuticas el tratamiento homeopático. [11]

Múltiples estudios han logrado demostrar la efectividad de la homeopatía en la clínica, en 1997 la revista *TheLancet* publicó un meta análisis que mostró que de 89 ensayos clínicos, 44 reportaron que la homeopatía fue significativamente más efectiva que el placebo; ninguno de los 89 encontró al placebo más efectivo que la homeopatía. [12]

Cada día aumenta el número de pacientes pediátricos que reciben alguna clase de medicina alternativa o complementaria, por esta razón desde del año 2000 la Academia Americana de Pediatría conformó un grupo de trabajo especializado en medicina alternativa con el fin de desarrollar fuentes de información para médicos y pacientes. [13] En el año 2001 se informó que de 745 miembros de la Academia Americana de Pediatría entrevistados al 87% algún paciente o familiar de un paciente le había preguntado algo sobre medicina complementaria. [13] En 2007 el instituto nacional de salud de E.U.A. realizó un estudio a más de 9000 niños norteamericanos donde se concluyó que aproximadamente el 12% de los niños había utilizado alguna clase de medicina alternativa en los últimos 12 meses, de las terapias alternativas tomadas en consideración, la homeopatía ocupó el 5 puesto en frecuencia. [13]

4.3 Práctica de la homeopatía en Colombia, marco legal

En el año 1867 se comenzaron a dictar por primera vez cursos de homeopatía a médicos colombianos, desde entonces la homeopatía ha sido objeto de estudio y de legislación. [14]

El artículo 19 de la Ley 1164 de 2007 establece que las terapias alternativas dentro de las cuales se encuentra la homeopatía sólo pueden ser practicadas por médicos graduados con formación profesional en terapias alternativas en una universidad reconocida por el Estado, [15]

Esto último asegura que la calidad de la práctica médica en homeopatía sea óptima.

En el anexo técnico No. 2 del Manual único de procedimientos de habilitación de la resolución No 1043 de 3 de Abril de 2006 se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención. Dentro los requerimientos de los estándares de procesos prioritarios asistenciales se encuentra la elaboración y uso de guías clínicas de atención definidas en este documento como: *“El conjunto de recomendaciones sobre promoción, prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y/o rehabilitación de una patología o problemática de salud específica. Esta debe contener como mínimo objetivos, población objeto, alcance, recomendaciones y algoritmos de manejo y su metodología de realización debe ser explícita y con actualizaciones periódicas no mayores a 5 años, debe permitir flexibilidad y adaptación a las individualidades del paciente. Las guías deben tener, mecanismos de difusión registrados, mecanismos de capacitación, mecanismos de evaluación mecanismos de retroalimentación, y deben estar basadas en la evidencia”*. [16]

En este contexto surge la necesidad de contar con guías de práctica clínica que cumplan con los requisitos exigidos por el ministerio de protección social para ejercer la medicina, en este caso la homeopatía en Colombia.

4.4 Guías de práctica clínica en homeopatía en el mundo.

Se realizó una búsqueda en múltiples bases de datos y no se logró encontrar ninguna guía de práctica clínica homeopática en Colombia ni en otras partes del mundo, se envió correos a los hospitales con mayor trayectoria y reconocimiento en Homeopatía en el mundo solicitando información sobre sus guías de práctica clínica, se envió correspondencia a los siguientes hospitales: London Homeopathic Hospital, Hospital Homeopático de Glasgow, Tunbridge Wells Homeopathic, The Society of Homeopaths, Hospital Nacional Homeopático de México y Escuela Médica Homeopática Argentina, se obtuvo respuesta de Tunbridge Wells Homeopathic y Escuela Médica Homeopática Argentina, Tomás Pablo Paschero donde informaron que no cuentan con este tipo de información, el Hospital Nacional Homeopático de México aportó muy amablemente un catálogo de servicios oferentes los cuales marcan los principales medicamentos homeopáticos a elegir basados en el cuadro clínico de cada patología, sin embargo no cuentan con guías de práctica clínica de homeopatía. Ver anexos 1 y 2

También se obtuvo respuesta de The Society of Homeopaths quienes aportaron sus guías de educación clínica, dichas guías fueron diseñadas con fines pedagógicos para enseñar

Elaboración de una guía de práctica clínica de homeopatía para manejo de asma en niños con: Utilización de herramienta adapte 2.0

a médicos homeópatas en formación cuales son los procedimientos a seguir para la práctica clínica de la homeopatía, tampoco cuentan con guías de practica clínica para el manejo de patologías específicas con homeopatía.

4.5 Guías de práctica clínica

Las GPC se crearon en un intento de brindar un formato cómodo, útil y fácil para la toma de decisiones clínicas al sintetizar información y brindar herramientas relevantes dentro del contexto de la Medicina Basada en la Evidencia (MBE)[17]. Por su carácter flexible se pueden aplicar en los diversos escenarios clínicos para ayudar a resolver un problema dentro de unas circunstancias sanitarias especifica[3]. Desde su concepción sus objetivos principales son mejorar la calidad de la atención, disminuir la variabilidad de decisiones, evitar acciones innecesarias o dañinas y buscar el máximo beneficio con el mínimo riesgo para el paciente y el servicio de salud[18].

Su elaboración y aplicación clínica esta ligada estrechamente con las necesidades del profesional clínico, de su paciente, del contexto de aplicación y de la disponibilidad de recursos. Desde su implementación se han identificado sus múltiples ventajas entre las que se encuentran la facilidad que ofrecen a los profesionales en la toma de decisiones, basadas en las mejores evidencias disponibles, la disminución de la variabilidad de acción de un profesional a otro, la promoción de la calidad de la atención con la optimización de recursos y la inclusión del paciente dentro del proceso de atención sumado al respaldo que brinda su elaboración con grupos multidisciplinarios de expertos.

Por otra parte se han determinado desventajas como el costo humano y económico durante el proceso de elaboración, el tiempo requerido, la insuficiencia de evidencia frente a diversas situaciones, la variabilidad de la calidad, las limitaciones de contextualización, la poca flexibilidad clínica, los vacíos en los procesos de evaluación y la falta de actualización continua [19, 20]

Como una estrategia para afrontar algunos de estos problemas, surge en el mundo la tendencia de usar herramientas de adaptación para aprovechar los procesos de elaboración e implementación previos y ahorrar trabajo al evitar la duplicidad de esfuerzos, esta táctica permite adaptar guías de alta calidad ya existentes antes de iniciar su desarrollo de novo y además brinda la ventaja de realizar modificaciones, contextualizar la información a otro escenario organizacional y cultural y adecuar las

recomendaciones según las necesidades locales con mayor aproximación a un resultado final de alta calidad [21].

La adaptación de guías tiene múltiples ventajas pero así mismo ofrece retos y dificultades que requieren uso de tiempo y recursos dependiendo del grado de complejidad de los cambios que deban ser realizados., en algunos casos basta con la traducción o la adecuación de lenguaje pero en otros, como el nuestro, se requiere incluso un cambio de paradigma con la lateralización mental que esto demanda. El éxito del proceso depende de la utilización de métodos confiables para asegurar la calidad y la validez del producto[22].

Una de las herramientas de adaptación mas ampliamente aceptadas en la actualidad es el sistema ADAPTE.

5. ADAPTE (Adapte for Guideline Adaptation.) Manual

Es una iniciativa que surge de una colaboración internacional, *La Colaboración ADAPTE*, que involucra expertos en el desarrollo e implementación de GPC para proveer una atención óptima con el uso coherente de recursos en el menor tiempo posible. ADAPTE ha desarrollado un proceso sistemático en fase de validación que busca la adaptación de guías, es flexible y genérico de tal modo que permite adaptar conceptos de un contexto cultural y organizacional a otro diferente con el objetivo de producir guías eficientes y de alta calidad[8]. Tiene una versión inicial ADAPTE 1,0 y una versión 2,0 más completa y mejorada publicada en marzo de 2010.

ADAPTE 2.0 tiene unos principios básicos de trabajo entre lo que están el respeto de las bases de realización de la GPC primaria, el uso de métodos coherentes, el enfoque participativo multidisciplinario, la consideración del contexto local y el reconocimiento de las fuentes de referencia primaria. Plantea un marco para la evaluación y adaptación de las guías, por un proceso que sigue tres fase, nueve módulos y 24 pasos, un conjunto de herramientas que están disponibles en su pagina web www.adapte.org., donde también existe la posibilidad de registrar trabajos de adaptación y contar con la opinión del grupo.

5.1 Fases del proceso de adaptación

ADAPTE se divide en 3 fases con objetivos claros que fraccionan su trabajo en módulos e ítems específicos, cuya aplicabilidad debe ser individualizada a cada caso específico ya que no todos los pasos podrán ser aplicados en todos los casos. (Figura

5.2 Fase de preparación

Incluye la descripción del proceso con los pasos y tareas necesarias para el desarrollo de la adaptación.

5.3 Fase de adaptación

Parte de la selección del tema específico para llevar a cabo la búsqueda de las GPC existentes, su evaluación mediante herramientas validadas (AGREE) para la toma de decisiones respecto a su utilidad práctica. En su etapa final hace una propuesta de la GPC adaptada.

Fase final

Se realiza la revisión y actualización de la GPC adaptada y produce un documento final.

6. AGREE - Appraisal of Guidelines Research Evaluation.

El instrumento AGREE es una herramienta genérica producto de una colaboración internacional, diseñada para proveer un marco sistemático para la evaluación de la calidad de las Guías de Práctica Clínica, entendida como la confianza en la señalización de los sesgos potenciales, la validez interna y externa de las recomendaciones y la posibilidad de llevarlas a la práctica. Además de evaluar el contenido del documento incluye pasos para determinar la adecuada elaboración y documentación del proceso y también se extiende a algunos aspectos de sus recomendaciones. En su creación y fase de validación hubo participación de 11 países que tras la aplicación del instrumento a 100 GPC determinaron una aceptación del 95% por la facilidad de su aplicación y su utilidad en la evaluación de la calidad de las guías. El instrumento AGREE consta de 23 ítems organizados en 6 áreas, cada una abarca un tópico diferente de la calidad de la guía [23].

TIPO DE ESTUDIO: Secundario, adaptación de guías de práctica clínica alopáticas al paradigma homeopático

7. Metodología

7.1 Preparación

La homeopatía es una alternativa muy valiosa para el tratamiento para el asma ya que ofrece la posibilidad de erradicar los síntomas de forma definitiva y de curar la enfermedad. En la actualidad en el marco legal de la práctica de la medicina en Colombia es obligatorio el uso de guías de práctica clínica incluso para el ejercicio de la medicina alternativa, al realizar una búsqueda sistemática en la literatura universal se confirmó que no existen guías de práctica clínica para manejo de asma en niños a la luz de la homeopatía. Considerando que la creación de una nueva guía de práctica clínica requiere una gran inversión económica y de trabajo, que supera las posibilidades del investigador en el momento y que el proceso de adaptación de guías de práctica clínica es válido, que existen herramientas diseñadas específicamente con este fin, se decidió realizar la adaptación de una guía de manejo de asma en niños a la luz de la alopátia y modificarla para su uso en homeopatía. La búsqueda sistemática de la literatura de guías para manejo de asma en niños en homeopatía y alopátia se realizó durante 2 meses, se consultaron 6 bases de datos diferentes.

7.2 Factibilidad y estrategia de la búsqueda

Se realizó una búsqueda de la literatura en las principales bases de datos compiladoras y elaboradoras de GPC. Ver anexo No. 5

Los términos mesh utilizados para la búsqueda sistemática fueron: Asthma, Homeopathy y alternative medicine. Los límites fueron Humans, children, guidelines.

7.3 Tema de referencia

El asma es la enfermedad respiratoria crónica más prevalente en pediatría a nivel mundial, aunque la prevalencia tiene variabilidad según los diferentes países se describe

Elaboración de una guía de práctica clínica de homeopatía para manejo de asma en niños con: Utilización de herramienta adapte 2.0

una media del 10% para la población infantil y de adolescente, se ha reportado además que es la primera causa de absentismo escolar por patología crónica y de consulta hospitalaria en niños [2], el manejo del paciente con asma implica costos importantes tanto para el paciente y su familia como para el sistema de salud [9], según la revisión realizada en la literatura los pacientes con asma requieren por lo menos uno o dos medicamentos controladores de uso permanente como corticoides inhalados o inhibidores de leucotrienos, además de citas médicas de control; en el caso de crisis asmáticas los gastos aumentan ya que se requiere el uso de análogos de beta 2, corticoides, consulta a urgencias e incluso hospitalización donde se requiere oxigenoterapia, terapia respiratoria y en los casos mas severos estancia en unidad de cuidado intensivo pediátrica, ventilación mecánica, oxido nítrico, llegando en algunas oportunidades a un desenlace fatal. Es por eso que todos los programas hacen énfasis en el tratamiento precoz y preventivo a pesar de lo cual la incidencia de hospitalización es muy alta.

Otro de los beneficios de la homeopatía es que además de ser eficiente es muy económica, ya que uno de sus principios, tal como está consignado en los parágrafos 273 y 274 del organon es el uso de un medicamento único [5], que generalmente es de muy bajo costo.

7.4 Grupo de trabajo:

Se creó un grupo de trabajo multidisciplinario conformado por un docente de pediatría, pediatras maestrantes de homeopatía, un docente de homeopatía, un pediatra intensivista epidemiólogo y un Médico auditor, maestrante en evaluación de tecnologías sanitarias.

El grupo de trabajo manifiesta no tener ningún conflicto de interés, su participación en este trabajo obedece únicamente a fines académicos. Se anexa declaración de conflictos. Ver anexo 6

7.5 Presupuesto

Se realizó un análisis del presupuesto (ver anexo 7).

La financiación estará a cargo del investigador

7.6 Pregunta clínica

Para el desarrollo de la PREGUNTA CLÍNICA se aplicó la herramienta PIPOH [8]

Población a estudio: pacientes pediátricos (de 5 a 18 años) con síntomas compatibles con asma

Intervención dirigida a diagnóstico y manejo de asma.

Profesionales a quien está dirigido: médicos homeópatas.

Outcome (Propósito de la guía): crear pautas para unificar y facilitar el diagnóstico y tratamiento del asma con homeopatía.

Healthcontext and setting: El contexto y escenario atención clínica.

Pregunta: ¿Cuales son las mejores recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento del asma a la luz de la homeopatía en consulta externa?

7.7 Búsqueda bibliográfica

Se realizó una búsqueda en la literatura con los siguientes parámetros:

Palabras clave: asthma and homeopathy

Los límites a tener en cuenta fueron:

Población: Humanos

Edad: 2 a 18 años

Patología: asma

Fecha de publicación: últimos 5 años

Tipo de estudio: Guías de práctica clínica

7.8 Resultado de la búsqueda

Ver anexo 8.

7.9 Tamizaje inicial guías de práctica clínica de encontradas.

Se revisó las GPC de asma encontradas y se hizo un tamizaje inicial para obtener las guías más adecuadas de ser adaptadas, en la tabla número 1 se describe los criterios de selección iniciales:

Tabla No 1.

| Criterios de inclusión | Criterios de exclusión |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| Calidad metodológica | Tema no relacionados |
| Relevancia clínica | GPC no aplicables en pediátrica |
| Aplicación en población pediátrica | GPC de pacientes con enfermedades crónicas |
| Producción o actualización en los 05 últimos años | GPC de medicamentos especiales para |

| | |
|----------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| Flexibilidad clínica Facilidad de adaptación a contexto sanitario | casos concretos de asma |
|----------------------------------------------------------------------|-------------------------|

ANALISIS DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA ENCONTRADAS

Tabla 2.

| National Guideline Clearinghouse | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| VADoD clinical practice guideline for management of asthma in children and adults. [24] | Estas guías de práctica clínica se pueden encontrar a disposición del público en Google. Al revisar esta guía se concluyó que aunque es completa, actualizada y cumple con los requisitos adecuados de una guía de práctica clínica bien lograda, ésta no es la guía ideal para el propósito de este trabajo ya que tiene en cuenta al tiempo la población de niños y adultos y la población de estudio de las guías en construcción es exclusivamente pediátrico, de manera que existe mucha información sobre el asma en adultos que sería innecesaria e incluso posiblemente factor de confusión para nuestro propósito. |
| Global strategy for asthma management and prevention.: [9] | Existe una versión reciente que es 2010, es una versión sencilla y amigable para el lector, tiene como deficiencia con respecto al propósito de este trabajo que solo separa niños de adultos en algunos capítulos, sin embargo por tratarse de un trabajo tan completo y actualizado se tomó en cuenta. |
| Diagnosis and management of asthma. [25] | Realizado por Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI) es un trabajo muy completo y actualizado pero tiene en contra que no aclara de donde toma la información y no es claro en cuanto al protocolo de creación de estas guías, además está diseñado para mayores de 5 años, al igual que las guías de los veteranos mezcla en las guías el diagnóstico y tratamiento de niños y adulto, razón por la cual tampoco se eligió estas guías como nuestra fuente primaria de información. |
| British guideline on the management of asthma. A national clinical guideline [26] | Son las guías más actualizadas que se encuentran disponibles, con última versión de mayo de 2011, exponen claramente el método utilizado para desarrollar las guías y aunque desarrolla diagnóstico y tratamiento de asma en niños y adultos los realiza en capítulos separados. Es el único artículo que incluye niños desde los 2 años, los demás solo toman mayores de 5 años. |
| Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) 2010 revision [27] | Estas guías son completas, actualizadas y tiene Fuentes confiables pero contemplan el no solamente el asma, sino también la rinitis, lo cual no es conveniente para nuestro objetivo que es puntualmente asma. |
| Cuando se realizó la búsqueda de asma y homeopatía en esta base de datos el resultado fue: | |
| Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) 2010 revision. [27] | Al revisar la guía se encontró que en ella no existe ninguna recomendación específica sobre homeopatía, además mezcla la homeopatía con la fitoterapia y otros sistemas médicos alternativos. |

Tabla N. 3

Elaboración de una guía de práctica clínica de homeopatía para manejo de asma en niños con: Utilización de herramienta adapte 2.0

| Guía Salud Es Biblioteca de guías de práctica clínica del Sistema Nacional de Salud | |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Asma infantil. Guies de práctica clínica [28] | Este artículo trata solo sobre realización de prueba funcional respiratoria, no contiene todo lo que requiere una guía de práctica clínica, razón por la cual se descarta el uso de estas guías |
| Prevalencia de asma en niños [29] | |
| Registro del grado de severidad [30] | Este artículo trata solo sobre el grado de severidad no contiene todo lo que requiere una guía de práctica clínica, razón por la cual se descarta el uso de estas guías. |
| Realización de prueba funcional respiratoria [31] | Este artículo trata solo sobre realización de prueba funcional respiratoria, no contiene todo lo que requiere una guía de práctica clínica, razón por la cual se descarta el uso de estas guías. |
| Técnica inhalatoria correcta [32] | Este artículo trata solo sobre realización de prueba funcional respiratoria, no contiene todo lo que requiere una guía de práctica clínica, razón por la cual se descarta el uso de estas guías |

Tabla N 4.

| Pubmed | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Pathogenesis, prevalence, diagnosis, and management of exercise-induced bronchoconstriction: a practice parameter. [33] | Este artículo trata solo sobre broncoobstrucción desencadenado por ejercicio, no contiene todo lo que requiere una guía de práctica clínica, razón por la cual se descarta el uso de estas guías. |
| Allergen immunotherapy: a practice parameter third update. [34] | Este artículo trata solo sobre inmunoterapia, no contiene todo lo que requiere una guía de práctica clínica, razón por la cual se descarta el uso de estas guías. |
| Global strategy for the diagnosis and management of asthma in children 5 years and younger. [35] | Estas guías son actualizadas tiene una calidad metodológica adecuada, tiene la relevancia clínica necesaria para el propósito de este trabajo, la población es exclusivamente pediátrica, ofrece flexibilidad clínica y facilidad de adaptación al contexto sanitario, razón por la cual se eligió utilizar estas guías para el desarrollo de este proyecto. |
| Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) guidelines: 2010 revision. [27] | Estas guías fueron analizadas en la primera base de datos y fueron descartadas. |
| Guideline for the management of chronic asthma in children--2009 update. [37] | Estas guías con claras, sencillas, actualizadas, por lo cual se tomaron en cuenta. |

Tabla 5

| Bireme Biblioteca Virtual en Salud | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Summary of recommendations from the Canadian Asthma Consensus guidelines, 2003. [38] | Estas guías están desactualizadas con respecto a las otras disponibles por eso se descartaron. |
| Pharmacotherapy--treatment of intermittent asthma with ICSs. [39] | Estas guías están enfocadas en asma intermitente, específicamente en tratamiento, no son actualizadas y no son exclusivas de población pediátrica por eso se descartaron. |
| Pharmacotherapy--first-line maintenance therapy. [40] | Estas guías están enfocadas específicamente en tratamiento, no son actualizadas y no son exclusivas de población pediátrica por eso se descartaron. |
| [Summary of the practice guideline 'Asthma in children' (second revision) from the Dutch College of General Practitioners]. [41] | Estas guías están en irlandés, idioma que no maneja el investigador, por eso se descartaron. |
| American Academy of Allergy, Asthma & Immunology/American College of Allergy, Asthma and Immunology Joint Task Force Report on omalizumab-associated anaphylaxis. [40] | Estas guías están diseñadas con énfasis en manejo con un medicamento alopático, por eso se descartaron. |

7.10 Las guías de practica clínica elegidas fueron:

[Global strategy for asthma management and prevention. \[9\]](#)

Diagnosis and treatment of asthma in childhood: a PRACTALL consensus report [36].

Estas guías son actualizadas, tienen una calidad metodológica adecuada, decepciones tienen la relevancia clínica necesaria para el propósito de este trabajo, la población es exclusivamente pediátrica, ofrecen flexibilidad clínica y facilidad de adaptación al contexto sanitario, razón por la cual se eligió utilizar estas guías para el desarrollo de este proyecto.

7.11 Valoración crítica objetiva de las gpc.

Aplicación del instrumento AGREE

La GCP escogidas se evalúan a través del instrumento AGREE cuya aplicación sistemática permite determinar la calidad de la información con sus recomendaciones finales y además tiene en cuenta la flexibilidad para su aplicación clínica. **Estructura de Instrumento AGREE ANEXO 9.**

AGREE tiene 23 ítems claves organizados en seis áreas, cada área intenta abarcar un tópico de la calidad de la guía.

Items 1 a 3: Alcance y Objetivo de la guía.

Items 4 a 7: Participación de los implicados

Items 8 a 14:Rigor en la elaboración

Items 15 a 18:Claridad y presentación

Items 19 a 21:Aplicabilidad

Items 22 a 23:Independencia editorial [23]

Elaboración de una guía de práctica clínica de homeopatía para manejo de asma en niños con: Utilización de herramienta adapte 2.0

La evaluación de las GPC se realizó de forma independiente por cuatro miembros del equipo multidisciplinario para reducir la subjetividad de la apreciación crítica de un revisor único.

Resultados:

[Global strategy for asthma management and prevention. \[9\] = 93%](#)

Diagnosis and treatment of asthma in childhood: a PRACTALL consensus report [36]. = 91%

7.12 Evaluacion del contenido y actualidad de la gpc

La GPC fueron escogidas a partir de una búsqueda sistemática en bases de datos bibliográficas, compiladores de GPC nacionales e internacionales y organismos elaboradores, están basadas en trabajos de investigación actualizados y cumplen con la calidad requerida para ser el fundamento de una guía actualizada, ofrecen una información susceptible de ser ampliada y adaptada a partir de las revisiones sistemáticas, consensos, meta análisis y estudios clínicos consultados. Al revisar las referencias base de las recomendaciones se encontró un proceso de búsqueda y selección que tuvo en cuenta el riesgo-beneficio del paciente, la costo efectividad y la aplicabilidad practica.

7.13 Evaluacion de las recomendaciones de la GPC

En las GPC de asma revisadas no hubo una clasificación estándar para el nivel de evidencia de las recomendaciones, tras su evaluación se hizo un resumen de las principales y se agrupó las que eran comunes para todas las guías. Se concluyó que no todas las GPC maneja un método similar de clasificación de la evidencia, por lo que para este proceso de adaptación se tomó la opción de mencionar la recomendación sin manejar escalas de niveles de evidencia. Los cuatro evaluadores coincidieron en que las GPC estudiadas son coherentes en la información que brindan y que hay evidencia científica de alta calidad y en cantidad suficiente que respalda las recomendaciones y que permite interpretarlas como útiles para la aplicación clínica, adicional a ello se consideró el respaldo de autoría de organismo con amplia experiencia en la elaboración de GPC.

En la tabla número 6 se agrupan las recomendaciones con respaldo científico de alta calidad que son similares en todas las GPC para orientar la creación de la guías de práctica clínica.

Tabla 6.

| RECOMENDACIONES SIMILARES DE LAS GPC ASMA EN NIÑOS |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Se Puede sospechar asma ante la presencia de dificultad para respirar, tos, sibilancias y sensación de pecho apretado recurrentes. |
| Se debe intentar identificar el fenotipo asmático y estudiar el contexto atópico del paciente |
| Los síntomas como tos o dificultad para respirar en los periodos intercrisis son un factor importante en la fenotipificación del asma infantil |
| La evaluación e identificación de los desencadenantes del asma juegan un papel muy importante en la educación, el control ambiental y el pronóstico del paciente |
| En los niños en edad preescolar y escolar con exacerbaciones virales recurrentes es preferible el término “asma inducida por virus” a los términos que incluyen “sibilancias” |
| Se recomienda el uso de cuestionarios dirigidos para realizar el diagnóstico. |
| Se recomienda evaluar la sensibilidad a los alérgenos disponibles a estudio a todas las edades para confirmar su posible contribución a las exacerbaciones asmáticas |
| Se recomienda evitar los alérgenos cuando hay sensibilización y una relación evidente entre la exposición al alérgeno y los síntomas |
| La evitación total de los alérgenos como única medida terapéutica puede tener resultados clínicamente relevantes |
| Se considera esencial evitar la exposición al humo del tabaco en los niños y adolescentes de todas las edades y las mujeres embarazadas |
| Se recomienda llevar una dieta equilibrada y hábitos de vida saludables para evitar la obesidad. |
| No se debe evitar el ejercicio; por el contrario se recomienda motivar los niños con asma para que participen en deportes, con un control eficiente de la inflamación y los síntomas asmáticos |
| En niños mayores de 5 años, las pruebas de función pulmonar como espirometría y pico flujometría proveen información valiosa para evaluar el grado de obstrucción de la vía aérea, confirmar la reversibilidad de la obstrucción, de manera que se puede clasificar y confirmar la enfermedad. |
| En pacientes con clínica compatible con asma y pruebas de función pulmonar normal el uso de pruebas de reactividad de la vía aérea pueden ayudar a confirmar el diagnóstico. |
| Se recomienda clasificar el asma con base en el control de los síntomas y la respuesta al tratamiento. |

7.14 Evaluación de la aceptabilidad y aplicabilidad de las recomendaciones

La **aceptabilidad** hace referencia al beneficio percibido de poner en práctica la recomendación y la **aplicabilidad** a la posibilidad real de su desarrollo óptimo con todos los recursos necesarios. La cultura y los valores del entorno son fundamentales para las dos condiciones, para el caso de la aceptabilidad se evalúan otras variables como la capacidad de adaptación al contexto, la experiencia del equipo involucrado con sus conocimientos y habilidades y los recursos del sistema de salud local y general. [8]

Tabla 7

| RECOMENDACIÓN | ACEPTABLE | APLICABLE |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|
| Se Puede sospechar asma ante la presencia de dificultad para respirar, tos, sibilancias y sensación de pecho apretado recurrentes. | X | X |
| Se debe intentar identificar el fenotipo asmático y estudiar el contexto atópico del paciente | X | X |
| Los síntomas como tos o dificultad para respirar en los periodos intercrisis son un factor importante en la fenotipificación del asma infantil | X | X |
| La evaluación e identificación de los desencadenantes del asma juegan un papel muy importante en la educación, el control ambiental y el pronóstico del paciente | X | X |
| En los niños en edad preescolar y escolar con exacerbaciones virales recurrentes es preferible el término "asma inducida por virus" a los términos que incluyen "sibilancias" | X | X |
| Se recomienda el uso de cuestionarios dirigidos para realizar el diagnóstico. | X | X |
| Se recomienda evaluar la sensibilidad a los alérgenos disponibles a estudio a todas las edades para confirmar su posible contribución a las exacerbaciones asmáticas | X | X |
| Se recomienda evitar los alérgenos cuando hay sensibilización y una relación evidente entre la exposición al alérgeno y los síntomas | X | X |
| La evitación total de los alérgenos como única medida terapéutica puede tener resultados clínicamente | X | X |

Capítulo

| | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|
| relevantes | | |
| Se considera esencial evitar la exposición al humo del tabaco en los niños y adolescentes de todas las edades y las mujeres embarazadas | X | X |
| Se recomienda llevar una dieta equilibrada y hábitos de vida saludables para evitar la obesidad. | X | |
| No se debe evitar el ejercicio; por el contrario se recomienda motivar los niños con asma para que participen en deportes, con un control eficiente de la inflamación y los síntomas asmáticos | X | X |
| En niños mayores de 5 años, las pruebas de función pulmonar como espirometría y pico flujometría proveen información valiosa para evaluar el grado de obstrucción de la vía aérea, confirmar la reversibilidad de la obstrucción, de manera que se puede clasificar y confirmar la enfermedad. | X | X |
| En pacientes con clínica compatible con asma y pruebas de función pulmonar normal el uso de pruebas de reactividad de la vía aérea pueden ayudar a confirmar el diagnóstico. | X | X |

8. Resultados

8.1 Guía clínica de manejo ambulatorio de asma infantil en la consulta externa de homeopatía

GUIA CLINICA DE MANEJO AMBULATORIO DE ASMA INFANTIL. Una perspectiva homeopática. Ferreira S, Casas G, Bustos J y cols. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Medicina, Departamento de Medicina Alternativa, Colombia, junio 2011.

Las conclusiones y recomendaciones de este documento reflejan exclusivamente la opinión de los investigadores.

Investigadores principales

Sandra Liliana Ferreira Rodríguez – Pediatra, Maestrante Homeopatía – Universidad Nacional de Colombia

Juan Carlos Bustos – Pediatra, Universidad Nacional de Colombia

Gloria Helena Casas – Magister Medicina Alternativa, Universidad Nacional de Colombia

Miembros equipo de investigación

Mayra Juliana Chamorro Rojas – Pediatra, Maestrante Homeopatía - Universidad Nacional de Colombia

Oscar León Guerra - Pediatra, Especialista Cuidados Intensivos, Maestrante Epidemiología - Universidad Nacional de Colombia

Andrés Delgado Montezuma – Médico, Auditor, Maestrante Evaluación de Tecnologías Sanitarias – Universidad de Buenos Aires

8.2 Resumen

CONTEXTO: El asma es la patología crónica en niños más frecuente a nivel mundial, los tratamientos ofrecidos a la luz de la alopátia si bien ofrecen control de síntomas con buenos resultados, no son efectivos en la totalidad de los pacientes y en ningún momento ofrecen la curación de la enfermedad. La homeopatía es un sistema medico complejo que cuenta con una doctrina, una concepción particular de morfología y dinámica vital humana con un sistema diagnostico y terapéutico, [3] es alternativa muy valiosa para el tratamiento del asma ya que ofrece la posibilidad de erradicar los síntomas de forma definitiva y llevar al paciente a la curación. En este contexto surge la necesidad de contar con guías de práctica clínica para facilitar la toma de decisiones médicas en el diagnóstico y manejo del asma en niños en consulta ambulatoria de homeopatía en pediatría.

METODO: Se realizó la adaptación de guías de práctica clínica con la utilización de la herramienta ADAPTE, proceso que incluye búsqueda de guías de practica clínica de asma en niños en múltiples bases de datos; se encontró varias guías de práctica clínica de asma en niños en alopátia, pero ninguno de homeopatía, luego del análisis exhaustivo de las guías encontradas se eligió: “Diagnóstico y tratamiento del asma en los niños y adolescentes: informe de consenso del PRACTALL” y “Global strategyforasthmamanagement and Prevention 2010 (Update)”, se llevó a cabo el análisis de dichas guías con la herramienta AGREE, posteriormente se realizó la adaptación de las guías a la luz de la homeopatía.

RESULTADOS: Se ofrece una guía de práctica clínica que pretende brindar una directriz simple y aplicable para la toma de decisiones médicas útiles en el diagnóstico y manejo del asma en niños en consulta ambulatoria de homeopatía en pediatría, bajo los principios de la homeopatía, con medicamentos homeopáticos, pero a la vez teniendo en cuenta y aprovechando los conocimientos y los avances científicos de la alopátia.

8.3 Introducción

El asma es la enfermedad respiratoria crónica más frecuente en pediatría a nivel mundial. [1] Se ha comprobado por medio de varios estudios que su prevalencia tiende a aumentar a través del tiempo [2] y aunque con los avances de la medicina alopática se logra 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

Elaboración de una guía de práctica clínica de homeopatía para manejo de asma en niños con: Utilización de herramienta adapte 2.0

los múltiples esfuerzos de diferentes entes de salud a nivel mundial el asma sigue siendo una de las principales causas de ausentismo escolar y hospitalización en niños. [2]

Existen varios estudios diseñados para valorar el comportamiento epidemiológico del asma en niños a nivel mundial, el Estudio internacional de asma y alergias en la niñez: ISAAC (The International Study of Asthma and Allergies in Childhood) que cuenta con 155 centros colaboradores en 56 países del mundo. Se han estudiado niños de 6 - 7 y 13 – 14 años para determinar la prevalencia, la tendencia y los factores de riesgos del asma en niños. Se encontró que hay países que tienen una prevalencia hasta del 30% (Reino Unido), en latinoamérica se reportó 5 al 20%. [2]

En Colombia la Asociación Colombiana de Alergia, Asma e Inmunología, la Sociedad Colombiana de Neumología y Cirugía de Tórax y la Asociación Colombiana de Neumología de Pediatría realizaron un estudio con el propósito de determinar la prevalencia del asma y otras enfermedades alérgicas en Colombia; se encontró que más del 28% de los entrevistados recuerdan haber tenido sibilancias alguna vez en la vida, pero sólo 12% aceptan haberlas tenido en el último año. Marcadores de severidad como dificultad para hablar, visita al médico, consulta a urgencias u hospitalización fueron referidos entre 3 y 7% de los encuestados.[3]Este estudio muestra que la prevalencia del asma en Colombia es muy similar a la reportada a nivel mundial, es claro que es una enfermedad que tiene un impacto significativo en la sociedad y que requiere programas detección temprana y manejo eficaz.

8.4 Propósito y alcance

Esta guía de práctica clínica busca brindar una directriz simple y aplicable para la toma de decisiones médicas útiles en el diagnóstico y manejo del asma en niños en consulta ambulatoria de homeopatía en pediatría. Su propósito es asegurar un tratamiento médico integral con los beneficios de la aplicación de la evidencia científica junto al conocimiento de las patogenesias homeopáticas teniendo en cuenta la inexistencia de este tipo de información hasta el momento. Durante todo el proceso de adaptación y desarrollo de la guía de tuvo en cuenta los fundamentos de la doctrina homeopática, de allí que no se busca generar un conjunto de reglas de aplicación imperativa sino brindar una herramienta que permita el mayor acercamiento a la individualidad del niño y su medicamento homeopático hasta lograr el manejo más recomendable.

8.4.1 Población:

Estas guías de práctica clínica están dirigidas a profesionales de la salud que ejercen la homeopatía, la población en quien se puede aplicar esta guía son niños que presenten cuadros clínicos compatibles con asma.

8.4.2 Preguntas de salud:

¿Cuales son las mejores recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento del asma a la luz de la homeopatía?

8.5 Definición

El asma se define como “Enfermedad inflamatoria crónica de las vas respiratorias, donde se involucran varias células y productos celulares, la inflamación crónica se asocia a hiperractividad y obstrucción reversible de la vía aérea que se asocia a episodios recurrentes de sibilancias, sensación de falta de aire, sensación de pecho apretado y tos de predominio en noches y madrugadas” [9]

Otra definición válida es “Eventos repetidos de broncoobstrucción y reactividad de las vías respiratorias ante la exposición a factores desencadenantes como ejercicio, alérgenos e infecciones virales” , sin embargo esta definición puede causar confusión en lactantes y preescolares donde son muy frecuentes los episodios de tos y sibilancias recurrentes sin tratarse necesariamente de asma, ya que el 60% de los lactantes y preescolares que presentan estos episodios no los vuelven a presentar después de los 6 a 7 años. Por esta razón se describen tres clases de sibilancias recurrentes en los niños. [36]

- Sibilancias transitorias: Están presentes durante los 2 a 3 primeros años de vida del paciente y luego desaparecen.
- Sibilancias no atópicas: Se desencadenan principalmente por cuadros virales y desaparecen al final de la infancia.
- Sibilancias intermitentes intensas: episodios infrecuentesde sibilancias agudas asociados Mínima morbilidad fuera de la temporada de las enfermedades de las vías respiratorias. Características atópicas, como eccema, sensibilización alérgica y eosinofilia en sangre periférica. [36]

| |
|-------------------------|
| RECOMENDACIONES: |
|-------------------------|

| |
|---------------------------------------------------------------------------|
| nciar el asma de las sibilancias recurrentes en lactantes y preescolares. |
|---------------------------------------------------------------------------|

8.6 Determinantes y factores de riesgo

Factores genéticos: múltiples estudios han demostrado la participación de varios genes comprometidos en la génesis del asma, sin embargo está claro que se trata de una enfermedad multifactorial donde también juega un papel muy importante el medio ambiente, por esta razón no necesariamente todos los hijos de padres asmáticos presentaran la enfermedad. [36]

Algunos estudios reportan la obesidad como factor de riesgo para desarrollar asma, lo mecanismos no está muy claros pero se considera que puede estar relacionado con un estado proinflamatorio persistente, alteraciones hormonales, endocrinos e inmunológicos. Además de mayor incidencia de asma, en los pacientes con obesidad el asma se asocia a menor respuesta al tratamiento.[9]

Se ha encontrado que en la infancia es mayor la incidencia de asma en varones y el asma de inicio en la adolescencia es mas frecuente en mujeres. [1, 2, 9]

Medio Ambiente: La exposición a diferentes alérgenos está relacionada con la incidencia y el desarrollo del asma [36], influyen el tiempo, la cantidad, el tipo de exposición y el contexto genético del paciente. En cuanto a las cucarachas se ha descrito que niños que viven en casas con infestación de cucarachas tienen mayor probabilidad de sensibilizarse, esto principalmente en pacientes que viven en la ciudad, en cuanto a las mascotas existen estudios que proponen que la exposición temprana de los niños a perros y gatos disminuye la posibilidad de sensibilizarse a estos animales, otros estudios indican lo contrario, que la exposición temprana a estos animales puede llevar a sensibilización, falta realizar mas estudios para aclarar este factor. [9] En los lactantes se encuentra con mayor frecuencia alergias alimentarias, estos pacientes suelen presentar con mayor incidencia síntomas respiratorios después de los cuatro años. Con el aumento de edad se presentan mayor número de alergias a agentes internos como polvo, ácaros, mascotas, más adelante aparecen alergias a agentes externos como polen y mohos. [36]

Existen teorías que proponen las infecciones como factores de riesgo principalmente Virus Sincitial respiratorio o factores protectores para el desarrollo del asma, como el

caso del sarampión, el mismo Virus Sincitial Respiratorio y la uncinariasis sin embargo no existe evidencia suficiente para soportar estas teorías. [36] La “Teoría de la Higiene” propone que los pacientes que están expuestos a infecciones respiratorias de manera temprana, aquellos que tienen hermanos que asisten al jardín o niños que asisten al guarderías desde edad temprana, tienen mayor riesgo de adquirir infecciones respiratorias pero a la vez adquieren protección contra alergias entre ellas el asma. [9] Está claro que los virus son la principal causa desencadenante de crisis de asma, los rinovirus causan impacto mas frecuentemente en preescolares y el virus sincitial respiratorio es el principal agente asociado a infecciones respiratorias graves en los lactantes. Las infecciones respiratorias recurrentes pueden empeorar los síntomas de asma. [36]

El asma ocupacional es una enfermedad de gran importancia a nivel de medicina laboral [9] pero teniendo en cuenta que tiene relevancia solo en adultos, no lo tendremos en cuenta en estas guías.

Tabaco: La exposición pasiva al humo de tabaco en la vida pre y post natal es uno de los factores más potentes asociados a la aparición de tos y/o sibilancias tanto en la infancia como en las demás etapas de la vida. [9,36] La exposición materna al humo de tabaco altera el crecimiento fetal incluyendo el desarrollo de los pulmones lo cual facilita la aparición de episodios sibilantes en el periodo de lactantes [36], algunos estudios han demostrado cuatro veces mayor incidencia de sibilancias en el primer año de vida en hijos de madres fumadoras en comparación con hijos de madres libres de exposición al tabaco. [9] Evitar el contacto con humo de cigarrillo es una medida preventiva muy importante para evitar la aparición y múltiples complicaciones del asma. [36]

Contaminantes: La contaminación del medio ambiente puede desencadenar asma en niños con predisposición genética. [36]

Alimentación: Se ha demostrado que la alimentación con leche materna protege a los niños del desarrollo de atopias, existen varios estudios con respecto al asma y los alimentos pero ninguno ofrece información suficientemente concluyente para generar recomendaciones al respecto. [36]

Elaboración de una guía de práctica clínica de homeopatía para manejo de asma en niños con: Utilización de herramienta adapte 2.0

Ejercicio: El ejercicio es un desencadenante demostrado de crisis de asma, lo cual no significa que se deba restringir el ejercicio, por el contrario, se recomienda promover el ejercicio aeróbico para promover un desarrollo saludable. [36]

La exposición a climas extremos puede desencadenar crisis de asma, los padres deben conocer este aspecto para adaptar estrategias terapéuticas en estos casos. [36]

Estrés: Factores emocionales como el estrés pueden causar un impacto negativo en la evolución del asma, se ha demostrado que no solo los factores emocionales de los niños sino también los de los padres pueden afectar la función pulmonar de los niños, por esta razón se sugiere desarrollar estrategias para manejo y control del estrés.[36]

RECOMENDACIONES

Reconocer el asma como una patología multifactorial

8.6.1 Fenotipos asmaticos

Los fenotipos asmáticos hacen referencia a las diferentes formas de presentación del “Síndrome asmático” se consideran principalmente factores como la edad y los desencadenantes, con el objetivo de orientar mejor con respecto al pronóstico y las estrategias terapéuticas. [36]

8.6.2 Fenotipo por edad:

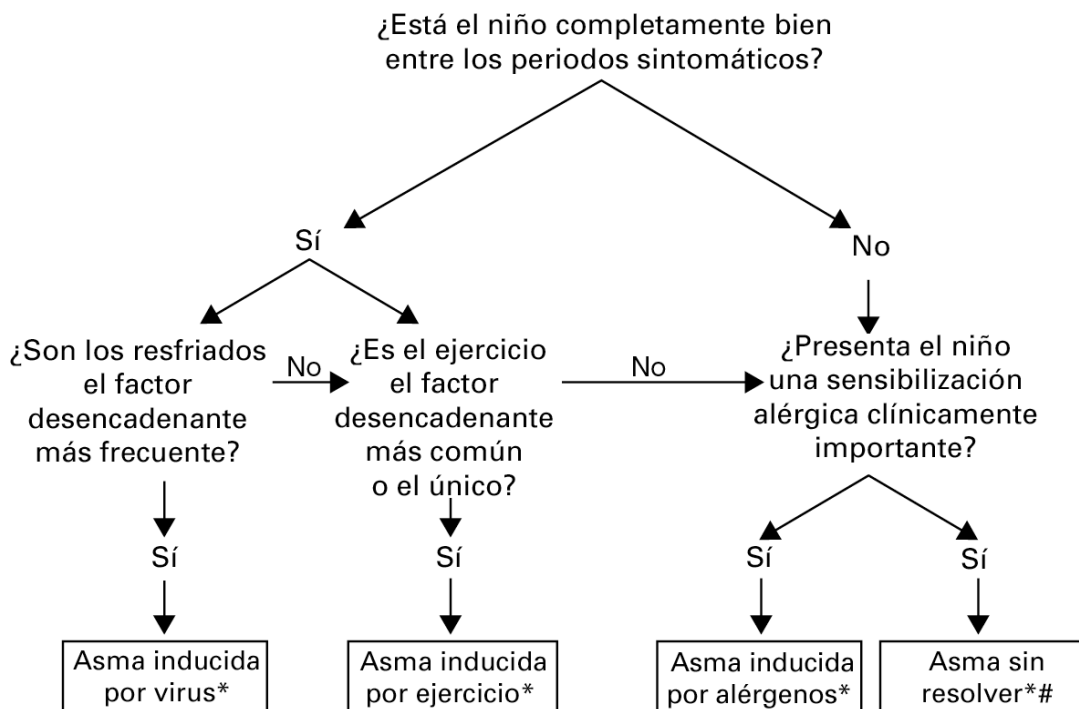
Lactantes (0-2 años) La persistencia de los síntomas es indicador de gravedad, se debe interrogar si el niño presentó sibilancias la mayor parte de los días en los últimos 3 meses. Si es así se debe realizar un estudio juicioso para descartar otras causas, de ser negativo el diagnóstico será: Sibilancias persistentes del lactante. En los niños con enfermedad intermitente (episodios recurrentes) se determina la gravedad según la necesidad de recursos médicos. [36]

Preescolar (3-5 años) Si el niño se encuentra asintomático entre los episodios y los mismos surgen generalmente después de un episodio viral el diagnóstico es: asma inducida por virus. Esta es la presentación más frecuente en este grupo etáreo. [36]

A esta edad también se presenta el asma inducida por el ejercicio.

Se deben realizar pruebas de punción cutánea o pruebas in vitro en búsqueda de anticuerpos contra IGE específica; si se encuentra una relación significativa entre el agente y la aparición de síntomas se trata de asma inducida por alérgenos si no se encuentra, entonces se trata de asma no alérgica. [36]

Fenotipos asmáticos en niños > de 2 años de edad.



Notas: Se debe evaluar la gravedad en cada fenotipo

*Los niños también pueden ser atópicos

#Pueden incluirse aquí diferentes causas, como exposición a irritantes y alergias todavía no evidentes

Tomado de Practall.

Escolares (6-12 años) El esquema utilizado en niños escolares es el mismo que en preescolares, la diferencia consiste en que los casos inducidos por alérgenos son más

Elaboración de una guía de práctica clínica de homeopatía para manejo de asma en niños con: Utilización de herramienta adapte 2.0

frecuentes y visibles, al igual que la estacionalidad. El asma inducida por virus sigue siendo común en este grupo de edad. [36]

Adolescentes: El asma alérgica y no alérgica puede iniciarse durante la adolescencia, los casos nuevos superan el número de remisiones. El asma en adolescentes implica mayores retos ya que los adolescentes suelen presentar menor adherencia al tratamiento, aparece el tabaquismo como un nuevo problema y puede haber un periodo de transición difícil cuando los pacientes cambian de médico tratante del pediatra al médico general. [36]

RECOMENDACIÓN:

Según el factor desencadenante determinar si el fenotipo es: asma inducida por virus, ejercicio, alérgenos o no determinado.

8.6.3 Fenotipo por severidad

La severidad está dada por la persistencia de los síntomas, la inadecuada respuesta al tratamiento e intensidad de los síntomas en las exacerbaciones. [36]

Variante de Asma con Tos: Existe una forma de expresión del asma donde puede presentarse tos como único síntoma, especialmente en las noches, esta variante es más frecuente en niños. En estos pacientes es importante realizar pruebas de hiperreactividad de vías aéreas, pruebas de función pulmonar y búsqueda de eosinófilos en esputo. [9]

Asma de ejercicio: El ejercicio puede ser desencadenante de síntomas, en algunos pacientes es el único desencadenante, los síntomas suelen aparecer 5 a 10 minutos después de terminar la actividad, casi nunca aparecen durante el ejercicio, los síntomas suelen desaparecer espontáneamente luego de 30 a 40 minutos, ciertos ejercicios como correr desencadenan síntomas más fácilmente que otros. Puede ocurrir en cualquier clima pero es más frecuentes en climas fríos y secos que en climas cálidos y húmedos. [9]

RECOMENDACIÓN:

Definir la severidad por la persistencia de los síntomas, la inadecuada respuesta al tratamiento e intensidad de los síntomas en las exacerbaciones.

8.7 Fisiopatología

El asma se manifiesta casi siempre en un contexto de inflamación crónica pulmonar y algunas veces sistémica que puede estar presente incluso desde antes de presentar los primeros síntomas; se caracteriza por variabilidad en la actividad que suele estar relacionada con la exposición a los factores desencadenantes. Las exacerbaciones repetidas pueden contribuir a perpetuar la enfermedad. [36]

En los niños la inmadurez del sistema inmunológico facilita las respuestas atópicas. Además las vías respiratorias de los niños presentan obstrucción más fácilmente y clínicamente más significativa porque la luz de bronquios y bronquiolos es más pequeña y la reja costal al ser cartilaginosa y blanda ofrece poca sujeción al pulmón. [36]

Inmunidad: Múltiples estudios han demostrado que la base inmunológica del asma se encuentra en un desbalance entre las citosinas th1 y th2, sin embargo a medida que avanzan los estudios se hace cada vez más claro que esta interrelación entre subgrupos de linfocitos T y sus citosinas son mucho más complejas de lo que se ha planteado, especialmente porque varían con una serie de factores como edad y exposición. [36]

Atopia: La mayoría de los niños con asma son atópicos, lo que se define como la propensión a desarrollar anticuerpos IgE y presentar síndromes clínicos relacionados. [36]

Interacciones entre estructura y función: Las crisis de asma se caracterizan por obstrucción de las vías respiratorias obstruidas por una combinación de edema, hipersecreción de moco y contracción del músculo liso. Fenómeno que es común a todas las edades y en todos los fenotipos asmáticos y es inducido por distintos desencadenantes. Los pacientes asmáticos presentan cambios anatómicos que pueden persistir por varios meses a pesar de presentar remisión de los síntomas, entre ellos se encuentra la remodelación que consiste en hipertrofia del músculo liso, angiogénesis y aumento de la vascularización, infiltración crónica de células inflamatorias, hiperplasia de células calciformes, depósito de colágeno, engrosamiento de la membrana basal y disminución de la elasticidad de la pared de las vías respiratorias. [36]

Otro cambio muy importante es la inflamación bronquial que es secundaria a alteraciones epiteliales, reclutamiento de células inflamatorias y producción de múltiples mediadores, puede persistir en un grado variable durante los intervalos entre las exacerbaciones.

Elaboración de una guía de práctica clínica de homeopatía para manejo de asma en niños con: Utilización de herramienta adapte 2.0

En adultos se ha demostrado la presencia de inflamación nasal incluso en ausencia de síntomas respiratorios bajos, la estimulación con alérgenos nasales aumenta la inflamación bronquial y viceversa, aunque este fenómeno no se ha demostrado en niños, existe correlación clínica que apoya la posibilidad que esto también se presenta desde los primeros años de vida. [36]

El epitelio bronquial desempeña una función esencial en el asma al reaccionar a estímulos externos y al regular los procesos inflamación y de remodelación. Los eosinófilos, los neutrófilos y los linfocitos T infiltran el epitelio en el asma infantil y causan inflamación. La inflamación por neutrófilos se asocia a desencadenantes virales y mayor intensidad de la enfermedad. La inflamación por eosinófilos se asocia a asma y atopia y también se ha relacionado con síntomas persistentes. La regulación nerviosa de las vías respiratorias se realiza a través de nervios excitadores colinérgicos y nervios inhibidores adrenérgicos y de vías nerviosas no adrenérgicas y no colinérgicas. [36]

Teniendo en cuenta que el asma es una enfermedad crónica, a la luz de la homeopatía se puede considerar que su origen puede estar relacionado con ausencia de hábitos saludables, tratamientos alopáticos y miasmas internos, tal como está consignado en el parágrafo 204 del Organon [5]

RECOMENDACIÓN:

Reconocer que el paciente asmático presenta componentes de alteración de la inmunidad, inflamación, atopia y cambios en las estructura que alteran la función, factores que sumados explican la fisiopatología de su enfermedad.

8.8 Diagnóstico

El diagnóstico del asma es clínico, no existen instrumentos diagnósticos específicos, ni marcadores indirectos para detectar el asma en la lactancia, se debe sospechar en pacientes con episodios de tos y sibilancias recurrentes y se confirma con la evolución clínica, descartando otras patologías y evaluando la respuesta al tratamiento.

En los párrafos 36 a 89, 93 al 104 del OrganonHanneman aclara que para realizar una adecuada toma de caso que lleve a un diagnóstico acertado, el médico debe seguir los siguientes lineamientos: Observar al paciente en todo aspecto desde el momento que ingresa al consultorio, realizar un interrogatorio ser abierto, se debe dar libertad al paciente para expresar todos sus síntomas sin guiar la entrevista, sin realizar preguntas cerradas, sin sugerir respuestas, hablar en un lenguaje apropiado para el paciente, con palabras sencillas y comprensibles [5], sin embargo con el propósito de facilitar un enfoque terapéutico se sugiere que una vez de haya dado la posibilidad de expresar libremente todo lo que el paciente tenga que decir, ante la sospecha de asma, se pueden verificar los hallazgos del interrogatorio, en este caso con preguntas dirigidas, para estola historia clínica debe enfocarse en frecuencia e intensidad de síntomas de los últimos 3 a 4 meses con énfasis en las 2 ultimas semanas interrogando especialmente por síntomas tales como: sibilancias, tos nocturna, síntomas inducidos por el ejercicio y persistencia de la tos con rinofarigitis viral, antecedentes familiares de atopia, exposición a factores ambientales como alérgenos y humo de cigarrillo. Las sibilancias deben ser documentadas por el médico para no mal interpretar los demás ruidos respiratorios percibidos por los padres. [36]

Se proponen las siguientes preguntas a tener en cuenta en un paciente con sospecha de asma:

- Ha presentado algún episodio de dificultad respiratoria o episodios recurrentes de dificultad respiratoria asociada a sibilancias?
- Presenta tos en las noches?
- Presenta tos o sibilancias luego del ejercicio?
- Presenta tos, sibilancias o sensación de pecho apretado luego de exponerse a algún agente como, [9] humo de cigarrillo, mascotas, humedad, mohos, infecciones respiratorias, exposición a aire frío, ejercicio/actividad risa o llanto? [36]
- Las gripas se le “van al pecho” y tarda más de 10 días en recuperarse?
- Se mejoran los síntomas con tratamiento para asma? [9]
- Presenta Síntomas nasales como: rinorrea, prurito, estornudos, obstrucción nasal
- Presenta Disnea (diurna o nocturna)

Elaboración de una guía de práctica clínica de homeopatía para manejo de asma en niños con: Utilización de herramienta adapte 2.0

- También hay que preguntar a los adolescentes si fuman. [36]

Es muy importante realizar un **examen físico** exhaustivo, siempre se debe evaluar la respiración forzada, realizar exploración nasal y buscar facies atópicas que son:

- Eccema o dermatitis atópicos
- Piel seca
- Ojeras (alérgicas)
- Irritación de las conjuntivas
- Edema persistente de la mucosa nasal, secreción nasal, “saludo alérgico” y “pliegue alérgico” en el puente de la nariz. [36]

RECOMENDACIONES:

El diagnóstico del asma es clínico, basta un interrogatorio adecuado y examen físico completo.

Se sugieren un interrogatorio inicialmente abierto y posteriormente dirigido para confirmar el diagnóstico

8.9 Paraclínicos

A la luz de la homeopatía no es necesario realizar estudios paraclínicos, pero considerando que el médico homeópata debe conocer y utilizar cuando lo considere necesario todos los recursos que puedan ser benéficos para el paciente, incluyendo paraclínicos de la medicina alópata y teniendo en cuenta la fuerte relación que existe entre el asma y las atopias se puede realizar estudios para evaluar el contexto alérgico del paciente y su función pulmonar para obtener indicadores objetivos de la condición y la evolución del paciente, para esto existen diferentes estudios: [36]

Pruebas in vivo: Las pruebas cutáneas a diferentes alérgenos están indicadas para identificar los alérgenos utilizados varían con la edad y el entorno del niño, deben ser realizados por personal especializado, no existe límite inferior de edad para realizar estas pruebas, pero se debe realizar cuando el paciente no esté recibiendo antihistamínicos; una prueba positiva confirma el diagnóstico de asma, pero una prueba negativa no lo descarta. Como pueden surgir sensibilidades a lo largo de la vida se recomienda realizar pruebas anuales en pacientes con sibilancias recurrentes y resultados negativos. [36]

Pruebas invitro: Están indicadas cuando no se pueden realizar las pruebas in vivo porque el paciente no puede suspender los antihistamínicos, cuando presenta lesiones por dermatitis atópicas severas o cuando la vida del paciente pelagra ante el contacto con un determinado antígeno. Estas pruebas no superan las pruebas in vivo.

Otras pruebas: Se puede realizar una radiografía de tórax.

Para evidenciar la presencia de inflamación de la vía aérea se puede utilizar eNO, condensado de aire exhalado, recuento de eosinófilos en esputo inducido y sangre periférica, y la liberación de histamina.

Está descrita la prueba de provocación por aspiración poniendo en contacto alérgenos en ojos y nariz pero ante la existencia de otros medios diagnósticos y el riesgo de deteriorar la salud del paciente no se recomienda utilizar este método. [36]

RECOMENDACIONES:

No se recomienda realizar paraclínicos en todos los casos.

Se recomienda al médico homeópata familiarizarse con los paraclínicos disponibles en alopátia para que pueda aprovechar este recurso cuando el paciente los ha realizado antes de consultar o para utilizar este recurso cuando el médico lo considere necesario.

Se recomienda realizar pruebas in vivo para detectar el agente desencadenante.

Se recomienda realizar las pruebas in vivo cada año cuando el paciente persiste sintomático y las pruebas han sido negativas.

8.10 Función pulmonar

Las pruebas de función pulmonar tienen utilidad en niños mayores de 5 años, son útiles ya que ayudan a confirmar el diagnóstico especialmente cuando se logra demostrar que la restricción pulmonar presenta reversibilidad, además aportan datos objetivos que son valiosos para evaluar clasificación y evolución. [9]

Respuesta a broncodilatadores. El objetivo del tratamiento homeopático es lograr el control de los síntomas y la curación de la enfermedad sin necesidad de acudir a medicamentos alopáticos, sin embargo considerando que al momento de consultar la mayoría de los pacientes han utilizado o se encuentran utilizando broncodilatadores, se puede tener en cuenta la reversibilidad de los síntomas con el uso de los mismos, la forma de obtener datos objetivos es emplear la variación porcentual con respecto al valor basal del flujo respiratorio, un incremento del volumen espiratorio máximo (FEV1) > 12% indica una broncodilatación importante. No obstante, la falta de respuesta no impide una respuesta clínica al tratamiento broncodilatador. Sin embargo, la mayoría de los niños tienen valores de FEV1 casi normales y la reversibilidad suele ser de menor magnitud que en los adultos. [36]

Flujo espiratorio máximo (PEF): Es ideal que cada niño tenga un pico flujometro personal, con él cada día puede medir el pico del flujo espiratorio máximo, las medidas de referencia estarán dadas por sus propios datos anteriores. Es una herramienta útil de seguimiento en pacientes que tienen inadecuada percepción de sus síntomas. También sirve para evaluar objetivamente la función pulmonar ante la exposición a diferentes posibles desencadenantes en la vida diaria como por ejemplo después del ejercicio o en un medio ambiente específico. [9]

Pruebas de Hiperreactividad: En pacientes que tienen síntomas compatibles con asma y pruebas de función pulmonar normales se pueden realizar pruebas de hiperreactividad, se trata de pruebas de reto al tracto respiratorio ante la exposición a agentes inhalados como metacolina, histamina, manitol, solución salina hipertónica o a pruebas como hiperventilación/aire frío y ejercicio [4,5] los resultados están dados en la cantidad de agonista requerido para descender el VEF1 en un 20%, estas pruebas tiene alta sensibilidad, esto quiere decir que en pacientes con sospecha de asma, que no están en tratamiento con glucocorticoides y que tienen una prueba negativa se puede descartar el diagnóstico, pero una prueba positiva no siempre significa que el paciente tiene asma, ya que existen otras condiciones médicas que pueden desencadenar esta misma respuesta. [36]

RECOMENDACIONES:

Realizar pruebas de función pulmonar solo en mayores de 5 años, con el objetivo de apoyar el diagnóstico y en algunos casos para realizar seguimiento.

Considerar la respuesta a los broncodilatadores en los pacientes que los han utilizado como un factor positivo para apoyar el diagnóstico.

Llevar un seguimiento personal de cada niño con un pico-flujometro personal.

No realizar pruebas de hiperreactividad.

8.11 Diagnóstico diferencial

Se deben descartar otros diagnósticos, factores agravantes u obstáculos a la curación especialmente cuando se presenta el fracaso al tratamiento. Las principales patologías a considerar son: reflujo gastroesofágico, rinitis, aspiración

de un cuerpo extraño, fibrosis quística o anomalías estructurales de las vías respiratorias superiores e inferiores. Puede ser necesario el estudio con broncoscopia óptica, lavado broncoalveolar, tomografía computarizada del tórax o sondas para determinar el pH esofágico. [36]

8.12 Diagnóstico diferencial a tener en cuenta

- Rinu-sinusitis crónica.
- Reflujo gastroesofágico
- Infecciones de vías aéreas inferiores recurrentes.
- Fibrosis Quística
- Displasia broncopulmonar.
- Tuberculosis
- Malformaciones que alteran la morfología y función de las vías aéreas.
- Cuerpo extraño en vía aérea
- Síndrome de discinesia ciliar primaria.
- Inmunodeficiencias
- Cardiopatía congénita. [9]

RECOMENDACIÓN:

Ante una pobre respuesta al tratamiento, luego de realizar retoma del caso considerar la posibilidad de estar frente a un diagnóstico diferente o un obstáculo a la curación.

8.13 Clasificación

El asma tiene varias clasificaciones según su etiología, fenotipo, control y severidad.

8.13.1 Etiología:

La clasificación por etiología que es útil particularmente cuando se logra detectar el agente desencadenante, por ejemplo en adultos cuando se trata de asma ocupacional, sin embargo considerando que la mayoría de los pacientes tienen múltiples factores desencadenantes y en muchos casos no se puede detectar cuales son dichos agentes esta clasificación no se considera muy útil. [9]

8.13.2 Fenotipo:

Ante la importante heterogeneidad de las presentaciones clínicas del asma y las diferentes respuestas al tratamiento lo cual se ha descrito como fenotipos se puede realizar diferentes clasificaciones del asma. La mayoría de los estudios están relacionados con el componente inflamatorio manifestado en la presencia de eosinófilos en esputo. Por ahora ante la poca cantidad de laboratorios que realizan los estudios de eosinófilos en esputo, esta clasificación resulta útil solamente para pacientes con asma severa o a nivel de investigación. [9]

8.13.3 Control

Se contempla el control del asma en cuanto a frecuencia de las crisis y ausencia de síntomas intercrisis, descrito en tabla numero 1.

TABLA 1

| Evaluación de control de síntomas en las últimas 4 semanas | | | |
|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| Características | Controlada Cumple todos los siguientes | Parcialmente controlada Sin presenta alguno de los siguientes | No controlada Tres o mas criterios de asma Parcialmente controlada. |
| Síntomas diurnos | Ninguno – máximo dos veces por semana | Mas de dos veces por semana | Una crisis en una semana se cuenta como una semana con asma de asma no controlada. |
| Limitación de actividades | Ninguna | Alguna | |
| Síntomas nocturnos / despertares ⁰ | Ninguna | Alguna | |
| Necesidad de tratamiento de rescate | Ninguna – máximo 2 veces por semana | Mas de dos veces por semana | |
| Función pulmonar (PEF o VEF1) Solo en mayores de 5 años | Normal | < 80% del esperado o del record personal | |

Tomado de GINA [9]

8.13.4 Severidad

Hasta hace poco tiempo el asma se clasificaba por severidad en intermitente, leve persistente, moderada persistente y severa persistente teniendo en cuenta nivel de los

Elaboración de una guía de práctica clínica de homeopatía para manejo de asma en niños con: Utilización de herramienta adapte 2.0

síntomas, limitación del flujo de aire y variación de la función pulmonar, esta clasificación estaba diseñada para ser realizada en pacientes que no habían iniciado tratamiento con corticoides inhalados, en vista que muchos pacientes fueron erróneamente clasificados y que la condición de severidad es dinámica en la última actualización de GINA se decidió que la clasificación por severidad debe ser basada en el control de los síntomas. [9]

RECOMENDACIONES:

Realizar la clasificación del asma según el control.

Evaluar el control del asma en cuanto a frecuencia de las crisis y ausencia de síntomas intercrisis

8.14 Tratamiento

8.14.1 Medidas generales

Para el manejo del asma es muy importante establecer un plan terapéutico integral, ya que como está descrito en el organon en el párrafo 259 si en el curso del tratamiento no se toman medidas para realizar cambios positivos en el estilo de vida del paciente, hábitos inapropiados persistentes pueden constituirse en obstáculos a la curación [5], como describe Hanneman “Se prescribirá por ejemplo: las distracciones inocentes para el intelecto y la moral, el ejercicio activo al aire libre, los paseos cotidianos, los pequeños trabajos manuales, una alimentación racional, nutritiva y sin influencia medicinal” Paragrafo 261 organon.[6]

Considerando la estrecha relación causa-efecto se sugiere además procurar la evitación de los alérgenos y los desencadenantes irritantes, desarrollar programas de información sobre el asma dirigidos a pacientes, padres y cuidadores y por supuesto asegurar una adecuada adherencia al tratamiento con el medicamento homeopático.

El efecto de los alérgenos en el asma guarda relación con la frecuencia y el nivel de exposición. La exposición provoca sensibilización y la aparición de síntomas, y también puede inducir una inflamación bronquial persistente, lo que predispone a los pacientes a otros factores desencadenantes. Los estudios han indicado que la evitación de ciertos alérgenos (p. ej., gatos, perros, cobayas, caballos) disminuye la incidencia de síntomas y evita la sensibilización. [36]

La prevención primaria se ha definido como la eliminación de todo riesgo o factor etiológico antes de que cause sensibilización, la prevención secundaria consiste en el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad lo antes posible y la prevención terciaria es la limitación del efecto de la enfermedad. [36]

Entre los principales alérgenos detectados se encuentra:

Mascotas: Una vez se retira la mascota del hogar se tardan normalmente 6 meses para que las concentraciones de alérgenos desciendan lo suficiente para disminuir las reacciones asmáticas.

Sin embargo, hay muy pocas pruebas que indiquen que el hecho de no tener una mascota reduce el riesgo de sensibilización. [9,36]

Ácaros del polvo doméstico: como los ácaros del polvo doméstico son más frecuentes en las habitaciones húmedas, hay que procurar que haya poca humedad mediante una ventilación adecuada o un deshumidificador. Otras medidas para reducir la exposición son el uso de fundas de colchón y el lavado regular de la ropa de cama y de vestir en agua caliente. [36]

Alérgenos alimentarios: en un lactante o niño con alergia alimentaria, la ingestión de alimentos puede provocar una reacción sistémica aguda grave. En algunas reacciones, la obstrucción de las vías respiratorias superiores e inferiores se manifiesta como síntomas asmáticos y puede ser grave. Se recomienda evitar totalmente los alimentos que se identifican como alérgenos en cada paciente. [36]

También hay que evitar, en la medida de lo posible, las infecciones y el estrés. Aunque el ejercicio puede ser un desencadenante, no se debe evitar. Se recomienda eliminar por completo la exposición a humo del tabaco a todos los niños y adolescentes, en particular a los que presentan antecedentes de sibilancias. [36]

Dentro del manejo del asma, considerando que es una condición crónica, juega un papel decisivo la educación al paciente y su familia. [36]

RECOMENDACIONES

Procurar hábitos de vida saludable que incluyen entre otros alimentación balanceada, adecuados hábitos de higiene, práctica de deportes, evitar el estrés y el contacto con humo de cigarrillo.

Evitar el contacto con alérgenos reconocidos de cada paciente.

Ofrecer al paciente y su familia información sobre la patología, el diagnóstico, el manejo y el pronóstico.

8.14.2 Medicamento homeopático

La homeopatía es un sistema médico que es suficiente como tratamiento único para lograr la curación, en el libro “las enfermedades crónicas , su naturaleza específica” Hahnemann recomienda que el paciente suspenda todo tipo de medicamento alopático al iniciar el tratamiento homeopático [42], sin embargo esta recomendación debe reconsiderarse en el contexto médico legal actual, la mayoría de los pacientes que consultan a homeopatía con diagnóstico de asma están bajo un tratamiento alopático, está descrito en la literatura que suspender estos medicamentos abruptamente puede causar exacerbación seria de los síntomas y la vida del paciente puede estar en peligro, por esta razón se recomienda continuar los medicamentos alopáticos que el paciente viene recibiendo, considerando que en la medida en que la homeopatía ejerza su acción y el proceso de curación empiece, el paciente presentará mejoría de sus síntomas haciendo posible disminuir los medicamentos alopáticos paulatinamente hasta suspenderlos por completo.

Para la elección del medicamento homeopático la principal recomendación es seguir los principios de la homeopatía que indican tomar la totalidad sintomática haciendo énfasis en la individualidad del paciente, jerarquizar y repertorizar dichos síntomas. Una vez realizada la repertorización se elegirá el medicamento que cubra más síntomas y que por materia medica se acerque más a la realidad del paciente, basado en el principio de la similitud.

Para fines prácticos con el objetivo de agilizar el proceso de elección del medicamento homeopático, como parte de esta guía se realizó la repertorización de los principales grupos de síntomas que caracterizan el asma, de acuerdo a esta repertorización se eligieron los principales medicamentos útiles en estos casos, se adjuntó un pequeño resumen de la materia medica de estos

medicamentos con el objetivo de encontrar el más se aproxime a la individualidad de cada paciente.

RECOMENDACIONES:

Realizar la repertorización de los síntomas de cada paciente según la totalidad sintomática.

8.14.3 Síntomas a considerar

RESPIRACION:

- Acelerada
- asmática
- difícil
- obstruida
- jadeante
- sibilante
- silbante
- taquipnea
- tiraje

PECHO

- Constricción
- Tensión –apretón
- Opresión

TOS

- Noche en general
- Por agitación
- Apretamiento sensación de
- Asmática
- Enfriarse al
- Olores fuertes por
- Prurito pecho en
- Ruidosa - ruidos de mucus con
- Toma el pecho con sus manos
- Violenta – ininterrumpida hasta que se alivia vomitando.

Clinica –nosología

- Asma bronquial

8.14.4 Repertorización

En la tabla 2 se describen los síntomas anteriormente mencionados y el puntaje que tiene cada medicamento con respecto a cada síntoma, de manera que el médico tratante pueda realizar un análisis visual rápido de cual medicamento cubre la mayor cantidad de síntomas específico de cada paciente. La interpretación del valor numérico de los síntomas según la experimentación pura se realizó de la siguiente manera:

| INTERPRETACION DEL VALOR NUMERICO DE LOS SINTOMAS SEGÚN LA EXPERIMENTACION PURA |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none">• + Es un síntoma registrado en la experimentación pura• ++ Es un síntoma registrado y vuelto a registrar durante la experimentación pura• +++ Es un síntoma, experimentado, reexperimentado y comprobado por su eficacia en la clínica. Hay una constatación de su utilidad médica. |

Tomado de Eizayaga [43]

En la tabla número 3 se describen con las mismas convenciones de puntaje cada uno de los medicamentos tomados en consideración, con respecto a los principales síntomas mentales que pueden presentarse en niños con una patología crónica como asma. En la tabla 4 tiene en cuenta los “trastornos por” que puede presentar cada paciente.

De manera que el médico tratante al realizar la historia clínica podrá tomar la totalidad sintomática y basado en la aproximación que encuentre en cada cuadro podrá el elegir el medicamento mas apropiado para cada paciente.

RECOMEDACIONES:

Elegir el medicamento que cubra el mayor número de síntomas, con mayor puntaje. Similitud, individualidad dignos de curar.

Se debe dar explicación clara de cual es el medicamento escogido, su presentación, forma de administración, dosis y la frecuencia con que se administrará el medicamento.

Capítulo

Tabla
1

| MEDICAMENTO | Respiración acelerada | Respiración asmática | Respiración difícil | Respiración obstruida | Respiración Jadeante | Respiración Sibilante | Respiración tiraje | Pecho constricción | Pecho opresión |
|-----------------------|--------------------------|-------------------------|------------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|-----------------------|-----------------------|----------------|
| Antimonium tartaricum | +++ | ++ | +++ | + | ++ | | | ++ | + |
| Arsencum iodatum | + | +++ | ++ | | | ++ | | +++ | |
| Arsenicum album | +++ | +++ | +++ | ++ | + | +++ | | +++ | +++ |
| Blatta orientalis | | ++ | ++ | | | | | | |
| Bryonia | +++ | ++ | +++ | ++ | ++ | | | +++ | + |
| Carbo vegetabilis | +++ | ++ | +++ | + | | +++ | | +++ | + |
| China | ++ | ++ | +++ | + | + | ++ | | ++ | ++ |
| Chamomilla | ++ | + | ++ | + | + | ++ | | ++ | +++ |
| Dulcamara | + | ++ | ++ | | | | | ++ | + |
| Ipeca | +++ | +++ | +++ | | ++ | +++ | | +++ | ++ |
| Kai bichromicum | ++ | ++ | ++ | + | + | ++ | | +++ | + |
| Kali sulphuricum | | ++ | ++ | | | ++ | | ++ | +++ |
| Lachesis | | ++ | +++ | ++ | | ++ | | ++ | +++ |
| Lobelia inflata | | | | | | | | | |
| Natrium silphuricum | | | | | | | | | |
| Nux vomica | ++ | ++ | ++ | + | | + | | +++ | + |
| Phosphorus | +++ | ++ | +++ | + | +++ | + | | +++ | + |
| Pulsatilla | ++ | +++ | +++ | + | | | | +++ | +++ |
| Sambucus nigra | ++ | +++ | ++ | + | | ++ | | ++ | + |
| Spongia | + | +++ | +++ | ++ | ++ | + | | ++ | + |
| Silicea | ++ | +++ | +++ | ++ | ++ | | | ++ | +++ |
| Sulphur | +++ | +++ | +++ | ++ | + | +++ | | +++ | +++ |
| Tuberculinum | + | + | ++ | | | | | +++ | + |

Elaboración de una guía de práctica clínica de homeopatía para manejo de asma en niños con: Utilización de herramienta adapte 2.0

Tabla 2

| MEDICAMENTO | Tos noche en general | Tos por agitación | Tos apretamiento – sensación de | Tos asmática | Tos enfriarse al | Tos obres fuertes por | Tos puirto pecho en | Tos ruidosa – ruidos mucus con | Tos manos, tomarse el pecho con ambas | mientras tose toma el pecho con sus manos | Tos violenta ininterrumpida hasta uqe se | alivia vomitando | Clinica nosologia asma bronquial niños en |
|-----------------------|----------------------|-------------------|---------------------------------|--------------|------------------|-----------------------|---------------------|--------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------------|------------------------------------------|------------------|-------------------------------------------|
| Antimonium tartaricum | | | +++ | | | | ++ | | | | +++ | | |
| Arsencum iodatum | | | ++ | | | | | | | | | | |
| Arsenicum album | | | +++ | +++ | | + | | | | | | | |
| Blatta orientalis | | | | | | | | | | | | | |
| Bryonia | | | + | ++ | | | ++ | +++ | | | | | |
| Carbo vegetabilis | | | ++ | ++ | | + | ++ | | | | ++ | | |
| China | | | ++ | | | | | | | | + | | |
| Chamomilla | | | + | | | | ++ | | | | +++ | | |
| Dulcamara | | | + | ++ | | | | | | | | | |
| Ipeca | | | +++ | | | | +++ | | | | +++ | | |
| Kai bichromicum | | | ++ | ++ | | + | ++ | | | | | | |
| Kali sulphuricum | | | +++ | | | | | | | | +++ | | |
| Lachesis | | | ++ | ++ | | | ++ | | | | + | | |
| Lobelia inflata | | | | | | | | | | | | | |
| Natrium silphuricum | | | | | | | | | | | | | |
| Nux vomica | | | +++ | +++ | | ++ | ++ | | | | + | | |
| Phosphorus | | +++ | ++ | +++ | ++ | + | + | ++ | | | +++ | | |
| Pulsatilla | | ++ | ++ | | | + | ++ | | | | +++ | | |
| Sambucus nigra | | | ++ | | | | + | | | | +++ | | |
| Spongia | | | ++ | + | | | | | | | | | |
| Silicea | | | ++ | +++ | | | ++ | | | | ++ | | |
| Sulphur | | | +++ | +++ | | + | | | | | +++ | | |
| Tuberculinum | | | | +++ | | | | | | | +++ | | |

Elaboración de una guía de práctica clínica de homeopatía para manejo de asma en niños con: Utilización de herramienta adapte 2.0

Tabla 4

| MEDICAMENTOS UTILES PARA EL MANEJO DE ASMA INFANTIL | Amistad defraudada | Ansiedad | Anticipación | Celos | Cólera | Desprecio | Lesiones, accidentes | Malas noticias | Muerte de padres, parientes | Pedres | Penas | Susto | Trauma mental | Trabajo mental | Abuso sexual |
|--------------------------------------------------------------|--------------------|----------|--------------|-------|--------|-----------|----------------------|----------------|-----------------------------|--------|-------|-------|---------------|----------------|--------------|
| Antimonium tartaricum | | | | | ++ | | | | | | | | | | |
| Arsenicum iodatum | | | | | | | | | | | | | + | | |
| Arsenicum album | | | +++ | | ++ | | | + | + | | + | + | | | |
| Blatta orientalis | | | | | | | | | | | | | | | |
| Bryonia | | | + | | ++ | +++ | | ++ | | ++ | | + | | | |
| Carbo vegetabilis | | | ++ | | | | | | | | | + | | + | |
| Chamomilla | | | | | +++ | +++ | | + | | | | + | | + | |
| China | | | + | | + | | | + | | | | | | | + |
| Dulcamara | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ipeca | | | | | +++ | + | | | | | + | | | | |
| Kali bichromicum | | | + | | + | | | | + | | + | ++ | | | |
| Kali sulphuricum | | | | | | | | | | | | | | | |
| Lachesis | | | + | ++ | ++ | + | | + | | | +++ | ++ | | | |
| Lobelia inflata | | | | | | | | | | | | | | | |
| Natrium silphuricum | | | | | + | | +++ | | | | | | | | |
| Nux vomica | ++ | | ++ | +++ | +++ | +++ | | ++ | + | | ++ | ++ | +++ | ++ | + |
| Phosphorus | | | +++ | | ++ | ++ | | + | | | +++ | +++ | + | | ++ |
| Pulsatilla | | | +++ | ++ | ++ | | | + | | | ++ | +++ | | + | |
| Sambucus nigra | | + | | | + | | | | | | ++ | + | | | |
| Spongia | | | | | | | | | | | | + | | | |
| Silicea | + | +++ | +++ | | + | | | | | | | +++ | | | |
| Sulphur | + | | | | + | + | | ++ | | | | + | | + | |
| Tuberculinum | | | | | | | | | | | + | | +++ | | |

8.14.5 Materia médica

A continuación se presenta un pequeño resumen de la materia médica de los principales medicamentos considerados útiles en el manejo del asma en niños.

Tomado y modificado de Saludbio. [45]

Antimoniumtartaricum:

M: El niño se pega a los que están a su alrededor, quiere estar alzado, pero no quiere que lo toquen, le hablen o lo miren; peor al despertar, irritable, mal humor, no se deja examinar. Llanto lastimero antes y después de la tos.

G: Estados de asfixia, progresiva e inminente, por inmersión en el agua, por causas mecánicas en el recién nacido ó por enfermedades respiratorias, con cianosis de labios, diaforesis, palidez y pulso filiforme; debe estar sentado por la disnea, gran postración. Enfermedades originadas por exponerse a la humedad. Peor en la noche.

R: Abundante movilización de secreciones audible a distancia, con incapacidad para expectorarlas. Respiración acelerada, abdominal, ruidosa, intermitente, corta, temblorosa, silbante, disneica, que se detiene al toser, jadeante, o a boqueadas. Peor acostado, o sobre el lado derecho. Tos con movilización de secreciones, espasmódica, sofocante, de 22:00 a 1:00 o de 2:00 a 3:00, por ingesta de alimentos o bebida calientes, obligándolo a sentarse, con náuseas y vómitos; mejor eructando.

Arsenicumiodatum

M: Aversión al trabajo. Irresoluto. Agitado, ansioso. Incapaz de estudiar. Irritable.

G: Secreciones mucosas acres, corrosivas, excoriantes, ardientes, espesas, amarillentas, fétidas: irritan la mucosa de la que salen y sobre la que fluyen. Debilidad extrema, gran adelgazamiento, rápido, con apetito conservado o aumentado, con ansiedad si no come; peor por hambre. Adelgazamiento en niños.

R: Tos seca, ronca, con sensación de herida en la laringe. Asma, sobre todo de 23 a 2 a.m.; necesita sentarse. Expectorcación abundante, purulenta, amarillenta o verdosa. Bronquitis crónicas con respiración corta y expectorcación difícil.

Arsenicum álbum

M: Ansiedad, agitación, inquietud física y mental, miedo a morir, pensamientos y presentimientos de muerte, deseo de compañía, niños excesivamente pulcro y ordenado, que desean de estar alzados mejor en movimiento.

G: Gran postración que incluso le evita moverse a pesar de la inquietud, Peor en las noches sobretodo después de media noche, peor con el frío, dolores ardientes que mejoran con calor local.

R: Tos peor a las 2 a 3 a.m. No puede respirar profundamente y no puede estar acostado, porque se agrava su disnea, peor por frío, también después de esfuerzos, caminando o dándose vuelta en la cama o por ropa abrigada o por hablar o reír, mejor sentado e inclinado hacia adelante. Respiración silbante al anochecer estando acostado. Expectorcación solamente de día, gris o estriada de sangre, copiosa, espumosa, de olor fétido y de gusto salado.

Blattaorientalis

Su campo de acción se limita al asma, su efecto fue descubierto casualmente por un enfermo muy

Elaboración de una guía de práctica clínica de homeopatía para manejo de asma en niños con: Utilización de herramienta adapte 2.0

observador, que ingirió té de una tetera en que había caído una cucaracha, y obtuvo gran alivio de su asma.

Asma, sobre todo en gente corpulenta, especialmente asociada con bronquitis. Severos ataques de tos con disnea. La disnea está peor de noche y estando acostado y mejor por expectoración. Ataques peor en tiempo lluvioso. Sofocación inminente por gran acumulación de secreciones.

Bryonia

M: Delirio quieto o inquieto. Piensa que está fuera de casa y quiere salir de la cama e irse a su casa, alucinaciones.

Es impetuoso, impaciente, muy irritable, sobre todo si lo contradicen, malhumorado, caprichoso, violento, desconfiado no quiere que le hablen ni que lo toquen; quiere estar solo, no tolera la presencia de extraños, que lo agravan. Desea cosas que no puede obtener, o que rechaza al ofrecérselas, o no sabe lo que quiere. Los niños no quieren ser llevados en brazos o levantados, el niño llora antes de toser; durante la fiebre, la sudoración y durante el sueño.

G: Peor por el movimiento y mejora con la quietud, mejor acostado sobre el lado dolorido y por la presión. Peor a las 21h. Serosas exudativas con mucosas secas.

R: Deseos de respirar profundamente. Disnea peor al moverse, respiración ruda, áspera, suspirosa. Tos al respirar hondo ó entrar en una habitación caliente; seca, durante la fiebre, como si viniera del estómago; debe agarrar el tórax con ambas manos; por irritación en el epigastrio, por hablar o fumar, por comer o beber; como si tuviera humo en la laringe. Expectoración: de mañana; marrón sanguinolenta o estriada de sangre herrumbrosa; mucosa y fría; amarillenta; de sangre. Sensación de constricción en el tórax, bronquitis; neumonía, especialmente derecha.

Carbovegetabilis

M: Le cuesta pensar, comprender y concentrarse, aversión al trabajo mental; casi no habla o contesta muy lentamente, pronunciando mal las palabras. En niños más lentitud física que mental.

G: Estado de colapso, con sudores fríos, aliento frío y todo el cuerpo frío, helado, parece un cadáver, pero necesita ser abanicado y así lo refiere, presenta "sed de aire", quiere puertas y ventanas abiertas. Fuerza vital casi agotada, en las últimas etapas de una enfermedad. En gente muy debilitada, caquética.

R: Falso crup, como secuela. Dolor laríngeo al toser; como en carne viva. La disnea se agrava o es producida por la flatulencia, acostado, por esfuerzos, por el movimiento, al dormirse y al despertar, caminando y mejora eructando; con tos; con palpitaciones. Asma: en tiempo caluroso y húmedo; de mañana o de noche, antes de medianoche; por erupciones suprimidas o después de un sarampión o coqueluche; periódica; mejor al aire frío. Opresión en el pecho que mejora eructando. Respiración suspirosa; silbante. Taquipnea. Tos espasmódica, sofocante, violenta, paroxística, de noche, antes de medianoche; floja de mañana, con expectoración, con dolor torácico al toser.

China

M: Está cansado y aburrido de la vida, tendencia suicida pero al mismo tiempo tiene miedo a morir, apático, indolente, tendencia a estar siempre sentado, tranquilo, taciturno, triste. Alterna tristeza con alegría. Tiene aversión a la compañía. Es tímido y se ruboriza. Múltiples miedos. Aturdido, terco, dictatorial.

G: La característica más importante: trastornos que aparecen como consecuencia de pérdidas importantes de fluidos, especialmente hemorragias, Tendencia a hemorragias de los orificios del cuerpo. Es muy sensible al tacto. Peor: por las corrientes de aire y al aire libre, por frío.

R: Respiración: corta y rápida; ruidosa, estertorosa, silbante. Tos matinal constante, seca, al reírse y por movimientos del tórax, por hablar mucho, por una corriente de aire, por comer o beber;

sofocante nocturna, con dolores en el tórax y omoplatos que lo hacen gritar. Dolor en el tórax, peor acostado y por la percusión. Tendencia a respirar hondo. Inspiración difícil y rápida. Disnea, mejor acostado con la cabeza alta. Expectoración de secreciones blancas con partículas negruzcas; purulentas. Hemoptisis.

Chamomilla

M: El niño o el adulto es sumamente irritable, violento, sobre todo cuando le hacen preguntas o lo interrumpen o si le hablan o si lo tocan y también si lo miran. Patea y se pone rígido cuando lo alzan, grita (peor de noche), golpea.

Es caprichoso, terco, nada lo conforma, siempre está descontento, desconforme; quiere algo y lo pide, pero cuando se lo dan, lo tira y pide otra cosa; quiere algo nuevo a cada rato. Contesta mal, nunca responde en forma civilizada; pierde el control, dice que él no está enfermo, quiere estar solo. Es intolerante e intolerable, Lo único que lo mejora, lo tranquiliza, es que lo lleven en brazos, lo paseen o lo mezan, quiere cambiar de brazo de que lo lleva, o quiere que lo alce y lo pasee otra persona, y luego otra y otra. No tiene paz. Trastornos: por sentirse despreciado, por sustos, por mortificación.

G: Excesiva, enorme sensibilidad, sobre todo en niños, en especial al dolor, grita, está inquieto, sale de la cama de noche, está confuso, violento, impaciente. Es hipersensible a la música, a los ruidos y a los olores. Peor de mañana, a las 9 horas, al anochecer, de noche y antes de medianoche, por el calor.

R: Cosquilleo en el hueco supraesternal y detrás del esternón. Disfonía. Asma: en niños; después de un acceso de ira; mejor por el aire frío. Respiración corta, silbante o estertorosa. Expectoración solo de día; de sangre oscura; amarga o pútrida.

Dulcamara

M: Gran impaciencia e inquietud. Siempre muy apurado. Pide diferentes cosas con impaciencia, pero las rechaza cuando se las ofrecen. Caprichoso.

G: Característica clave es la aparición ó agravación de sus síntomas por el tiempo frío y húmedo, especialmente en otoño, cuando los días son algo calurosos y las noches frías. Agravación ó aparición de síntomas por lluvias frías, tiempo lluvioso, bruscos cambios de tiempo de calor a frío, aire frío, por sentarse ó acostarse sobre pisos fríos y húmedos ó por mojarse, por mojarse los pies, por bañarse. Trastornos por enfriamiento brusco del cuerpo estando sudado, con supresión de los sudores. En pacientes que trabajan ó viven en sótanos ó cuartos fríos y húmedos.

R: Bronquitis, con sudores nocturnos fétidos. Asma con disnea, tos, ruidos respiratorios aumentados y expectoración abundante, debe toser mucho para poder expectorar, sobre todo en niños y ancianos. Tos como ladrido o jadeante, como coqueluche, peor cada vez que respira hondo. Tos peor acostado, por el calor de la habitación y por respirar profundamente o por esfuerzos; mejor al aire libre. Expectoración verdosa.

Ipeca

M: Irritable, impaciente, con tendencia a encolerizarse. Malhumor, agrio, con tendencia a menospreciar o desdeñar a los demás. Niños que gritan. Impaciente. No tolera el menor ruido. Desea muchas cosas, y no sabe exactamente cuáles. Trastornos por cólera reprimida.

G: El síntoma clave característico de Ipeca es que todos los trastornos, generalmente agudos, se acompañan siempre de náuseas violentas, constantes, persistentes y que no alivian con el vomito, coincidiendo con una lengua limpia.

R: Tos espasmódica, violenta, incesante, de aparición brusca, sofocante, que le quita la respiración y reaparece a cada inspiración, sin expectoración; durante los accesos, el niño se pone cianótico y rígido; con abundante movilización de secreciones y con náuseas persistentes, arcadas

Elaboración de una guía de práctica clínica de homeopatía para manejo de asma en niños con: Utilización de herramienta adapte 2.0

y vómitos; con cefaleas y gastralgias; producida por un cosquilleo desde la laringe a los bronquios; peor de noche, por el movimiento, acostado del lado izquierdo, comiendo, caminando al aire libre o al inspirar, mejor por el reposo y el calor. Bronquitis agudas en niños. Coqueluche con la quinta clásica, con rigidez generalizada, cianosis y palidez facial, epistaxis y sangre bucal, con náuseas incesantes y vómitos mucosos; el niño parece ahogarse. Tos como provocada por polvo, la tos suele acompañarse de frío, o de calor en cabeza y cara y la sensación de que el ombligo se rompe o estalla; a veces con sudor frontal. Dificulta para respirar por abundantes secreciones, con frío precordial, ansiedad, disnea y náuseas persistentes. Disnea por el menor ejercicio, violenta, con respiración silbante.

Kalibichromicum

M: Taciturno, misántropo. Malhumorado, deprimido. No presta atención. Escasa memoria. Aversión al trabajo mental y físico.

G: Su gran indicación es en afecciones de las mucosas, generalmente subagudas, con secreciones mucosas o mucopurulentas, casi siempre amarillentas o amarillo verdosas, que son espesas, filamentosas y muy adherentes a la mucosa afectada y que pueden ser extraídas en largos hilos o filamentos que parecen no desprenderse nunca. Esta secreción posteriormente forma costras o verdaderos tapones mucosos igualmente muy adherentes. A veces las secreciones son gelatinosas.

R: Disnea o accesos de asma que lo despiertan a las 2 horas, al despertar, peor acostado. Sensación de ulceración en la laringe. Disnea al anochecer. Disfonía, voz nasal. Secreciones en la laringe, con carraspeo. Tos violenta, desgarrante con cosquilleo laríngeo, peor al anochecer al desvestirse o de 2 a 3 de la madrugada, o después de comer o beber, mejor acostado y por el calor de la cama, seguida de expectoración de secreciones amarillentas, espesas, viscosas y filamentosas, que cuelgan de la boca en largos filamentos que se adhieren a la garganta, dientes y labios, puede haber expectoración en trozos de color azulado. Coqueluche. Tos con dolor retroesternal, en la bifurcación de la tráquea, que se irradia a la espalda, entre los hombros. Sensación de sequedad en los bronquios, de mañana.

Kalisulphuricum

M: Muy similar en su mentalidad y en sus características generales a Pulsatilla, es también tímido con tendencia al llanto y cambios de humor, pero se diferencia en que es muy irritable, no mejora por el consuelo y está siempre apurado.

G: Presenta secreciones amarillas intensas o amarillo verdosas, abundantes, poco espesas, pegajosas y poco o nada irritantes, y a menudo intermitentes. Agravación: por el calor en todas sus formas. Mejoría: por el frío; al aire libre y fresco; por el movimiento; caminando, sobre todo al aire libre.

R: Disnea por frío, lo fatiga hablar. Asma, bronquitis, neumonía, coqueluche. Tos dura, ronca, peor al anochecer. A menudo la expectoración vuelve hacia atrás y es tragada. Gran ruido de roncus o movilización de secreciones, con tos. Respiración ruidosa, estertorosa. Bronquitis en niños.

Lachesis

M: Marcada desconfianza de la conducta de sus congéneres y de la suya propia, intensos celos. Excesiva locuacidad.

G: Hay un notable predominio de síntomas en el lado izquierdo. Es muy marcada la modalidad de agravación por el sueño. Intolerancia a la constricción y al menor contacto, a la ropa ceñida, mejor aflojándosela: especialmente en el cuello.

R: Sensación de presión en el hueco esternal. Tos constante, irritante, seca, corta, originada por cosquilleo en laringe, pecho y epigastrio; que aparece o se agrava por presionar o tocar apenas la

laringe, hablar o por cualquier cosa que aumente la sequedad de la laringe, mientras duerme, la tos lo ahoga tan pronto cae en un sueño profundo, después de dormir y al despertar o levantarse de la cama; con constricción laríngea al disponerse a dormir. Tos crónica. Tos con expectoración dificultosa y dolores en garganta, cabeza y ojos. La tos puede ser también diurna, y producida por cambios de temperatura y por tomar bebidas alcohólicas o ácidos. Expectoración mucosa, adherente, agria o sanguinolenta; hemoptisis de sangre negra. La respiración se detiene apenas se duerme o durante el sueño. Respiración corta, frecuente, ruidosa, estertorosa, o silbante, quejosa y profunda. Frecuente necesidad de respirar hondo. Disnea: durante la noche, después de comer; por esfuerzos con manos y brazos; durante el sueño, después de dormir o en el momento de dormirse; después de hablar; por tocarse la laringe; al caminar. Ataques de asma, con deseos de tener las puertas y ventanas abiertas; mejor estando inclinado hacia adelante; a veces con vómitos y sudores fríos.

Lobelia inflata

M: Gran depresión y agotamiento, solloza. Siente como si fuera a morir o se estuviera muriendo. Rabia violenta con cara enrojecida y palpitaciones.

G: Peor: por tocarlo; por el movimiento y el menor esfuerzo; al anochecer y de noche; por corrientes de aire; por el frío; por el tabaco. Mejor: caminando rápido; de tarde; por el calor.

R: Asma espasmódico, peor por aire frío o por comida caliente. Disnea peor al anochecer y de noche, en el aire frío, subiendo escaleras, después de esfuerzos, acostado, por el movimiento, tos o con sensación de cuerpo extraño en la garganta; más al inspirar; con síntomas gástricos; a veces con un presentimiento de muerte; con constricción en el medio del pecho, o con cosquilleo en la parte inferior del esternón; necesidad de respirar profundamente. Asma histérico. Sensación de congestión, presión o peso en el tórax, como si la sangre de las extremidades lo estuviera llenando, mejor por caminar rápidamente. Violentos dolores en el tórax al respirar profundamente, cuando está sentado después de comer; mejor moviéndose. Coqueluche con disnea.

Natriumsulphuricum

M: Tiene una acentuada tendencia al suicidio, piensa en el suicidio continuamente, porque está triste y cansado de la vida, pero, contradictoriamente, tiene temor al suicidio, tiene miedo de que lo dejen solo por temor a herirse.

G: Todo lo que sea húmedo o agua lo agrava; está peor por el calor húmedo, por el frío húmedo, por la humedad, por vivir en una casa o habitación o lugar húmedo, o cerca de ríos, arroyos o lagunas.

R: Asma que aparece o se agrava con cada cambio de tiempo cuando se hace húmedo o por tomar frío; especialmente en niños, peor de 4 a 5 de la madrugada, y con ruidos en el pecho; peor a orillas del mar. Disnea sobre todo en tiempo húmedo, en niños, con tos; por esfuerzos, al caminar, por flatulencia; con deseos de respirar profundamente, especialmente en tiempo lluvioso. Tos seca con cosquilleo y sensación en la tráquea de estar en carne viva, peor de noche, con sensación de vacío y dolores en el tórax, que mejoran sentándose y agarrándose el tórax con ambas manos; con dolor en el brazo izquierdo, Tos con expectoración espesa, verdosa, pegajosa. Asma con fiebre de heno.

Nuxvomica

M: Exagerada hipersensibilidad a factores externos, sumamente irritable, iracundo, colérico, violento. Es muy sensible también afectivamente: es sentimental, afectuoso y compasivo. No tolera la conversación de los demás.

G: aparición o agravación de síntomas a la mañana y por el frío. Tiene una acentuada aversión al aire libre que además lo agrava.

Elaboración de una guía de práctica clínica de homeopatía para manejo de asma en niños con: Utilización de herramienta adapte 2.0

R: Tos seca, espasmódica, peor o aparece a la mañana en la cama, al despertar, y después de medianoche hasta el amanecer; por el aire frío, por comer, durante la fiebre; por irritación en las vías aéreas, o en la tráquea o por cosquilleo o sentir áspera o en carne viva la laringe; por esfuerzos, por beber, por ácidos, por fumar. Tos seca de noche y con expectoración de día; provocando cefalea en estallido o dolor en el vientre superior o vómitos o epistaxis. Tos violenta a la mañana temprano, antes de levantarse de la cama, que mejora tomando bebidas calientes. Coqueluche. Bronquitis agudas. Tos por moverse, por leer o acostado de espalda. Expectoración gris, amarillenta; fría; hemoptoica oscura a la mañana en cama, por supresión de la menstruación o de las hemorroides, en bebedores; de gusto ácido o dulzón. Constricción en el tórax, por flatulencia y durante los escalofríos. Asma con coriza de heno. Asma peor de noche o a la mañana o después de comer, con plenitud gástrica; al anochecer en cama o al subir escaleras o al caminar; con intolerancia a toda constricción en el tórax, necesita respirar hondo.

Phosphorus

M: Muy miedoso a diferentes cosas, muy afectuoso y lo demuestra, gran deseo de compañía; se agrava estando solo.

G: Tendencia a las hemorragias, frecuentes, abundantes y repetidas.

R: Tos que le sacude todo el cuerpo, peor caminando en el aire frío o al aire libre, o yendo del calor al frío y por enfriarse; por irritación o cosquilleo en el pecho, laringe o tráquea; peor por reír, hablar, leer, beber, comer y por olores fuertes. Tos seca, peor de noche, durante la fiebre o acostado sobre el lado izquierdo; la tos es irritante y agotadora, dolorosa, mejora por el sueño, acostado sobre el lado derecho y por bebidas frías. Tos con opresión considerable, con sensación de constricción y dolores ardientes en el pecho; debe sentarse en la cama para expectorar.

Hemoptisis repetidas. Expectoración verdosa; mucosanguinolenta o estriada de sangre, purulenta; blanca o amarillenta, transparente, adherente, herrumbrosa, escasa, de gusto ácido, salado o dulzón. Disnea o asma: con tos; peor después de comer, acostado sobre el lado izquierdo o caminando rápido. Respiración jadeante; ruidosa; estridulosa a la noche al dormirse; superficial. Constricción en el tórax; como por una banda o vendaje; peor al toser; en el esternón al toser.

Opresión en el tórax después de caminar.

Pulsatilla

M: Extremadamente suave, dulce, sumiso, dócil, apacible, tímido y afectuoso, busca incansablemente afecto, de amor y consuelo. Llanto muy fácil o involuntario, que no puede contener, Es sumamente tímido y se ruboriza muy fácilmente.

G: Síntomas clave: su ausencia de sed con casi todos sus trastornos incluso durante la fiebre. Marcada agravación por el calor, mejor con el frío.

R: Disnea por menstruación suprimida, por sarampión suprimido, como si inhalara vapores de azufre, peor después de comer, caminando rápido o en una habitación calurosa o acostado sobre el lado izquierdo; mejor al aire libre, necesita tener las puertas y ventanas abiertas. Respiración ruidosa o estertorosa, peor en el sueño. Tos seca al anochecer y de noche, con expectoración solo de mañana; tos espasmódica, constante, violenta, agotadora de noche, que le impide dormir, con movilización de secreciones, puede acompañarse de cefalea, lagrimeo, epistaxis, náuseas, arcadas y vómitos, dolor abdominal, incontinencia urinaria, escalofríos, llanto y dolores torácicos. Expectoración solo de día o a la mañana al levantarse; dificultosa; sanguinolenta; verdosa, o amarillenta de mañana, de gusto amargo, a catarro viejo, o grasoso, nauseoso, salado, adherente.

Sambucusnigra

M: Gran tendencia a asustarse. Sustos seguidos de ansiedad, inquietud, temblores y sofocación.

G: Edemas en todo el cuerpo. Gran adelgazamiento, brusco, en personas robustas.

R: El paciente, generalmente un niño, se despierta bruscamente hacia la medianoche o después, con una intensa sofocación o disnea, llanto o gritos, intensa inquietud general y de las manos, con cianosis de la cara y extremidades; los accesos son frecuentes y siguen hasta las 4 de la madrugada, con tos, obstrucción nasal y sudores faciales. Asma en niños; duermen con disnea. Expectoración salada o dulce. Coqueluche, con expectoración escasa y mucosa solo de día. Dolores agudos debajo del pezón izquierdo. Presión en el esternón. Repentina sensación de contracción en los costados del tórax. Tos seca, profunda que precede la fiebre.

Spongia

M: Ansiedad, especialmente después de medianoche; al despertar con pesadillas, se despierta sofocado, con gran angustia, con expresión ansiosa, con miedo y con desmayos

G: Mejor: por alimentos o bebidas calientes (sobre todo la tos y la disnea) y acostado quieto. Intensa sequedad de las mucosas respiratorias, como si fueran de madera o cuero.

R: Afecciones respiratorias secas, sin ruidos. Voz hueca. Difonía, a veces con la tos característica o con coriza, con dolor ardiente o no, peor al cantar, hablar, tragar o al tocar la laringe o al girar la cabeza. Sensación de tapón en la laringe. Falso crup, sobre todo antes de medianoche, después de haber dormido, se despierta bruscamente, con la tos seca característica, con sofocación intensa, disfonía, gran agitación y ansiedad, miedo a morir y palpitaciones. Tos seca, bitonal, crupal, raspante, hueca, espasmódica, silbante, como si serruchara una tabla de madera, de día y de noche; que aparece o se agrava por vientos fríos, bebidas frías, por una excitación, por irritación o cosquilleo laríngeo, acostado con la cabeza baja, por fumar, por comer dulces, por leer, hablar, cantar o tragar; mejor por comer o beber, sobre todo cosas calientes; con llanto, cefalea, epistaxis, incontinencia de fecales y orina, y sudores; con dolor en tráquea y laringe; con gran sequedad de las mucosas respiratorias. Expectoración escasa, salada; adherente, amarillenta, indurada o membranosa; floja a la mañana, pero se la traga; o huele a leche. Respiración rápida, ansiosa, jadeante. Dolores constrictivos, ardientes o como en carne viva en todo el tórax. Congestión en el tórax después del menor esfuerzo o movimiento, con disnea. Disnea después de hablar, cuando se duerme y después de dormir, durante las palpitaciones, por el movimiento, durante el dolor precordial y ascendiendo escaleras; mejor después de comer y sentado e inclinado hacia delante. Asma cardíaca y bronquial.

Silicea

M: carece de confianza en sí mismo, es profundamente inseguro, apocado, cobarde, dócil, flojo, complaciente o condescendiente y sumiso.

G: Presenta descargas purulentas de las mucosas. Peor por el frío, por enfriarse una parte del cuerpo, especialmente la cabeza y los pies o por sacar las manos fuera de las cobijas; peor por tocar cosas frías.

R: Asma; por vacunaciones repetidas. Disnea como si fuera por polvo; peor antes de una tormenta o acostado de espaldas, al agacharse, correr o toser, por hacer algún trabajo manual o cuando camina rápidamente. Respiración suspirosa, profunda, o jadeante. Tos violenta, sofocante, espasmódica, hueca, ronca, por cosquilleo laringotraqueal, por el movimiento y estando acostado, o a la mañana al despertar Con expectoración casi únicamente de día (nada a la noche), purulenta, amarillo verdosa, lechosa, acre, de sangre espumosa, o mucosa o en trozos o espesa y amarillenta.

Sulphur

M: está abstraído o absorto, como ausente, como si estuviera en un sueño, por estar inmerso en sus pensamientos profundos todo lo terreno, lo que lo rodea, mediato o inmediato pierde importancia y esto lo hace ser indiferente a sus ocupaciones o actividades, a su aspecto personal, e incluso al bienestar de los demás.

G: Sensación de ardor o quemadura en todas partes. Peor por el calor; por el calor de la cama,

**Elaboración de una guía de práctica clínica de homeopatía para manejo de
asma en niños con: Utilización de herramienta adapte 2.0**

duerme desnudo o el niño se destapa paseando las cobijas.

R: Tos, frecuentes estornudos sobre todo de mañana y al anochecer; con secreción especialmente a la mañana que puede ser acuosa, excoriante, ardiente o espesa, amarillenta y fétida; con sensación de sequedad interior, obstrucción y ardor quemante en la mucosa nasal; con pérdida del gusto y del olfato. Ulceraciones y costras en la mucosa nasal. Coriza ardiente al aire libre, y obstrucción dentro de una habitación. La tos lo despierta de noche, seca al anochecer o de noche, peor acostado: floja de día o de mañana. Expectoración: mucosa a la mañana; verdosa o amarillenta, blanquecina y espesa o como leche; fría; con gusto ácido o pútrido o salado o dulzón; fétida; sanguinolenta. Hemóptisis con tos y fiebre. Coqueluche en ataques dobles y sucesivos. Disnea peor al anochecer o de noche, mejor al aire libre, necesita puertas y ventanas abiertas; hay una gran necesidad de aire libre, por la opresión frecuente con una sensación de algo muy pesado sobre el pecho, con ansiedad, necesidad de respirar profundamente, y sensación de debilidad en el pecho. La disnea está peor dentro de una habitación, cuándo camina, después de hablar o llevando los brazos hacia atrás; no puede estar acostado. Asma por erupciones suprimidas. Sensaciones de frío o de hielo en el tórax; o de calor, oleadas que suben a la cara. Opresión en el pecho por la tos o al llevar los brazos hacia atrás.

Tuberculinum

M: En los niños dificultad en pensar y comprender; irritabilidad, terquedad, inquietud, impudicia. Miedo a los perros.

G: En personas con antecedentes personales o familiares de tuberculosis o que han estado en contacto más o menos prolongado o conviviendo con algún tuberculoso o tosedor crónico sospechoso, aún muchos años atrás o en su infancia. Se resfría con gran facilidad. No termina un resfrío cuando ya está comenzando otro. Peor: por el frío, humedad, el baño frío, por cambios de temperatura especialmente de frío a calor; por el calor general o de la habitación, por la humedad, antes de las tormentas, por los esfuerzos o por el menor ejercicio, de mañana o al anochecer, en la cama, al comienzo del sueño y de noche. Mejor por el calor de la cama, por caminar rápido, por el movimiento, en reposo, al aire libre, con un gran deseo de aire libre y fresco, con necesidad de tener las puertas y ventanas abiertas ó que le dé el viento. Literalidad izquierda.

R. Tos irritante, sobre todo al anochecer y de noche, impidiéndole dormir al paciente, con dolores torácicos que irradian a los brazos. Tos al enfriarse o por bebidas frías; peor por hablar o leer en voz alta, en una habitación calurosa, durmiendo o durante la fiebre. Tos seca, sofocante, antes del escalofrío. Expectoración espesa, amarillenta o verdosa; globulosa; mucopurulenta de mañana; fácil; acuosa. Taquipnea sin verdadera disnea. Necesidad intensa de respirar aire fresco, haciendo inspiraciones profundas.

9. Anexos

9.1 Anexo 1. Carta dirigida a algunos de los principales Hospitales Homeopáticos del mundo para solicitud de información de Guías de Práctica Clínica.

Bogota, junio de 2010

London Homeopathic Hospital

<http://www.uclh.nhs.uk/Contact+UCLH/>

Hospital Homeopático de Glasgow

E-mail: carolanderson@dial.pipex.com

Web site: www.adhom.org

E-mail: hom-inform@dial.pipex.com

Web site: <http://www.hom-inform.org/>

Tunbridge Wells Homeopathic

<http://www.helios.co.uk/contact.html>

Hospital Nacional Homeopático de México

celina.martinez@salud.gob.mx

consuelo.carrillo@salud.gob.mx

Escuela Médica Homeopática Argentina

info@escuelapaschero.com.ar

escuelamedica@fibertel.com.ar

Estimados señores:

Elaboración de una guía de práctica clínica de homeopatía para manejo de asma en niños con: Utilización de herramienta adapte 2.0

Soy pediatra y en el momento estoy estudiando la maestría de Homeopatía en la Universidad Nacional de Colombia. En Colombia para poder ejercer en cualquier especialidad médica uno de los requisitos es el contar con las guías de práctica clínica.

Me encuentro elaborando las guías de práctica clínica de Homeopatía de enfermedades altamente prevalentes en pediatría, como parte de mi trabajo de grado; teniendo en cuenta que ustedes son una de las principales instituciones con mayor experiencia en homeopatía, agradecería me informaran si ustedes tienen guías de práctica clínica y en caso positivo y de ser posible me sería de gran ayuda recibir su información de cómo fueron elaboradas.

Agradezco de antemano su valiosa colaboración

Atentamente,

Sandra Liliana Ferreira

Pediatra

Estudiante Maestría Homeopatía

Universidad Nacional de Colombia

DearSirs:

I am a Paediatrician and I am doing a Master in Homeopatia at the universidadNacional de Colombia. In Colombia to perform in any medical speciality one of the requirements is to have the guides of clinic practice.

As I have de

cided to elaborate the guides of clinic practice of illness of high frequency in pediatrics, as part of my work for graduation and knowing that you are one of the main institutions with the highest experience in homeopatía I appreciate very much to know if you have clinic practices and in positive case and if it is possible to receive your information of how they were elaborated.

Thanks in advance for your seemed cooperation.

Cordially yours,

Sandra Liliana Ferreira

Pediatrician

Master Student Homeopathy

Universidad Nacional de Colombia

You can send your answer to my mail:

Sandraferreirar@yahoo.com

Or

sandraferreirar@hotmail.com

9.2 Anexo 2

Respuestas de los Hospitales Homeopáticos frente a solicitud de información sobre Guías de Práctica Clínica

9.2.1 Respuesta Hospital Homeopático de México

----- Forwarded Message -----

From: soledad lópez orduña <sollopez7@yahoo.com.mx>

To: sandraferreirar@yahoo.com

Cc: Celina Martínez <celina.martinez@salud.gob.mx>; Dr. Fernando Ochoa Bernal <ferochoab@gmail.com>

Sent: Thu, October 7, 2010 12:08:36 PM

Subject: Guías de práctica clínica

Dra Sandra Ferreira
Médico pediatra:

He recibido a través de la Dra. Celina Martínez Mendieta, Jefa de Enseñanza e Investigación del Hospital Nacional Homeopático, su solicitud acerca de las guías de práctica clínica y la forma de elaboración de las mismas para enfermedades prevalentes en la infancia y al respecto le comento:

Nuestro hospital (actualmente en reconstrucción) forma parte de la Secretaría de Salud del Gobierno Federal de nuestro país, y por lo tanto está obligado a respetar la normatividad emanada de la misma, por tal razón solo contamos con un catálogo de servicios oferentes los cuales marcan los principales medicamentos homeopáticos a elegir basados en el cuadro clínico de cada patología, así que en respuesta a su solicitud envío a Ud. como archivo adjunto al presente, los modelos de patologías y procedimientos para enfermedades de las áreas de consulta externa, hospitalización y neonatología.

Esperando le sean de utilidad me resta únicamente solicitar a Ud. se dé reconocimiento a nuestra Institución como fuente de información para la elaboración de su trabajo.

Sin otro particular reciba un saludo cordial.

Dra. Soledad López Orduña
Jefa del servicio de Pediatría
Hospital Nacional Homeopático

9.2.2 Respuesta Escuela Médica Homeopática Argentina

----- Forwarded Message -----

From: Administracion Escuela <administracion_paschero@fibertel.com.ar>

To: sandraferreirar@yahoo.com

Sent: Fri, October 1, 2010 10:17:51 AM

Subject: Guías de práctica clínica

[Estimada Dra. Sandra Ferreira:](#)

Lamentablemente no podemos ayudarla con las guías prácticas clínicas para Pediatría, de acuerdo a lo conversado con el profesor a cargo, el dr. Isaac Meryn, en la cátedra de Pediatría se realiza una historia clínica por paciente, ya que con los tratamientos homeopáticos unicistas no se realizan este tipo de guías.

De todas maneras le informamos que estamos a su disposición para cualquier otra consulta al respecto.

Atte. la saluda.

Carolina

Escuela Médica Homeopática Argentina

Tomás Pablo Paschero

Sánchez de Bustamante 278 - C.A.B.A.

4861-1515 / 4862-5042 / 4865-2923

info@escuelapaschero.com.ar

escuelamedica@fibertel.com.ar

www.escuelapaschero.com.ar

9.2.3 Respuesta de The Society of Homeopaths

----- Forwarded message -----

From: Linda Wicks <LWicks@homeopathy-soh.org>
To: Sandra Ferreira <sandraferreirar@yahoo.com>
Cc: Info <Info@homeopathy-soh.org>
Sent: Fri, October 22, 2010 7:02:15 AM
Subject: Society of Homeopaths enquiry

Dear Ms Ferreira

I apologise for the delay in responding to your enquiry (pasted below). We are not sure if we can provide exactly what you require, but I am attaching 3 sets of documents which might help you.

The Society of Homeopaths' Clinical Education Guidelines which are used to inform course providers and clinical tutors in professional homeopathy courses. These guidelines were produced collaboratively with the course providers over a few years and were part of a project involving peer evaluation of clinical education provision in courses.

The Complementary and Natural Healthcare National Occupational Standards, which describe what a homeopath does in practice. These were produced by a national organisation - 'Skills for Health' which devises standards for all occupations in the healthcare sector - in consultation with the major homeopathy organisations in the UK.

The Society of Homeopaths' Core Criteria for Homeopathy Practice can be used in conjunction with the CNHNOS as they describe in more detail the underpinning values and required in professional practice.

All of these documents are available on our website (www.homeopathy-soh.org), along with our Code of Ethics and Practice, which might also be useful.

Kind Regards

Linda Wicks

Linda Wicks - Senior Education Adviser. Tel: 01872 240585 or 01803 840187

The Society of Homeopaths, 11 Brookfield, Duncan Close, Moulton Park, Northampton NN3 6WL. Tel: 0845 450 6611 www.homeopathy-soh.org Company Limited by Guarantee. Registered in England No. 1392004

9.2.4 Respuesta de Tunbridge Wells Homeopathic

----- Forwarded Message -----

From: email desk <order@helios.co.uk>

To: sandraferreirar@yahoo.com

Sent: Thu, September 30, 2010 10:59:08 AM

Subject: Re: E-mail contact

> Dear Sandra

>

> Sorry we do not have this type of information. Have you contacted the

> Society of Homeopaths? www.homeopathy-soh.org

>

> Regards Helios (Judi)

>

>

9.5 Anexo 3: fases de la metodología adapte con sus pasos correspondientes

9.5.1 Fase 1. preparacion:

Objetivos de la fase:

Identificar los recursos necesarios para llevara a cabo el desarrollo de la adaptación de las GPC

Evaluar la factibilidad de adaptación y generar un plan para su desarrollo

Paso 1. Formar un comité de desarrollo de la GPC adaptada

Identificar conflictos de intereses

Paso 2. Seleccionar el tema guía de referencia

Paso 3. Evaluar la factibilidad de la adaptación

Paso 4. Identificar los medios y recursos necesarios para completar el proceso de adaptación

Paso 5. Completar las tareas de la fase de creación de la GPC

Establecer alcance del trabajo, compromiso del grupo, términos de tiempo

Paso 6. Escribir el plan de adaptación

Introducción

Área temática

Miembros del comité de desarrollo

Declaración de conflicto de intereses

Módulos a desarrollar

Cronograma

Fuentes de financiación

9.5.2 Fase 2 – adaptación

Objetivos de la fase:

Elegir un tópico de salud como objetivo de trabajo para generar preguntas específicas y estrategias de búsqueda apropiadas.

Realizar la búsqueda inicial de las guías, evaluar su calidad, vigencia y aplicabilidad

Tomar decisiones según las necesidades del proceso de adaptación

Preparar el borrador de la guía adaptada

Paso 7. Determinar las preguntas del tópico de salud a tratar

Usar estrategia PICOH

Paso 8. Buscar guías y literatura pertinente

Fuentes de GPC

Organismos compiladores, registros o Cleninghouses

Organismos elaboradores

Bases de datos electrónicas

Cuadro resumen de GPC encontradas

Autores

Fecha de publicación

País / idioma de publicación

Fecha de publicación

Fecha de Búsqueda

Paso 9. Realizar evaluación inicial de GPC

Paso 10. Reducir el numero de GPC evaluadas

Paso 11. Evaluar la calidad de la GPC

Aplicar AGREE

Paso 12. Evaluar la vigencia de la GPC

Incluir GPC de los últimos 3 años

Paso 13. Evaluar el contenido de la GPC

Elaborar matrices de evaluación del contenido de la GPC, valorara nivel de evidencia y grados de recomendación

Paso 14. Evaluar la consistencia de la GPC

Evaluara la estrategia de búsqueda y selección de las evidencias que soportan las recomendaciones

Evaluar la consistencia entre la evidencia seleccionada y su interpretación

Evaluara la consistencia entre la interpretación de la evidencia y las recomendaciones

Paso 15. Evaluar la aplicabilidad de las recomendaciones de la GPC

Paso 16. Revisar las evaluaciones de GPC

Paso 17. Seleccionar las GPC y recomendaciones para crear una GPC adaptada

Paso 18. Preparar el proyecto de GPC adaptadas.

Información general sobre la GPC

Resumen, fecha de publicación, institucion que realiza

2. Introducción y antecedentes

3. Ámbito de aplicación y objetivo

4. Destinatario de la guía

5. Población objetivo

6. Pregunta seleccionada

7. Recomendaciones

Riesgos y beneficios asociados con las recomendaciones

Circunstancias específicas en las que llevar a cabo las recomendaciones

Fuerza de recomendaciones basadas en criterios declaró recomendación de

8. Evidencia e información para las recomendaciones

Pruebas adicionales y resultados del proceso de actualización

Cómo y por qué las recomendaciones existentes se han modificado

9. Evaluación Externa

10. Plan para la revisión y actualización

11. Algoritmo o documento de síntesis
12. Consideraciones de implementación
13. Glosario de términos
14. Bibliografía y referencias de todos los materiales utilizados en la creación de la guía
15. Reconocimiento de fuentes de referencia
16. Lista de los miembros del grupo, y declaración de conflictos de interés
17. Lista de fuente de financiamiento
18. Resumen que describe el proceso de adaptación

9.5.3 Fase 3 - finalización

Objetivo de la fase:

Realizar un proceso de retroalimentación para generar un nuevo documento de la GPC adaptada

Realizar una evaluación externa de la GPC adaptada con todos los interesados

Evaluar la calidad de la GPC adaptada

Paso 19. Realizar una evaluación externa, involucrar a los interesados en la GPC adaptada

Paso 20. Consultar con los organismos de apoyo

Paso 21. Consultar con los realizadores de las GPC de referencia

Paso 22. Reconocer las fuentes bibliográficas

Paso 23. Plan para los cuidados posteriores de la guía adaptada

Paso 24. Elaborar documento de orientación final

9.6 Anexo 4

ESTRUCTURA Y CONTENIDO DEL INSTRUMENTO AGREE.

AGREE consta de 23 ítems organizados en 6 áreas, cada una abarca un tópico diferente de la calidad de la guía:

Alcance y Objetivo: Se refiere al propósito general de la guía

Ítem 1: Evalúa si el objetivo general de la guía está específicamente descrito.

Ítem 2: Evalúa si los aspectos clínicos cubiertos por la guía están específicamente descritos.

Ítem 3: Evalúa si los pacientes a quienes se pretende aplicar la guía están descritos detalladamente

Participación de los implicados: considera que tanto la guía representa los puntos de vista de los usuarios a los que está destinada.

Ítem 4: Evalúa la inclusión de todos los grupos profesionales relevantes.

Ítem 5: Evalúa la inclusión de los puntos de vista y preferencias del paciente

Ítem 6: Evalúa si la población objetivo de la guía está claramente definida.

Ítem 7: Evalúa si la guía ha sido aplicada en la población objetivo

Rigor en la elaboración: Hace énfasis en el proceso utilizado para reunir y sintetizar la evidencia

Ítem 8: Evalúa si se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia.

Ítem 9: Evalúa la claridad en la descripción de los criterios para seleccionar la evidencia

Ítem 10: Evalúa la claridad de los métodos utilizados para formular las recomendaciones

Ítem 11: Evalúa la consideración de los beneficios en salud, los efectos secundarios y los riesgos al elaborar las recomendaciones.

Ítem 12: Hay una relación explícita entre cada una de las recomendaciones y las evidencias en las que se basan.

Ítem 13: Evalúa la revisión externa por un grupo de expertos antes de su publicación.

Ítem 14: Evalúa la existencia de un procedimiento para actualizar la guía.

Claridad y presentación: Se enfoca en el lenguaje y del formato de la guía

Ítem 15: Evalúa la especificidad de las recomendaciones

Ítem 16: Evalúa la claridad para presentar las distintas opciones para el manejo de la enfermedad

Ítem 17: Evalúa la facilidad para adoptar y asumir las recomendaciones

Ítem 18: Evalúa las herramientas para la aplicación de la guía

Aplicabilidad: En contextos organizativos y en términos de costos

Ítem 19: Evalúa la consideración de las barreras organizativas potenciales en el momento de aplicar las recomendaciones

Ítem 20: Evalúa la consideración de los costos de la aplicación de las recomendaciones

Ítem 21: Evalúa la existencia de criterios clave para monitorización o auditoría

Independencia editorial: Trata la independencia de las recomendaciones y la declaración del conflicto de intereses del desarrollador de la guía.

Ítem 22: Evalúa la independencia financiera

Ítem 23: Evalúa la declaración de conflicto de intereses

La evaluación global establece unos grados de recomendación:

Muy recomendada

Recomendada (Con condiciones o modificaciones)

No recomendada

No se sabe

9.7 Anexo no 5.

| |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| BASES DE DATOS DE GUIAS DE PRACTICA CLINICA |
| HOMEINDEX – Bibliografía Brasileña de Homeopatía http://www.bireme.br/php/index.php?lang=es |
| AMED - Allied and Complementary Medicine Database http://www.ovid.com/site/products/ovidguide/ameddb.htm |
| National Guideline Clearinghouse http://www.guideline.gov/ |
| National Electronic Library for Health http://www.nelh.nhs.uk/clinical_evidence.asp |
| Guia Salud http://www.guiasalud.es/home.asp |
| National Health and Medical Research Council http://nhmrc.gov.au/guidelines/index.htm |
| National Institute for Clinical Excellence (NICE) http://www.nice.org.uk/Guidance/Topic |
| Asociación Española de Gastroenterología: http://www.guiasgastro.net/ |
| Sociedad Vasca de Medicina Familiar y Comunitaria http://www.osatzen.com/osatzen-documentos.php |
| MEDLINE, PubMed HTTP://WWW.NCBI.NIH.GOV/ENTREZ/QUERY.FCgi http://www.ncbi.nih.gov/entrez/que ry.fcgi |
| Experta Medica data Base (EMBASE) http://www.embase.com/ |

| |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS) http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&base=LILAC |
| Cochrane library plus http://www.update-software.com/clibplus/clibplus.asp |
| HTA - Health Technology Assessment database http://www.york.ac.uk/inst/crd/crddatabases.htm |
| MEDCARIB - Literatura del Caribe en Ciencias de la Salud http://www.bireme.br/php/index.php?lang=es |
| PAHO - Catálogo de la Biblioteca Sede de la OPS http://publications.paho.org/ |
| WHOLIS - Sistema de Información de la Biblioteca de la OMS http://www.who.int/library/database/index.en.shtml |
| Fisterra http://www.fisterra.com/recursos_web/castellano/c_guias_clinicas.asp |

9.8 Anexo 6

Conflicto de intereses.

Las actividades que pueden constituir conflictos de interés son aquellas circunstancias en las que el juicio profesional sobre un interés primario, como la seguridad de los pacientes o la validez de la investigación, puede estar afectado por otro interés secundario, sea un beneficio financiero, de prestigio, promoción personal o profesional.

Declaro que he leído y comprendo el Código de Declaración de Conflictos de Interés. En el siguiente documento declaro los siguientes intereses con la industria de la salud y aquellas situaciones que podrían afectar mis actuaciones en el proceso al que he sido invitado a participar.

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| Interés económico personal (Si no tiene intereses en esta categoría, escriba NINGUNO) | |
| Describa: | |
| Interés económico personal de un familiar (Si no tiene intereses en esta categoría, escriba NINGUNO) | |
| Describa: | |
| Firma: | |
| Nombre: Sandra Liliana Ferreira R | Fecha : Noviembre 2 de 2010 |

| |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Interés económico no personal (Si no tiene intereses en esta categoría, escriba NINGUNO) |
| Describa: |
| Interés no económico personal (Si no tiene intereses en esta categoría, escriba NINGUNO) |
| Describa: |
| ¿Alguna otra circunstancia que pudiera afectar su objetividad o interdependencia en el |

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| proceso o reunión o que afectan la percepción de los demás de su objetividad o independencia? | |
| Describa: | |
| Firma | |
| Nombre: Sandra Liliana Ferreira R. | Fecha: Noviembre 2 de 2010 |

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| Interés económico personal (Si no tiene intereses en esta categoría, escriba NINGUNO) | |
| Describa: | |
| Interés económico personal de un familiar (Si no tiene intereses en esta categoría, escriba NINGUNO) | |
| Describa: | |
| Firma: | |
| Nombre: Juan Carlos Bustos | Fecha : Noviembre 2 de 2010 |

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| Interés económico no personal (Si no tiene intereses en esta categoría, escriba NINGUNO) | |
| Describa: | |
| Interés no económico personal (Si no tiene intereses en esta categoría, escriba NINGUNO) | |
| Describa: | |
| ¿Alguna otra circunstancia que pudiera afectar su objetividad o intependencia en el proceso o reunión o que afectan la percepción de los demás de su objetividad o independencia? | |
| Describa: | |
| Firma | |
| Nombre: Juan Carlos Bustos | Fecha: Noviembre 2 de 2010 |
| Interés económico personal (Si no tiene intereses en esta categoría, escriba NINGUNO) | |
| Describa: | |

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| Interés económico personal de un familiar (Si no tiene intereses en esta categoría, escriba NINGUNO) | |
| Describa: | |
| Firma: | |
| Nombre: Gloria Helena Casas del Rio | Fecha : Noviembre 2 de 2010 |

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| Interés económico no personal (Si no tiene intereses en esta categoría, escriba NINGUNO) | |
| Describa: | |
| Interés no económico personal (Si no tiene intereses en esta categoría, escriba NINGUNO) | |
| Describa: | |
| ¿Alguna otra circunstancia que pudiera afectar su objetividad o intependencia en el proceso o reunión o que afectan la percepción de los demás de su objetividad o independencia? | |
| Describa: | |
| Firma | |
| Nombre: Gloria Helena Casas del Rio | Fecha: Noviembre 2 de 2010 |

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| Interés económico personal (Si no tiene intereses en esta categoría, escriba NINGUNO) | |
| Describa: | |
| Interés económico personal de un familiar (Si no tiene intereses en esta categoría, escriba NINGUNO) | |
| Describa: | |
| Firma: | |
| Nombre: Mayra Juliana Chamorro | Fecha : Noviembre 2 de 2010 |

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Interés económico no personal (Si no tiene intereses en esta categoría, escriba NINGUNO) | |
| Describa: | |

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| Interés no económico personal (Si no tiene intereses en esta categoría, escriba NINGUNO) | |
| Describa: | |
| ¿Alguna otra circunstancia que pudiera afectar su objetividad o interdependencia en el proceso o reunión o que afectan la percepción de los demás de su objetividad o interdependencia? | |
| Describa: | |
| Firma | |
| Nombre: Mayra Juliana Chamorro | Fecha: Noviembre 2 de 2010 |

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| Interés económico personal (Si no tiene intereses en esta categoría, escriba NINGUNO) | |
| Describa: | |
| Interés económico personal de un familiar (Si no tiene intereses en esta categoría, escriba NINGUNO) | |
| Describa: | |
| Firma: | |
| Nombre: Oscar Javier León Guerra | Fecha : Noviembre 2 de 2010 |

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| Interés económico no personal (Si no tiene intereses en esta categoría, escriba NINGUNO) | |
| Describa: | |
| Interés no económico personal (Si no tiene intereses en esta categoría, escriba NINGUNO) | |
| Describa: | |
| ¿Alguna otra circunstancia que pudiera afectar su objetividad o interdependencia en el proceso o reunión o que afectan la percepción de los demás de su objetividad o interdependencia? | |
| Describa: | |
| Firma | |
| Nombre: Oscar Javier León Guerra | Fecha: Noviembre 2 de 2010 |

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| Interés económico personal (Si no tiene intereses en esta categoría, escriba NINGUNO) | |
| Describa: | |
| Interés económico personal de un familiar (Si no tiene intereses en esta categoría, escriba NINGUNO) | |
| Describa: | |
| Firma: | |
| Nombre: Andrés Delgado Montezuma | Fecha : Noviembre 2 de 2010 |

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| Interés económico no personal (Si no tiene intereses en esta categoría, escriba NINGUNO) | |
| Describa: | |
| Interés no económico personal (Si no tiene intereses en esta categoría, escriba NINGUNO) | |
| Describa: | |
| ¿Alguna otra circunstancia que pudiera afectar su objetividad o intependencia en el proceso o reunión o que afectan la percepción de los demás de su objetividad o independencia? | |
| Describa: | |
| Firma | |
| Nombre: Andres Delgado Montezuma | Fecha: Noviembre 2 de 2010 |

9.9 Anexo 7

| Recurso | Presupuesto en pesos |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Computador portátil | \$ 2.000.000 |
| Software de repertorización - Minotti | \$ 600.000 |
| Servicio de Internet | \$ 1.000.000 |
| Bibliografía y artículos disponibles en bibliotecas y bases de datos de la Universidad Nacional | \$ 0 |
| Bibliografía no gratuita | \$ 300.000 |
| Soporte epidemiológico (Honorarios) | \$ 3.000.000 |
| Papelería | \$ 200.000 |
| TOTAL | \$ 6.200.000 |

9.10 Anexo 8

| Buscador | Palabras clave | Limites | No. Guías | Guías |
|----------------------------------|-----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| National Guideline Clearinghouse | Asthma | Child (2 to 12 years) Guideline category: Management Publication date listed in references: 2008; 2009; 2010; 2011 Indexing keywords: | 36 | <p>1. VA/DoD clinical practice guideline for management of asthma in children and adults. 2009. NGC:007742 Department of Defense - Federal Government Agency [U.S.]; Department of Veterans Affairs - Federal Government Agency [U.S.]; Veterans Health Administration - Federal Government Agency</p> <p>2. Global strategy for asthma management and prevention. 1995 Jan (revised 2009). [NGC Update Pending] NGC:007633 Global Initiative for Asthma - Disease Specific Society.</p> <p>3. Diagnosis and management of asthma. 1998 Jun (revised 2010 Jun). NGC:007961 Institute for Clinical Systems Improvement - Nonprofit Organization.</p> <p>4. British guideline on the management of asthma. A national clinical guideline. 2003 Jan (revised 2009 Jun). NGC:007393 British Thoracic Society - Medical Specialty Society; Scottish Intercollegiate Guidelines Network - National Government Agency [Non-U.S.].</p> <p>5. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) 2010 revision. 2001 Nov (revised 2010). NGC:008183 Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma Workshop Group - Independent Expert Panel.</p> |
| National Guideline Clearinghouse | Asthma And homeopathy | Child (2 to 12 years) Guideline category: Management Publication date listed in | 1 | <p>1. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) 2010 revision. 2001 Nov (revised 2010). NGC:008183 Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma Workshop Group - Independent Expert Panel.</p> |

| | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | references: 2008; 2009; 2010; 2011 Indexing keywords: | | |
| Guía Salud Es Biblioteca de guías de práctica clínica del Sistema Nacional de Salud | Asthma | Ninguno | 22 | <p>Asma infantil. Guies de pràctica clínica Incluida 01/11/2007 Institut Català de la Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya</p> <p>Prevalencia de asma en niños 01/11/2007 Resultado</p> <p>Registro del grado de severidad 01/11/2007 Resultado</p> <p>Realización de prueba funcional respiratoria 01/11/2007 Resultado</p> <p>Técnica inhalatoria correcta 01/11/2007 Resultado</p> |
| Guía Salud EsBiblioteca de guías de práctica clínica del Siste Nacional de Salud | Asthma and | ninguno | 0 | |
| pubmed | Asthma | Tipo de articulo: guias de practica clínica Idiomas ingles y español Edad de 0 a 18 años | 222 | <p>1. Pathogenesis, prevalence, diagnosis, and management of exercise-induced bronchoconstriction: a practice parameter. Weiler JM, Anderson SD, Randolph C, Bonini S, Craig TJ, Pearlman DS, Rundell KW, Silvers WS, Storms WW, Bernstein DI, Blessing-Moore J, Cox L, Khan DA, Lang DM, Nicklas RA, Oppenheimer J, Portnoy JM, Schuller DE, Spector SL, Tilles SA, Wallace D, Henderson W, Schwartz L, Kaufman D, Nsouli T, Shieken L, Rosario N; American Academy of Allergy, Asthma and Immunology; American College of Allergy, Asthma and Immunology; Joint Council of Allergy, Asthma and Immunology. Ann Allergy Asthma Immunol. 2010 Dec;105(6 Suppl):S1-47. No abstract available.</p> <p>2. <u>Allergen immunotherapy: a practice parameter third update.</u> Cox L, Nelson H, Lockey R, Calabria C, Chacko T, Finegold I, Nelson M, Weber R, Bernstein DI, Blessing-Moore J, Khan DA, Lang DM, Nicklas</p> |

| | | | | |
|--------|----------------------|---------|---|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | | <p>RA, Oppenheimer J, Portnoy JM, Randolph C, Schuller DE, Spector SL, Tilles S, Wallace D. J Allergy ClinImmunol. 2011 Jan;127(1 Suppl):S1-55. Epub 2010 Dec 3. No abstract available. Erratum in: J Allergy ClinImmunol. 2011 Mar;127(3):840.</p> <p>3. Global strategy for the diagnosis and management of asthma in children 5 years and younger. Pedersen SE, Hurd SS, Lemanske RF Jr, Becker A, Zar HJ, Sly PD, Soto-Quiroz M, Wong G, Bateman ED; Global Initiative for Asthma. PediatrPulmonol. 2011 Jan;46(1):1-17. doi: 10.1002/ppul.21321. Epub 2010 Oct 20.</p> <p>4. Diagnosis and treatment of asthma in childhood: a PRACTALL consensus report. Bacharier LB, Boner A, Carlsen KH, Eigenmann PA, Frischer T, Götz M, Helms PJ, Hunt J, Liu A, Papadopoulos N, Platts-Mills T, Pohunek P, Simons FE, Valovirta E, Wahn U, Wildhaber J; European Pediatric Asthma Group. Allergy. 2008 Jan;63(1):5-34. Review. Erratum in: Allergy. 2008 May;63(5):630. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) guidelines: 2010 revision. Brozek JL, Bousquet J, Baena-Cagnani CE, Bonini S, Canonica GW, Casale TB, van Wijk RG, Ohta K, Zuberbier T, Schünemann HJ; Global Allergy and Asthma European Network; Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation Working Group. J Allergy ClinImmunol. 2010 Sep;126(3):466-76.</p> <p>6.Guideline for the management of chronic asthma in children--2009 update. Motala C, Green RJ, Manjra AI, Potter PC, Zar HJ; South African Childhood Asthma Working Group. S Afr Med J. 2009 Dec;99(12 Pt 2):898-912.</p> |
| Pubmed | Asthma and homeopath | Ninguno | 0 | 0 |

| | | | | |
|-----------------------------------|-------------|-------------------------------------------------|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| BiremeBiblioteca Virtual en Salud | y Asthma | Tipo de estudio: guía de práctica clínica | 78 | <p>Summary of recommendations from the Canadian Asthma Consensus guidelines, 2003. Becker A; Lemiere C; Berube D; Boulet LP; Ducharme FM; FitzGerald M; Kovesi T+ Asthma Guidelines Working Group of the Canadian Network For Asthma Care CMAJ; 173(6 Suppl): S3-11, 2005 Sep 13. Artículo [MEDLINE PMID: 16157733] Idioma(s): Inglés</p> <p>Pharmacotherapy--treatment of intermittent asthma with ICSs. CMAJ; 173(6 Suppl): S33-6, 2005 Sep 13. Artículo [MEDLINE PMID: 16157734] Idioma(s): Inglés</p> <p>Pharmacotherapy--first-line maintenance therapy. CMAJ; 173(6 Suppl): S28-32, 2005 Sep 13. Artículo [MEDLINE PMID: 16157732] Idioma(s): Inglés Link(s):</p> <p>[Summary of the practice guideline 'Asthma in children' (second revision) from the Dutch College of General Practitioners]. Bindels PJ; Grol MH; Ponsioen BP; Salome PL; Wiersma T; Goudswaard AN+ NederlandsHuisartsenGenootschap NedTijdschrGeneesk; 152(10): 550-5, 2008 Mar 8. Artículo [MEDLINE PMID: 18402320] Idioma(s): Neerlandesa</p> <p>American Academy of Allergy, Asthma & Immunology/American College of Allergy, Asthma and Immunology Joint Task Force Report on omalizumab-associated anaphylaxis. Cox L; Platts-Mills TA; Finegold I; Schwartz LB; Simons FE; Wallace DV+ American Academy of Allergy, Asthma & Immunology+ American College of Allergy, Asthma and Immunology J Allergy ClinImmunol; 120(6): 1373-7, 2007 Dec.</p> <p>American Academy of Allergy, Asthma & Immunology/American College of Allergy, Asthma and</p> |
|-----------------------------------|-------------|-------------------------------------------------|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| | | | | |
|---------------------------------------------------|--------|------------------------------------------------------------|---|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | | Immunology Joint Task Force Report on omalizumab-associated anaphylaxis. Cox L; Platts-Mills TA; Finegold I; Schwartz LB; Simons FE; Wallace DV+ American Academy of Allergy, Asthma & Immunology+ American College of Allergy, Asthma and Immunology J Allergy Clin Immunol ; 120(6): 1373-7, 2007 Dec. |
| National Institute for Clinical Excellence (NICE) | Asthma | Guidance by topic: respiratory Completed appraisals | 6 | Asthma (children under 5) - inhaler devices Asthma (in adults) - corticosteroids Asthma (in children) - corticosteroids Asthma (in children) - omalizumab Asthma (older children) - inhaler devices Asthma (uncontrolled) - omalizumab |
| National Institute for Clinical Excellence (NICE) | Asthma | Guidance by topic: respiratory Completed appraisals | 0 | 0 |

9.11 Anexo 9

CUESTIONARIO CORTO DE EVALUACION. (Tomado de AGREE Manual de Instrucciones)

ALCANCE Y OBJETIVO

1. El (los) objetivo(s) general(es) de la guía está(n) específicamente descrito(s)

| | | | | | |
|----------------|---|---|---|---|-------------------|
| Muy de acuerdo | 4 | 3 | 2 | 1 | Muy en desacuerdo |
|----------------|---|---|---|---|-------------------|

2. El (los) aspecto(s) clínico(s) cubierto(s) por la guía está(n) específicamente descrito(s)

| | | | | | |
|----------------|---|---|---|---|-------------------|
| Muy de acuerdo | 4 | 3 | 2 | 1 | Muy en desacuerdo |
|----------------|---|---|---|---|-------------------|

3. Los pacientes a quienes se pretende aplicar la guía están específicamente descritos

| | | | | | |
|----------------|---|---|---|---|-------------------|
| Muy de acuerdo | 4 | 3 | 2 | 1 | Muy en desacuerdo |
|----------------|---|---|---|---|-------------------|

PARTICIPACION DE LOS IMPLICADOS

4. El grupo que desarrolla la guía incluye individuos de todos los grupos profesionales relevantes

| | | | | | |
|----------------|---|---|---|---|-------------------|
| Muy de acuerdo | 4 | 3 | 2 | 1 | Muy en desacuerdo |
|----------------|---|---|---|---|-------------------|

5. Se han tenido en cuenta los puntos de vista del paciente y sus preferencias

| | | | | | |
|----------------|---|---|---|---|-------------------|
| Muy de acuerdo | 4 | 3 | 2 | 1 | Muy en desacuerdo |
|----------------|---|---|---|---|-------------------|

6. Los usuarios diana de la guía están claramente definidos

| | | | | | |
|----------------|---|---|---|---|-------------------|
| Muy de acuerdo | 4 | 3 | 2 | 1 | Muy en desacuerdo |
|----------------|---|---|---|---|-------------------|

7. La guía ha sido probada entre los usuarios diana

| | | | | | |
|----------------|---|---|---|---|-------------------|
| Muy de acuerdo | 4 | 3 | 2 | 1 | Muy en desacuerdo |
|----------------|---|---|---|---|-------------------|

RIGOR DE LA ELABORACION

8. Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia

| | | | | | |
|----------------|---|---|---|---|-------------------|
| Muy de acuerdo | 4 | 3 | 2 | 1 | Muy en desacuerdo |
|----------------|---|---|---|---|-------------------|

9. Los criterios para seleccionar la evidencia se describen con claridad

| | | | | | |
|----------------|---|---|---|---|-------------------|
| Muy de acuerdo | 4 | 3 | 2 | 1 | Muy en desacuerdo |
|----------------|---|---|---|---|-------------------|

10. Los métodos utilizados para formular las recomendaciones están claramente descritos

| | | | | | |
|----------------|---|---|---|---|-------------------|
| Muy de acuerdo | 4 | 3 | 2 | 1 | Muy en desacuerdo |
|----------------|---|---|---|---|-------------------|

11. Al formular las recomendaciones han sido considerados los beneficios de salud, los efectos secundarios y los riesgos

| | | | | | |
|--------|---|---|---|---|--------|
| Muy de | 4 | 3 | 2 | 1 | Muy en |
|--------|---|---|---|---|--------|

| | | | | | |
|---------|--|--|--|--|------------|
| acuerdo | | | | | desacuerdo |
|---------|--|--|--|--|------------|

12. Hay una relación explícita cada una de las recomendaciones y las evidencias en las que se basan

| | | | | | |
|----------------|---|---|---|---|-------------------|
| Muy de acuerdo | 4 | 3 | 2 | 1 | Muy en desacuerdo |
|----------------|---|---|---|---|-------------------|

13. La guía ha sido revisada por expertos externos antes de su publicación

| | | | | | |
|----------------|---|---|---|---|-------------------|
| Muy de acuerdo | 4 | 3 | 2 | 1 | Muy en desacuerdo |
|----------------|---|---|---|---|-------------------|

14. Se incluye un procedimiento para actualizar la guía

| | | | | | |
|----------------|---|---|---|---|-------------------|
| Muy de acuerdo | 4 | 3 | 2 | 1 | Muy en desacuerdo |
|----------------|---|---|---|---|-------------------|

CLARIDAD Y PRESENTACION

15. Las recomendaciones son específicas y no son ambiguas

| | | | | | |
|----------------|---|---|---|---|-------------------|
| Muy de acuerdo | 4 | 3 | 2 | 1 | Muy en desacuerdo |
|----------------|---|---|---|---|-------------------|

16. Las distintas opciones para el manejo de la enfermedad o condición se presentan claramente

| | | | | | |
|----------------|---|---|---|---|-------------------|
| Muy de acuerdo | 4 | 3 | 2 | 1 | Muy en desacuerdo |
|----------------|---|---|---|---|-------------------|

17. Las recomendaciones clave son fácilmente identificables

| | | | | | |
|----------------|---|---|---|---|-------------------|
| Muy de acuerdo | 4 | 3 | 2 | 1 | Muy en desacuerdo |
|----------------|---|---|---|---|-------------------|

18. La guía se apoya con herramientas para su aplicación

| | | | | | |
|----------------|---|---|---|---|-------------------|
| Muy de acuerdo | 4 | 3 | 2 | 1 | Muy en desacuerdo |
|----------------|---|---|---|---|-------------------|

APLICABILIDAD

19. Se han discutido las barreras organizativas potenciales a la hora de aplicar las recomendaciones

| | | | | | |
|----------------|---|---|---|---|-------------------|
| Muy de acuerdo | 4 | 3 | 2 | 1 | Muy en desacuerdo |
|----------------|---|---|---|---|-------------------|

20. Han sido considerados los costos potenciales de la aplicación de las recomendaciones

| | | | | | |
|----------------|---|---|---|---|-------------------|
| Muy de acuerdo | 4 | 3 | 2 | 1 | Muy en desacuerdo |
|----------------|---|---|---|---|-------------------|

21. La guía ofrece una relación de criterios clave con el fin de realizar monitorización y/o auditoría

| | | | | | |
|----------------|---|---|---|---|-------------------|
| Muy de acuerdo | 4 | 3 | 2 | 1 | Muy en desacuerdo |
|----------------|---|---|---|---|-------------------|

INDEPENDENCIA EDITORIAL

22. La guía es editorialmente independiente de la entidad financiadora

| | | | | | |
|----------------|---|---|---|---|-------------------|
| Muy de acuerdo | 4 | 3 | 2 | 1 | Muy en desacuerdo |
|----------------|---|---|---|---|-------------------|

23. Se han registrado los conflictos de intereses de los miembros del grupo en desarrollo

| | | | | | |
|----------------|---|---|---|---|-------------------|
| Muy de acuerdo | 4 | 3 | 2 | 1 | Muy en desacuerdo |
|----------------|---|---|---|---|-------------------|

EVALUACION GLOBAL

¿Recomendaría esta Guía para su uso en la práctica?

| | | | |
|-----------------|-------------------------------------|----------------|------------|
| Muy recomendada | Recomendada (Con modificaciones) | No recomendada | No se sabe |
|-----------------|-------------------------------------|----------------|------------|

Bibliografía

La bibliografía es la relación de las fuentes documentales consultadas por el investigador para sustentar sus trabajos. Su inclusión es obligatoria en todo trabajo de investigación. Cada referencia bibliográfica se inicia contra el margen izquierdo.

La NTC 5613 establece los requisitos para la presentación de referencias bibliográficas citas y notas de pie de página. Sin embargo, se tiene la libertad de usar cualquier norma bibliográfica de acuerdo con lo acostumbrado por cada disciplina del conocimiento. En esta medida es necesario que la norma seleccionada se aplique con rigurosidad.

Es necesario tener en cuenta que la norma ISO 690:1987 (en España, UNE 50-104-94) es el marco internacional que da las pautas mínimas para las citas bibliográficas de documentos impresos y publicados. A continuación se lista algunas instituciones que brindan parámetros para el manejo de las referencias bibliográficas:

| Institución | Disciplina de aplicación | Vínculos y ejemplos |
|------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Modern Language Association (MLA) | Literatura, artes y humanidades. | MLA.org Biblioteca.udg.es/Info_General/Guies/Cites/MLA.asp (reglamento). Liunet.edu/Cwis/Cwp/Library/Workshop/CitMLA.htm Ejemplos |
| American Psychological Association (APA) | Ambito de la salud (psicología, medicina) y en general en todas las ciencias sociales. | APAStyle.org. Biblioteca.udg.es/Info_General/Guies/Cites/Citar_Llibres.asp (reglamento). Liunet.edu/Cwis/Cwp/Library/Workshop/Citapa.htm (ejemplos). |

| | | |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Universidad de Chicago/Turabian | Periodismo, historia y humanidades. | ChicagoManualOfStyle.org BedfordStMartins.com/Hacker/Resdoc/History/Footnotes.htm (Reglamento I) o BedfordStMartins.com/Online/Cite7.html (Reglamento II). liunet.edu/cwis/cwp/library/workshop/citchi.htm (ejemplos de la universidad de Chicago) liunet.edu/cwis/cwp/library/workshop/citchi.htm Liunet.edu/Cwis/Cwp/Library/Workshop/Citchi.htm (ejemplos de las reglas de Turabian) |
| AMA (Asociación Médica de los Estados Unidos) | Ambito de la salud (psicología, medicina) | HealthLinks.Washington.edu/hsl/StyleGuides/AMA.htm (manual de estilo de la AMA, que sirve de estándar para las disciplinas que se ocupan de medicina, salud y ciencias biológicas). Liunet.edu/Cwis/Cwp/Library/Workshop/CitAMA.htm (ejemplos). |
| Vancouver | Todas las disciplinas | Fisterra.com/Recursos_Web/Mbe/Vancouver.asp (estilo de Vancouver 2000). |
| Council of Science Editors (CSE) | En la actualidad abarca diversas ciencias. | Scientific Style and Format: The CSE Manual for Authors, Editors, and Publishers. 7th ed. 2008. The Ohio State University Libraries. (ejemplos del estilo) |
| National Library of Medicine (NLM) (Biblioteca Nacional de Medicina) | En el ámbito médico y, por extensión, en ciencias. | NLM.NIH.gov NLM.NIH.gov/Pubs/Formats/RecommendedFormats.html (formatos recomendados) |

| | | |
|--------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Manual | Todas las disciplinas | Patrias, K.: National Library of Medicine recommended formats for bibliographic citation. Bethesda (Maryland, EE. UU.): National Library of Medicine (Reference Section), 1991. |
| Pequeño manual sobre fichas bibliográficas | Todas las disciplinas | Manual de Fichas Bibliograficas |
| Harvard System of Referencing Guide | Todas las disciplinas | Disponibles en: http://libweb.anglia.ac.uk/referencing/harvard.htm |
| JabRef y KBibTeX | Todas las disciplinas | Herramientas de LateX para la gestión de referencias bibliográficas. |

Para incluir las referencias dentro del texto y realizar lista de la bibliografía en esta sección, puede utilizar las herramientas de Microsoft Word para Citas y bibliografía en la pestaña de Referencias, utilizar administradores bibliográficos o, revisar el instructivo desarrollado por el Sistema de Bibliotecas de la Universidad Nacional de Colombia www.sinab.unal.edu.co, disponible en la sección “Servicios”, opción “Trámites” y enlace “Entrega de tesis”.

A continuación se muestra un ejemplo de la lista bibliográfica según la NTC 5613.

[1] BERRQUET MARIMON, Félix. Experiencia de iniciaciones cultura investigativa con estudiantes de pregrado desde un semillero de investigación. Medellín, 2007, 117p.

[2] CARVAJAL CRESPO. Tobías. Los años que se fueron. En: El espectador. Bogota: (16 sept, 2003), P.2c.

[3] FLECHA, Ramón. H. Giroux o la solidaridad. En: Cuadernos de pedagogía. Vol.; 2. No 198 (Ago-Sep.1991); p. 15-20.

[4]LOPEZ CASTAÑO. Hugo. El comportamiento de la oferta. Bogota: escala, 2000. 129p.

[5] INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TECNICAS Y CERTIFICACION. Compendio, tesis y otros trabajos de investigación. Quinta Actualización. Bogota. ICONTEC, 2002.

[6] MARQUEZ DE MELO, José "Comunicación e integración latinoamericana: El papel de ALAIC". {En línea}. {10 julio de 2008} disponible en: (www.mty.itsem.mx/externos/alaic/texto1.html).