



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

# **Propuesta de una guía de práctica clínica integral entre homeopatía y alopátia de la patología más prevalente en el servicio de hospitalización pediátrica**

**Dra. Gissela León Alvarez**

**Universidad Nacional de Colombia  
Facultad de Medicina  
Departamento de Medicina Alternativa  
Bogotá, D.C.  
2011**

# **Propuesta de una guía de práctica clínica integral entre homeopatía y alopátia de la patología más prevalente en el servicio de hospitalización pediátrica**

**Dra. Gissela León Alvarez**

**Código 598637**

**Trabajo de grado para optar por el título de  
Magister en Medicina Alternativa con énfasis en Homeopatía**

**Director**

**Dr. Juan Carlos Bustos**

**Pediatra, Docente Departamento de Pediatría, Facultad de Medicina,  
Universidad Nacional de Colombia**

**cotutora**

**Dra. gloria helena casas**

**Magister Medicina Alternativa – Homeopatía**

**Universidad Nacional de Colombia  
Facultad de Medicina  
Departamento de Medicina Alternativa  
Bogotá, D.C.  
2011**

Durante los años de mi práctica clínica en pediatría me he visto enfrentada a casos difíciles que me hacían dudar sobre mi capacidad de entender por qué se enfermaban los niños, cuál era el mejor tratamiento que podía proporcionarles y cómo mejorar en general su calidad de vida presente y futura. La Homeopatía me ha abierto la mente hacia una forma integral de relacionarme con mis pequeños pacientes y me ha dotado de herramientas precisas y mejor aceptadas por los niños y sus familias, me ha permitido acercarme a la verdadera causa de sus padecimientos para lograr una curación suave y duradera.

Dedico este trabajo de grado a todos aquellos que han hecho posible esta nueva forma de practicar la medicina con alegría y esperanza; a mi familia: César, David y la pequeña Mariana que con su paciencia y compañía me alentaron durante estos 2 años de estudio; a mis maestros que compartieron su conocimiento con infinita paciencia y a los pequeños pacientes del Jardín Infantil de la Universidad Nacional que con sus historias de vida me permitieron conocer los alcances positivos de la Homeopatía.



## Resumen

Se realizó el ejercicio de adaptación de una guía de práctica clínica de Bronquiolitis utilizando una herramienta epidemiológica nueva denominada procedimiento ADAPTE, con este ejercicio se pretende crear un modelo de atención que integre los conocimientos en medicina alopática convencional y los de Homeopatía, que permita a los médicos pediatras y homeópatas en ejercicio cumplir con el requerimiento legal para la habilitación de sus consultorios. Durante el proceso se realizó la determinación de cuál era la patología más prevalente en los servicios de hospitalización pediátrica en hospitales de diferente nivel de complejidad de la ciudad de Bogotá, encontrando que la Bronquiolitis sigue siendo la principal causa de hospitalización, posteriormente se realizó una búsqueda en la literatura de las guías de práctica clínica alopáticas y homeopáticas de mayor calidad para realizar la adaptación y se construyó la guía que se presenta en este trabajo, con la observación que se necesita realizar más investigación en el área de homeopatía que permita garantizar una mejor calidad de futuras guías.

**Palabras claves:** Guía de práctica clínica, Bronquiolitis, Homeopatía, Alopática, Integradora

## Abstract

We performed an exercise in adaptation of clinical practice guideline for Bronchiolitis using a new epidemiological tool called ADAPTE procedure, this guideline is to create for a model which allows integrates knowledge in conventional Allopathic Medicine and Homeopathy, and meet the legal requirement for the qualification of their offices.

During the process was determining what was the most prevalent disease in the pediatric inpatient services in hospitals of different levels of complexity of the city of Bogota, finding that the Bronchiolitis remains the leading cause of hospitalization, then a search was conducted in the literature of clinical practice guidelines allopathic and homeopathic higher quality for adaptation and built the guidance presented in this work, with the observation that more research is needed in the area of Homeopathy that would ensure a better quality of future guides.

**Key words:** Clinical practice guidelines, Bronchiolitis, Homeopathy, Allopathy  
Integrative

# Contenido

	<b>Pág.</b>
RESUMEN	V
INTRODUCCIÓN	1
1. JUSTIFICACION	3
2. OBJETIVOS	6
2.1 Objetivo general	6
2.2 Objetivos específicos	6
3. MARCO TEORICO	7
3.1 Bases doctrinales de homeopatía	7
3.2 Guías de práctica clínica	11
3.2.1 Tipos de guías de práctica clínica	13
3.2.2 Fases en la elaboración de una Guía de Práctica Clínica	14
3.3 La norma	19
4. METODOLOGÍA	21
5. TIPO DE ESTUDIO	23
6. ASPECTOS ÉTICOS	24
7. DESARROLLO DEL PROCEDIMIENTO ADAPTE	25
7.1 Fase de inicio	25
7.1.1 Módulo de preparación	25
7.2 Fase de adaptación	27
7.2.1 Módulo alcance de objetivos	27
7.2.2 Cronograma	29
7.2.3 Búsqueda y recuperación de las guías	29
7.2.4 Evaluación de calidad de las guías	29
7.2.5 Toma de decisiones	29
7.2.6 Management of first time episode Bronchiolitis in infants less than one year of age. Evidence-Based Care Guideline. Cincinnati Children's Hospital Medical Center, 2010	30
7.2.7 Academia Americana de Pediatría: Diagnóstico y tratamiento de Bronquiolitis	30
7.2.8 Cochrane: tratamiento de la Bronquiolitis en niños: una visión general de revisiones	30
7.2.9 Bronchiolitis in children: a national clinical guideline SIGN (Scottish Intercollegiate Guideline Network)	31
7.2.10 Módulo de personalización	31
7.3 Fase final	31
7.3.1 Módulo de revisión externa, consultas y representación	31
7.3.2 Módulo de producción final	31
8. GUIA INTEGRAL DE MANEJO BRONQUIOLITIS EN NIÑOS MENORES DE 1 AÑO	32

---

8.1 Prevención	35
8.1.1 En la comunidad	36
En el hospital	36
8.2 Evaluación y diagnóstico	37
8.3 Manejo general	37
8.3.1 Monitoreo	38
8.4 Manejo homeopático	38
8.5 Oxígeno y medicamentos	40
8.6 Otros cuidados de la vía aérea	40
8.7 Educación	41
8.8 Criterios de admisión	42
8.9 criterios de alta	43
8.10 Terapias no recomendadas de forma rutinaria	44
8.10.1 Inhalaciones	44
8.10.2 Solución salina hipertónica	44
8.10.3 Corticosteroides	45
8.10.4 Antibióticos	45
8.10.5 Otros medicamentos	46
8.10.6 Medicamentos de venta libre	46
8.11 Otras terapias de apoyo respiratorio	47
8.12 Estudios diagnósticos	47
8.13 Anexos de la guía	47
8.13.1 Anexo No.1 Guía de manejo homeopático de la Bronquitis	47
8.13.2 Anexo No. 2 Dosis de medicamentos para la nebulización de prueba	51
8.13.3 Anexo 3: Algoritmo de manejo de bronquiolitis en niños menores de 1 año	56
9. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	58
ANEXO A. Carta enviada a los hospitales homeopáticos	59
ANEXO B. Respuestas a los Hospitales Homeopáticos frente a solicitud de información sobre guías de práctica clínica	60
ANEXO C. Evaluación de guías de práctica clínica seleccionadas con el instrumento	66
BIBLIOGRAFÍA	67



## Introducción

En la legislación actual es de obligatorio cumplimiento la habilitación de servicios de salud ante las autoridades pertinentes, la Resolución N°. 1043 del 3 de abril de 2006 en su anexo técnico 1 numeral 5 establece la obligatoriedad de realizar las guías de práctica clínica para las patologías más frecuentes como requisito para la habilitación de los servicios prestadores de atención en salud,(1) en este contexto cuando deseamos cumplir esta norma nos encontramos que a nivel local e internacional no se cuenta con guías de práctica clínica en homeopatía pediátrica. Además dentro de los principios fundamentales de la homeopatía se tiene en cuenta de manera importante la individualidad no solo del paciente sino también del medicamento por lo cual se ha generalizado que no es posible lograr guías de práctica clínica homeopáticas. Como pediatra y homeópata es importante conocer cuáles son las patologías prevalentes de la población entre 0 y 18 años en Bogotá, así como poder utilizar de manera integral el conocimiento disponible en estas dos áreas de la medicina para proporcionarles mayor bienestar a los pequeños pacientes.

Actualmente existe una herramienta epidemiológica que podría permitir crear el mecanismo necesario para desarrollar guías de práctica clínica ajustadas a los parámetros exigidos por la norma y que además faciliten su práctica a los pediatras homeópatas. El procedimiento ADADPTE proporciona un enfoque sistemático para ayudar en la adaptación de las directrices elaboradas en un escenario sea este local o internacional, y ser utilizado en un contexto cultural o de organización diferente. (2) , para tal propósito se tomaron como base guías de práctica clínica de calidad para la patología escogida de acuerdo a su impacto y prevalencia en el servicio de hospitalización pediátrica en la ciudad de Bogotá,

teniendo en cuenta la definición, sintomatología detallada así como los hallazgos paraclínicos referidos para la patología; se realizó la respectiva modalización y búsqueda en el repertorio homeopático (se consultaron diversos autores) con la cual se construyó una aproximación medica integral (alopatía y homeopatía) para determinar el manejo más apropiado de acuerdo a la evidencia y a el diagnóstico medicamentoso de acuerdo a la modalización de los síntomas del paciente a tratar.

La construcción de esta guía de práctica clínica en homeopatía pediátrica mediante el procedimiento ADAPTE y su aplicabilidad en la práctica servirá de orientación a los pediatras en ejercicio de la homeopatía para la realización de sus propias guías en el cumplimiento de los requisitos para la habilitación de sus servicios según lo establecido por la ley.

## Justificación

Desde sus inicios la homeopatía ha sido una herramienta para el abordaje y manejo de los pacientes pediátricos, tal como está consignado en la nota 164 del párrafo 284 de la 6ta edición del órganoon, Hahnemann afirma que todas las enfermedades de la infancia ceden al remedio homeopático correcto. (3)

Aunque en la base doctrinal original la homeopatía es una medicina individual entre otros aspectos según la edad y el sexo, también exige una atención particular a los síntomas clínicos propios de cada paciente. *“La verdadera originalidad de la medicina homeopática en pediatría, consiste en el comportamiento del médico frente al niño enfermo para adaptar el tratamiento no solo al estado mórbido sino también a su constitución y temperamento”.* (4)

*La mayoría de las enfermedades han sido descritas de forma detallada (semiología) según sus hallazgos clínicos y paraclínicos evitando que el médico vea realmente al paciente como un ser integral (el enfermo escapa a su visión). La homeopatía es un sistema médico complejo con una forma, fisiología, doctrina, sistema diagnóstico y sistema terapéutico propios que definen el momento en la vitalidad del paciente así como cual es su desequilibrio y sus causas, configurando un sistema de salud-enfermedad integral (5), proporcionando una terapéutica de restablecimiento que cuida esencialmente al paciente, se tiene en cuenta tanto las características de la enfermedad como también la manera como el niño vive su enfermedad, esto permitirá en determinado momento individualizarlo y orientar el tratamiento hacia el medicamento adecuado, para restablecer la armonía de la fuerza vital de una manera suave, rápida y permanente.* (3)

La práctica homeopática, enfoca al niño, no solo como un ente individual, sino como parte de una familia y una sociedad, y lo explora en su esfera física, mental y emocional, lo cual permite la identificación de factores de riesgo y desórdenes,

que al ser intervenidos de manera temprana previenen problemas de salud futuros. (6)

El desarrollo y actualización de guías de práctica clínica de alta calidad requiere un tiempo considerable, experiencia y recursos. Las instituciones de salud enfrentan la necesidad de estandarizar las políticas de salud y sus prácticas para mejorar la gestión de los recursos y promover el mejor cuidado del paciente basado en la evidencia lo que ha generado presión de las organizaciones directoras de la salud a nivel mundial para producir a corto plazo políticas que aseguren una práctica médica coherente con los conocimientos médicos actuales y con recursos cada vez más limitados. (7)

El uso de la homeopatía es cada vez más frecuente en el tratamiento de las enfermedades de la infancia, por lo que es necesario además de conocerla y practicarla con los más altos estándares de calidad, cumplir con los requisitos establecidos por la ley (numeral 05, del anexo técnico no.1 de la Resolución N°. 1043 de 3 de abril de 2006). La creación de guías de práctica clínica de calidad contribuyen en este proceso, al brindar un parámetro para la orientación de prácticas y estrategias de cuidado, que para el caso de la homeopatía serán ajustadas según las características particulares del niño respetando los principios fundamentales homeopáticos en especial el de la individualidad que es uno de los más importantes. Otro beneficio que se obtiene al realizar las guías de práctica clínica es generar una herramienta que facilite la comprensión de procesos desde el lenguaje homeopático, *de allí la importancia de este trabajo pues pretende ser una herramienta útil en el diagnóstico y tratamiento de los pequeños pacientes que acuden a los servicios de salud enfocándolos de manera integral siendo rigurosos en el conocimiento homeopático.*

La Resolución número 1043 de 2006 ( del 3 de abril de 2006 ) establece las condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de salud para habilitar sus servicios, en ella se adoptan como estándares de habilitación el “Manual único de estándares y verificación como anexo técnico No.1 y como guía de procedimientos de habilitación” dentro del cual en su numeral 5 “establece para todos los servicios, que la institución debe contar con guías clínicas de atención preferiblemente de medicina basada en evidencia, para las

patologías que constituyen las primeras 10 causas de consulta o egreso, o las 5 primeras causas para el caso de profesionales independientes, oficialmente reportadas en cada uno de los servicios de hospitalización, unidades de cuidado intermedio e intensivo, unidad de quemados, obstetricia, cirugía, consulta externa, urgencias y traslado asistencial básico o medicalizado; solo se exigirá las guías y protocolos de los procedimientos que realice”. (1).



# Objetivos

## 2.1 Objetivo general

Mediante la utilización de la herramienta ADAPTE elaborar una guía de práctica clínica integral (alopatía-homeopatía) de Bronquiolitis, que por su prevalencia es la patología más importante en el servicio de hospitalización pediátrica.

Contribuir en el proceso de acreditación de calidad de los servicios de hospitalización de pediatría que utilicen la homeopatía en el tratamiento de sus pacientes de acuerdo a lo establecido en el anexo técnico no.1 de la Resolución N° 1043 de 3 de abril de 2006 que hace referencia a la necesidad de guías de práctica clínica.

## 2.2 Objetivos específicos

- Realizar una búsqueda crítica en la literatura de artículos acerca del tratamiento homeopático de la Bronquiolitis así como estudios acerca de costo-eficiencia en el manejo de esta patología con homeopatía.
- Revisar los requisitos para la elaboración de guías de práctica clínica de calidad.

# Marco teórico

## 3.1 Bases doctrinales de homeopatía

La homeopatía es un sistema médico complejo, con una dimensión teórica elaborada basada en el paradigma vitalista para explicar el origen de la enfermedad y que propone una terapéutica específica teniendo en cuenta lo que es posible de tratar o curar y lo que no lo es. (5) El vitalismo hace referencia a la presencia de una fuerza vital dotada de inteligencia capaz de gobernar los mecanismos de salud y enfermedad (1). La palabra homeopatía deriva de las raíces griegas *homeios* = semejante y *phatos* = padecimiento o enfermedad, es decir curar enfermos con medicamentos que experimentalmente producen síntomas semejantes a los que refiere el enfermo. (8)

Fue creada en el siglo XIX por el médico alemán Samuel Hahnemann a partir de su minuciosa lectura de los escritos de la época especialmente la materia médica de Cullen donde se pensaba que el efecto de la Quina sobre las fiebres palúdicas se debía al sabor amargo y astringente de esta, ante lo cual experimentó por el mismo la acción de la Quina sobre la salud encontrando que al tomarla experimentaba los mismos síntomas de la fiebre palúdica, que desaparecían al suspender el medicamento y reaparecían al volver a tomarla. A partir de estas observaciones y el juicioso registro de los síntomas fue creando su obra una farmacopea denominada materia médica y posteriormente desarrolló el método de curación con sus principios, técnica de preparación de medicamentos, administración de los medicamentos y criterios de buen y mal pronóstico, entre otros. (8)

Entonces la homeopatía es un sistema médico complejo (con una doctrina, concepto propio de morfología, dinámica vital, sistema de diagnóstico y



terapéutico), científico, natural y holístico que promueve la conservación y recuperación de la salud (trata y previene), basado en las siguientes leyes:

1. Dinamismo o energía vital: reconoce su existencia como aquella que gobierna en el estado de equilibrio y que provee el estado de salud. La vida es energía que necesita un cuerpo para alcanzar los fines más altos de su existencia.
2. Semejanza o similitud: cualquier sustancia que pueda producir una totalidad de síntomas en un ser humano sano es capaz de curar todos los mismos síntomas en un enfermo.
3. Individualidad: cada individuo expresa una forma única de enfermar, en forma de síntomas y la suma de todos los síntomas y las circunstancias observadas en cada caso particular de enfermedad debe ser la única indicación para elegir el remedio. No hay enfermedad sino enfermos.
4. Experimentación pura: es necesario experimentar toda sustancia utilizada como medicamento de manera sistemática y rigurosa en individuos sanos.
5. Acción y reacción: la acción se refiere al efecto del medicamento cuando se le administra a un ser vivo y la reacción es debida a la respuesta del individuo.
6. Ley de curación: es la forma como las enfermedades naturales se curan espontáneamente enfatizando que el medicamento en su curación imita a la naturaleza en ese orden (de arriba abajo, del centro a la periferia, de los órganos más importantes a los menos importantes), y de esta manera logra restablecer el equilibrio de la energía vital.
7. Miasmas: Todo ser humano tiene una tendencia innata a enfermar de cierta forma, el Dr. Hahnemann describió tres: la psora, la sycosis y la syphilis.
8. Remedio único: En cada caso de enfermedad se administrará solo un medicamento homeopático por vez. (8 )

La semiología homeopática es clínica, está basada en la descripción, análisis y comprensión de los síntomas referidos por el enfermo; cada síntoma provee información al médico para realizar un diagnóstico de persona y no de enfermedad de manera integral y no simplemente el diagnóstico de una enfermedad. No se hace diagnóstico nosológico, se hace diagnóstico del medicamento que el enfermo necesita para equilibrar su energía vital y lograr la curación. (8)

Los medicamentos homeopáticos son preparados de manera especial con un método propio y exclusivo de la homeopatía de realizar diluciones sistemáticas y sucesivas de los elementos que formarán el medicamento y al mismo tiempo se le aplica energía cinética con golpes secos y fuertes al recipiente (sucusión) con el fin de que exprese su potencial terapéutico. También se encarga de evaluar y hacer los ajustes necesarios en el medio ambiente en que se desenvuelve el enfermo, su alimentación, higiene, su entorno afectivo, emocional y procurar el equilibrio psicológico. (8)

La homeopatía es un sistema médico complejo basado en el principio de la similitud que formula un paralelo entre el poder tóxico de una sustancia y su poder terapéutico. Este principio implica para su aplicación el conocimiento de la farmacodinamia de diferentes sustancias sobre el hombre sano (Patogenesia), esta se convierte en el método de experimentación y validación de la acción terapéutica de los medicamentos homeopáticos. La patogenesia agrupa el conjunto de signos y síntomas inducidos por esta sustancia en individuos sanos, los síntomas provienen de la toxicología que provoca principalmente lesiones orgánicas, la experimentación patogenética realizada con diferentes dosis no tóxicas sobre sujetos de edades y géneros diferentes con reacciones distintas que produce síntomas funcionales y generales así como cambios en el comportamiento en general. Además las patogenesias se completan con síntomas procedentes de la observación terapéutica clínica.

Para obtener el diagnóstico medicamentoso del paciente se hacen coincidir 2 cuadros clínicos:

- Por un lado el de la patogenesia
- Por otro lado el cuadro sintomático del enfermo que está compuesto por los signos patognomónicos de la enfermedad y los síntomas particulares de su comportamiento personal que son aquellos signos físicos que pueden verse o palpase, los generales procedentes del metabolismo general del individuo (fiebre, sudor, etc...) y los síntomas funcionales que son aquellos que el paciente siente y expresa (sed, dolor, etc...). Por lo tanto la homeopatía es un método puramente objetivo y clínico. (9)

El método homeopático conduce a la individualidad medicamentosa o terapéutica y puede considerarse como una terapéutica individual y el medicamento como un regulador específico del organismo. Al realizar la historia clínica del paciente se pone en evidencia que la homeopatía no es una terapéutica simplemente sintomática, sino que rompe con el automatismo entre el diagnóstico y el tratamiento del paciente y además provee indicaciones precisas y los límites del tratamiento homeopático pues requiere que el potencial de defensa del individuo sea capaz de enfrentarse a la enfermedad para poder regular las reacciones del organismo. (9)

Actualmente las ciencias básicas como la química, la física y la biología molecular nos permiten entender los mecanismos de acción de los medicamentos homeopáticos, sin embargo su vigencia se deriva de la solidez de sus principios y postulados. (8)

La homeopatía requiere para su exitosa aplicación el mejor conocimiento de la medicina y se apoya en su aplicación práctica, la objetividad clínica, asociando el conocimiento de la enfermedad y del enfermo y forma parte del arsenal terapéutico con el que cuentan actualmente los médicos para aliviar a sus pacientes. (9) Cuando las necesidades clínicas lo justifiquen la asociación entre homeopatía y la terapéutica clásica (alopática) no constituye incompatibilidad alguna. (9)

En el momento no se cuenta con las herramientas suficientes que permitan desarrollar un método de investigación que integre la doctrina homeopática con las técnicas existentes para realizar investigación de calidad ni que permitan implementar la reglamentación actual.

### **3.2 guías de práctica clínica**

Los médicos siempre han tratado de tomar sus decisiones de acuerdo al mejor conocimiento disponible y según su propia experiencia pero también influyen las preferencias y las circunstancias que rodeen el momento de tomar las decisiones.

Debido a esto hace aproximadamente 20 años los sistemas de salud implementaron guías de práctica clínica con el fin de tratar de unificar las decisiones reduciendo costos y con el fin de mejorar la práctica clínica. (7)

El Committee to Advise the public Health Service de Estados Unidos define guía de práctica clínica como “directrices elaboradas sistemáticamente para asistir a los clínicos y a los pacientes en la toma de decisiones sobre la atención sanitaria adecuada para problemas clínicos específicos”; para esto se requiere utilizar una metodología científica rigurosa y explícita en su elaboración y sus recomendaciones se deben basar en la mejor evidencia científica disponible, teniendo en cuenta las circunstancias particulares para cada caso y la preferencia del paciente. (7)

Las guías de práctica clínica intentan responder la preguntas originadas por la variabilidad en la práctica médica, que suponen una amenaza no solo para los pacientes ante la posibilidad de no recibir la atención más efectiva dentro de las diferentes opciones, o de recibir intervenciones no efectivas e incluso perjudiciales, sino también para la financiación de los sistemas sanitarios. (7)

Los temas para elaborar una guía de práctica clínica responden a los siguientes criterios:

- Problemas de salud con impacto clínico (prevalencia, morbimortalidad)
- Amplia variabilidad de la práctica clínica
- Ausencia de consenso en el manejo de una patología determinada
- Aparición de nuevas evidencias (tratamiento, diagnóstico, prevención)
- Pruebas diagnósticas o tratamientos con efectos o costos indeseables o innecesarios
- Líneas estratégicas de las organizaciones sanitarias

### 3.2.1 Tipos de guías de práctica clínica. (7)

BASADA EN OPINION DE EXPERTOS	BASADA EN UN CONSENSO	BASADA EN LA EVIDENCIA
No estructurada	Estructurada	Estructurada
Rápida y económica	Lenta y costosa	Lenta y costosa
Informal	Formal	Formal
Posibles conflictos de intereses y solo un punto de vista considerado	Muchos participantes con diferentes puntos de vista	Explícito y reproducible
Evidencia implícitas	Evidencia implícita	Evidencia explícita
Definición de experto según contenido	Posible enfrentamiento entre participantes	Metodología rigurosa
Desacuerdos entre expertos	Se puede llegar a consenso a expensas de la evidencia	Todos los métodos y decisiones están disponibles
Sesgo en los resultados de las investigaciones	Sesgos en la selección de estudios	Muestreo riguroso, explícito y reproducible

Pero las guías de práctica clínica tienen inconvenientes como que su elaboración es costosa, no ofrecen repuestas a todas las preguntas clínicas y sus recomendaciones no siempre pueden ser seguidas en la práctica habitual.

Entre las características de una guía de práctica clínica se encuentran:

- a. Validez: las recomendaciones propuestas se originan de una revisión exhaustiva de la evidencia y su aplicación conduce a un resultado clínico esperado.
- b. Fiabilidad: utilizando la misma metodología cualquier otro grupo puede definir las mismas recomendaciones
- c. Reproducibilidad: es aplicable en contextos clínicos diferentes
- d. Flexibilidad: abarca todas las posibilidades de manejo posibles y razonables, identificando aquellas situaciones en que su aplicación no sea posible o solo lo sea de forma parcial
- e. Aplicabilidad: se ajustan al contexto particular de la población y de quienes la van a aplicar

- f. Claridad: en los términos utilizados y en los formatos para aquellos que la van a utilizar
- g. Multidisciplinario: en su elaboración participan todos los grupos implicados en el tema
- h. Metodología explícita: de las personas que intervinieron en su elaboración, cómo se realizó la búsqueda de la evidencia y la elaboración de las recomendaciones
- i. Actualización-revisión programada: informa de las últimas novedades y tiene un cronograma de evaluación periódica de sus recomendaciones.
- j. Independencia: sin conflicto de intereses. (7)

### **3.2.2 Fases en la elaboración de una Guía de Práctica Clínica**

**1. Alcance y objetivos de una guía de práctica clínica:** Antes de comenzar la elaboración de la guía es necesario tener claro por qué y para qué se realiza la misma, a qué profesionales va destinada, sus recomendaciones y cuál es la población objetivo cuyos resultados en salud se pretenden mejorar.

**2. Composición y funcionamiento del grupo elaborador de la GPC:** El equipo de trabajo encargado de realizar el proyecto debe incluir profesionales clínicos de todas las especialidades implicadas en el tema, un experto metodológico, colaboradores y revisores externos. Sería recomendable, además, que el grupo tuviera conocimientos y habilidades de lectura crítica y síntesis de literatura médica y capacidad de trabajo en equipo.

**3. Formulación de las preguntas clínicas de la GPC:** Todos los problemas clínicos definidos en el objetivo de la guía deben reflejarse en esta etapa a través de preguntas clínicas, para garantizar que la guía se desarrolle de acuerdo a los objetivos planteados. El formato de pregunta debe ajustarse al esquema empleado en las revisiones sistemáticas de la literatura (método PICO, por sus siglas en inglés), incluyendo todos sus elementos: paciente, intervención, comparación y resultados.

**4. Búsqueda y selección de la evidencia científica:** La revisión bibliográfica debe ser exhaustiva, rigurosa y sistemática. Se puede comenzar por la

localización de guías de práctica clínica previas relevantes sobre el tema, especialmente las revisiones sistemáticas de calidad. La estrategia de búsqueda debe incluir bases de datos como la Biblioteca Cochrane, Medline, EMBASE, metabuscadores y en otras más específicas según el tema de la guía.

**5. Evaluación y síntesis de la evidencia científica:** Consiste en la valoración crítica de la evidencia, con extracción de los datos relevantes de los estudios cuyo riesgo de sesgo se ha considerado bajo, llevando a cabo el respectivo resumen de los artículos incluidos. La síntesis de los estudios se realiza empleando tablas de evidencia, que recopilan las principales características y resultados de cada trabajo y permite compararlos entre sí. Las más utilizadas probablemente sean las propuestas por el Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) si nos referimos a intervenciones terapéuticas y la utilizada por el Centro de Medicina Basada en la Evidencia de Oxford (CMBE) para artículos de diagnóstico.

**6. Formulación de las recomendaciones:** Integra la calidad metodológica de la evidencia (validez interna) y otros factores no menos importantes, se debe tener en cuenta la aplicabilidad, la posibilidad de generalización y el impacto clínico de sus sugerencias (validez externa). La jerarquización de las recomendaciones se ha basado en la calidad metodológica de los estudios originales de base.

**7. Diseño del plan de implementación:** Necesario para conseguir que profesionales y organizaciones sean capaces de aplicar sus recomendaciones en la práctica diaria pues la implementación puede resultar difícil y complicada, lo que ha generado líneas de trabajo para evaluar los factores que determinan el uso de las guías, desde el enfoque clínico adecuado hasta su método de desarrollo, difusión e implementación, identificando las barreras y los factores facilitadores que establezcan estrategias idóneas al entorno y a los problemas identificados.

**8. Revisión externa:** Una vez elaborado el documento, el borrador debe someterse a una revisión externa independiente, que proporcione mayor solidez y validez externa a las recomendaciones. Es importante que pacientes y cuidadores

también tengan posibilidad de aportar su visión sobre la aplicabilidad de la guía de práctica clínica.

9. **Edición de la GPC:** La publicación de la GPC tiene que tener en cuenta el uso que se le va a dar y el tipo de destinatarios a quien va dirigida. Es necesario cuidar el estilo, estructura y formato de las diferentes versiones que se editen de la misma. Se recomienda elaborar diferentes tipos de documentos:

10.

- Versión completa de la guía.
- Versión resumida.
- Guía rápida (algoritmos y recomendaciones)
- Versión para pacientes.

Para facilitar el uso de las guías se recomienda utilizar diferentes formatos (papel, electrónico, Web, CD, etc.), cuidar el diseño de los materiales (trípticos, edición de bolsillo), el estilo y el lenguaje utilizado en la redacción (claro y sin ambigüedades), las tablas y algoritmos (simples y fácilmente comprensibles).

**10. Revisión y actualización:** la revisión periódica de la evidencia debe planearse durante el proceso de elaboración de la guía de práctica clínica, de forma que permita su actualización e incorporación de cambios significativos que puedan aparecer en el tiempo. (7)

Existen diferentes instrumentos para la elaboración de guías de práctica clínica, para este trabajo se emplearan las siguientes:

- El AGREE es un instrumento validado en 2003 para evaluar la calidad de las guías de práctica clínica realizado por una colaboración establecida entre 10 países europeos, Estados Unidos, Canadá y Nueva Zelanda, ha sido adoptada por la OMS, El Consejo Europeo y la International Guidelines Network y se ha convertido en el estándar de oro en su campo al ser idóneo en la valoración de la calidad de las guías de práctica clínica independiente del tema que trate y para comparar entre sí distintas guías y evaluadores. Evalúa sesgos potenciales en el desarrollo, recomendaciones con validez interna y externa, aplicabilidad en la práctica así como los beneficios, daños,



costos, aspectos prácticos de su utilización y probabilidad de alcanzar los resultados propuestos. (10)

- El ADAPTE es un grupo de colaboración internacional que en 2006 define la guía de adaptación como una aproximación sistemática que considera el uso o modificación de guías producidas por un país o en una organización para ser aplicado en contextos diferentes. Esta adaptación puede ser utilizada para la realización de una nueva guía o para personalizar una guía existente en un contexto local. El proceso está diseñado para ser flexible, dependiendo de la utilización, no todos los módulos son relevantes para lo que el usuario necesita. Ha sido validada recientemente en 2010. (2)

El marco ADAPTE se basa en los siguientes principios básicos:

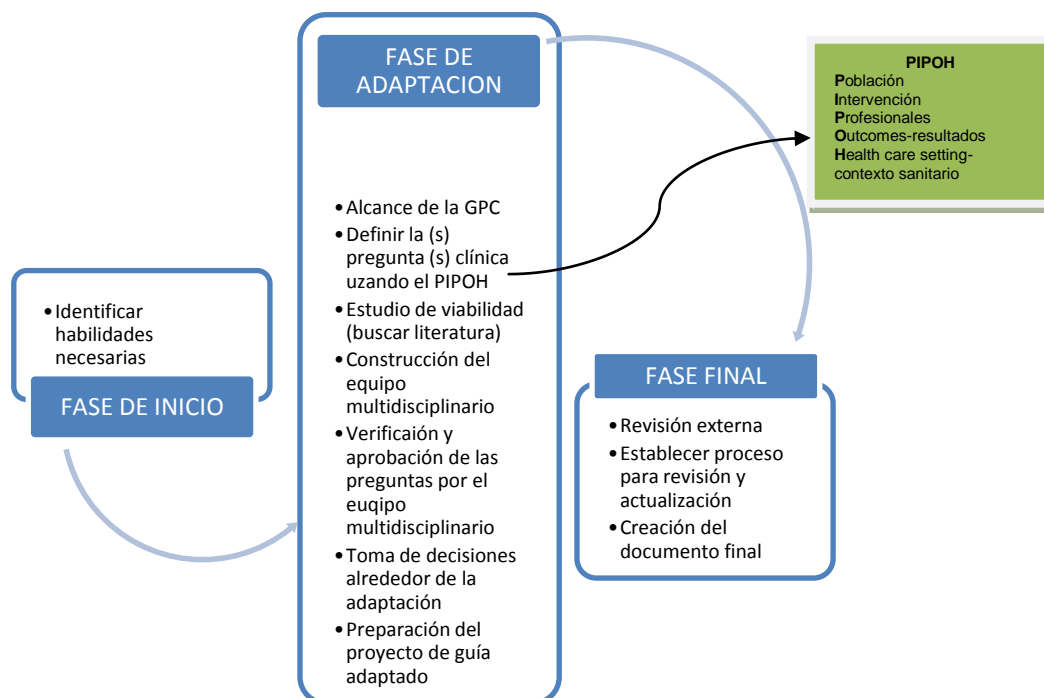
- El respeto de principios basados en la evidencia para la formulación de directrices
- Los métodos fiables y coherentes que garanticen la calidad de la guía adaptada
- Participación de las partes interesadas para facilitar la aceptación y la aplicación de la guía adaptada
- Consideración explícita del contexto para garantizar la pertinencia de la práctica y las políticas locales
- Transparencia de la información para promover la confianza en las recomendaciones de la guía adaptada
- Formato flexible para acomodar las necesidades y circunstancias específicas
- El respeto y reconocimiento de la fuente de las directrices. (2)

El marco ADAPTE se destina a ser utilizado por diferentes grupos, es decir, desarrolladores de referencia, proveedores de cuidado de la salud y responsables políticos a nivel local, nacional e internacional. (7) Entre sus fortalezas se destaca que, puede reducir los esfuerzos de implantación de las recomendaciones, en particular en la fase de revisiones sistemáticas, utilizando menos tiempo (10 meses frente a 16-18) y recursos que la elaboración “de nuevo”, también puede ayudar a tener en cuenta los factores y particularidades locales desde el desarrollo de las recomendaciones, hasta su implantación final. Es un procedimiento genérico y por tanto apto para guías de práctica clínica de cualquier enfermedad, distintos formatos (papel o electrónico), y para aspectos de diagnóstico, tratamiento, promoción o cuidados de la salud. Es de carácter sistemático por el rigor en los pasos y dimensiones que abarca (calidad,

actualidad y coherencia, aceptabilidad y aplicabilidad del contenido clínico) y transparente porque además de producir guías adaptadas de suficiente calidad, validez y utilidad, puede aumentar la confianza e intención de uso de los usuarios de las guías y permitir su participación a través de los grupos multidisciplinares de adaptación.

Como limitaciones se encuentra que casi un tercio de los profesionales que lo han utilizado valoran que es demasiado complejo para su uso por parte de los médicos sin formación o asesoramiento específicos, lo que puede limitar su uso, incluso entre los miembros del grupo de adaptación, aunque estas limitaciones, tienden a desaparecer a medida que se va conociendo el procedimiento. Otras dificultades surgen de aspectos propios de las guías de práctica clínica como su heterogeneidad en cuanto a la calidad, falta de transparencia o de actualidad que pueden dificultar el éxito de la adaptación. De igual forma se pueden presentar resistencias en los usuarios de las guías por falta de confianza en el proceso de adaptación. El proceso ADAPTE consta de 3 fases con un promedio de desarrollo entre 8 y 10 meses. (2)

**Figura 1. Fases**



**Fase de inicio:** Establece las tareas necesarias para completar antes de iniciar el proceso de adaptación, identifica las habilidades necesarias y los recursos.

**Fase de adaptación:** Ayuda a los usuarios en el proceso de selección de un tópico que identifique la pregunta específica de salud, búsqueda y recuperación de guías existentes, evaluando la consistencia de la evidencia y la calidad de la guía, valor, contenido y aplicabilidad, toma de decisiones alrededor de la adaptación y preparación del proyecto de guía adaptado.

**Fase final:** Guía al usuario durante el proceso de obtener retroalimentación del documento de los grupos interesados por la guía, consultando con los desarrolladores de la guía la fuente empleada en el proceso de adaptación, estableciendo un proceso para la revisión y actualización de la guía y la creación del documento final (2)

### 3.3 La norma

La Resolución número 1043 de 2006 ( del 3 de abril de 2006 ) establece las condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de salud para habilitar sus servicios e implementa el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención además de otras disposiciones, dichas condiciones son obligatorias para los prestadores de servicios de salud y todos aquellos establecimientos que presten servicios de salud, para su entrada y permanencia en el sistema único de habilitación deben contar con lo siguiente:

- Capacidad tecnológica y científica
- Suficiencia patrimonial y financiera
- Capacidad técnico-administrativa (1)

También establece los estándares de las condiciones tecnológicas y científicas para la habilitación de los prestadores de servicios de salud, mediante la formulación de las condiciones de capacidad tecnológica y científica orientada por los principios de:

**a) Fiabilidad:** La aplicación y verificación de cada estándar es explícita, clara y permite una evaluación objetiva y homogénea.

**b) Esencialidad:** Las condiciones de capacidad tecnológica y científica, son indispensables, suficientes y necesarias para reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios en el marco de la prestación del servicio de salud.

**c) Sencillez:** La formulación de los estándares de las condiciones de capacidad tecnológica y científica, así como los procesos para su verificación, son fáciles de entender, permiten la autoevaluación de los prestadores de servicios de salud y los definidos como tales y su verificación por las autoridades competentes y en general por cualquier persona que esté interesada en conocerlos. (1)

Establece la adopción del “Manual único de estándares y verificación como anexo técnico no.1 como guía de procedimientos de habilitación” dentro del cual en su numeral 5 establece “para todos los servicios que la institución debe contar con guías clínicas de atención preferiblemente de medicina basada en evidencia, para las patologías que constituyen las primeras 10 causas de consulta o egreso, o las 5 primeras causas para el caso de profesionales independientes, oficialmente reportadas en cada uno de los servicios.” (1)

Define la guía clínica de atención 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. (1)

## Metodología

- Se realizó la investigación de acuerdo a la información presentada por el Ministerio de la Protección Social y la Secretaria Distrital de salud de la patología más prevalente en el servicio de hospitalización pediátrica pero no se dispone de datos actualizados después del año 2007, por lo tanto se revisó la estadística presentada por los servicios de hospitalización pediátrica del Hospital de Tunjuelito, El Hospital Simón Bolívar y el Hospital Universitario clínica San Rafael disponibles hasta el año 2009.
- Se realizó la búsqueda de guías de práctica clínica de dicha patología existentes a nivel local, las utilizadas en los hospitales adscritos a la red pública de Bogotá pero no cumplían los requisitos de calidad para este trabajo por lo cual se hizo la búsqueda en las bases de datos disponibles de guías de práctica clínica en la literatura mundial.
- Se realizó la búsqueda de guías de práctica clínica de esta patología en la literatura homeopática y en los hospitales homeopáticos más relevantes a nivel mundial, se enviaron cartas vía e-mail a dichas instituciones solicitando la información las cuales respondieron que no poseían dichos documentos. (Anexo 1 y 2)
- Posteriormente se evaluaron las guías seleccionadas en consistencia, calidad y aplicabilidad, con la herramienta AGREE.
- Al tener la mejor guía seleccionada se utilizó la herramienta ADAPTE y de acuerdo a sus recomendaciones se realizó un proyecto de guía de práctica clínica integral (Homeopatía y alopática) de Bronquiolitis.

- En la elaboración de la guía se tomaron en cuenta los principales síntomas de la enfermedad de acuerdo al grupo etáreo y sus características mentales traducidas en lenguaje repertorial homeopático para encontrar los medicamentos más relevantes, también se tomaron en cuenta los medicamentos que de acuerdo a las directrices de la homeopatía clínica son importantes en el tratamiento de la Bronquiolitis.

## **Tipo de estudio**

Proyecto de investigación, elaboración de guía de práctica clínica.

La población objetivo está constituida por pacientes entre 1 mes y 1 año de edad usuarios del servicio de hospitalización de pediatría de los hospitales de Bogotá.

La recolección, procesamiento y análisis de información se realizó a través de bases de datos, meta buscadores, informes de prevalencia de enfermedades en pediatría suministrados por el Ministerio de la Protección Social y la Secretaria Distrital de Salud, Informes epidemiológicos del Hospital de Tunjuelito, Hospital Simón Bolívar y Hospital Universitario Clínica San Rafael, guías de práctica clínica utilizadas en los hospitales de la Secretaria Distrital de Salud, guías de práctica clínica de diferentes centros pediátricos de prestigio así como sociedades de Pediatría con reconocimiento mundial, comité de expertos en epidemiología, homeopatía y homeopatía pediátrica, herramienta ADAPTE, herramienta AGREE, repertorios homeopáticos, materias médicas homeopáticas textos de homeopatía clínica y homeopatía pediátrica.

## **Aspectos éticos**

La investigadora declara no tener intereses personales ni económicos que afecten el resultado de este trabajo. El presente trabajo se realizó siguiendo los parámetros establecidos por las normas de bioética ajustados a la doctrina homeopática.



## Desarrollo del procedimiento ADAPTE

FASE DE INICIO	FASE DE ADAPTACION	FASE DE FINALIZACION
<ul style="list-style-type: none"><li>• Módulo de preparación</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Módulo alcance y objetivo</li><li>• Módulo búsqueda selección</li><li>• Módulo valoración y evaluación</li><li>• Módulo decisión y selección</li><li>• Módulo de personalización</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Módulo de revisión externa, consultas y representación</li><li>• Módulo producción final</li><li>• Módulo planificación de la revisión y actualización</li></ul>

### 7.1 Fase de inicio

**7.1.1 Módulo de preparación.** Se utilizaron los reportes de estadísticas en cuanto a la primera causa de hospitalización de los Hospitales de Tunjuelito (2 nivel), Simón Bolívar (3 nivel) y Hospital Universitario Clínica San Rafael (4 nivel) durante el año 2009 (últimos datos disponibles), encontrando que La Bronquiolitis se constituía como la primera causa de hospitalización en los servicios de pediatría, teniendo en cuenta además los costos generados por las recurrencias,

las secuelas y complicaciones durante los meses de marzo a junio (época de pico epidémico de las enfermedades respiratorias en Bogotá).

La Bronquiolitis es la enfermedad más común de las vías respiratorias bajas durante el primer año de vida. El Virus Sincitial Respiratorio es la causa subyacente de la mayoría de las Bronquiolitis y su infección se asocia con importante morbilidad en los niños más pequeños. Existe una alta carga de la enfermedad tanto en los países desarrollados y en desarrollo. El Virus Sincitial Respiratorio (VSR) es una infección común en la infancia, casi todos los niños afectados serán menores de dos años de edad. Aproximadamente el 0,5% a 2,0% de todos los niños son hospitalizados con enfermedad del tracto respiratorio inferior, de los cuales entre el 50% y el 90% tienen Bronquiolitis y entre el 5% y el 40% tienen Neumonía. La morbilidad y mortalidad son más altas en niños con infección nosocomial y en aquellos individuos con enfermedades tales como enfermedades pulmonares crónicas y cardíacas. (11)

Evitar las recaídas es importante ya que alrededor de un 20 o un 25 por ciento de los niños padece más de tres episodios de enfermedad respiratoria inferior al año, lo que se podría considerar asma del lactante. De éstos, un 20 por ciento termina por desarrollar asma, en especial los que presentan antecedentes asmáticos o alérgicos en la familia.

La falta de pruebas claras de su manejo terapéutico, ha llevado a la realización de numerosos estudios que solo han mostrado importante variación en el tratamiento de la Bronquiolitis aguda en todo el mundo, incluyendo el uso de diferentes broncodilatadores (agonistas  $\beta_2$ , la adrenalina, anticolinérgicos) y esteroides. Parte de esta variación puede atribuirse a diferente estado de gravedad de la enfermedad o a diferentes escenarios de atención y ubicación geográfica.

Hasta el momento no existe suficiente evidencia en el manejo de la Bronquiolitis mediante terapia homeopática, la mayoría de los estudios se han realizado en series de niños con enfermedad del tracto respiratorio superior o enfermedad respiratoria recurrente, sin embargo se cuenta con una gran experiencia por parte de los médicos homeópatas quienes reportan buenos resultados, que incluye pronta recuperación así como prevención de secuelas.

Ensayos de equivalencia sugieren que, en atención primaria, el tratamiento homeopático no es inferior al tratamiento convencional. Un gran número de estudios observacionales y ensayos clínicos realizados con la metodología correcta, sin alterar el marco del tratamiento son necesarios antes de sacar conclusiones sobre la aplicación de la homeopatía para enfermedades específicas. (12)

Este trabajo fué realizado por una médica especialista en Pediatría aspirante al título de Magister en Medicina alternativa con énfasis en Homeopatía con asesoramiento de un tutor docente del Departamento de pediatría de la Universidad Nacional de Colombia y de una cotutora docente adscrita al Departamento de Medicina Alternativa, Magister en Homeopatía.

El grupo de evaluadores externos estuvo compuesto por:

Dra. María Cristina Angulo, Pediatra, Magister en Medicina Alternativa, área de Homeopatía.

Dra. Luisa Fernanda Benítez Epidemióloga externa, Magister en Medicina Alternativa, área de Homeopatía.

Dra. Mónica Fuentes, Pediatra y Epidemióloga externa

Para la realización del trabajo se utilizaron los siguientes recursos, su financiación total, estuvo a cargo de la maestrante.

Computador portátil.	\$ 1.000.000
Software de Repertorización.	\$ 800.000
Recursos bibliográficos y de papelería	\$ 400.000
Internet	\$ 200.000
Honorarios de expertos externos	\$ 4.500.000
Otros gastos adicionales	\$ 400.000
<b>Total presupuesto</b>	<b>\$ 6.700.000</b>

## 7.2 Fase de adaptacion

### 7.2.1 Módulo alcance de objetivos

#### 7.2.1.1 Preguntas específicas. *Existen guías o debe realizarse una nueva?*

Dentro de la búsqueda realizada sobre guías de práctica clínica en homeopatía

en junio de 2010 se enviaron e-mails a distintos hospitales reconocidos en la práctica homeopática como son el **London Homeopathic Hospital** (<http://www.uclh.nhs.uk/Contact+UCLH/>), el **Hospital Homeopático de Glasgow** ([carolanderson@dial.pipex.com](mailto:carolanderson@dial.pipex.com), [hom-inform@dial.pipex.com](mailto:hom-inform@dial.pipex.com), [www.adhom.org](http://www.adhom.org), <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](mailto:celina.martinez@salud.gob.mx), [consuelo.carrillo@salud.gob.mx](mailto:consuelo.carrillo@salud.gob.mx)), **Escuela Médica Homeopática Argentina** ([info@escuelapaschero.com.ar](mailto:info@escuelapaschero.com.ar), [escuelamedica@fibertel.com.ar](mailto:escuelamedica@fibertel.com.ar)), pero las respuestas obtenidas no arrojaron resultados positivos en la búsqueda de guías de práctica clínica en homeopatía; (Anexo 1 y 2) por otro lado existen diferentes guías de práctica clínica en pediatría realizados por entidades gubernamentales así como diferentes estamentos científicos (hospitales y sociedades) sobre la Bronquiolitis por lo cual se seleccionó la guía con mejor calidad para realizar la adaptación.

#### **7.2.1.2 Composición del comité organizador.**

- Doctora Gissela León, Pediatra, aspirante a Magister en Medicina Alternativa, área Homeopatía, UNAL,
- Dr. Juan Carlos Bustos, Pediatra Docente del Departamento de Pediatría de la Facultad de Medicina de la UNAL,
- Dra. Gloria Casas. Magister en Medicina Alternativa, área Homeopatía.

### 7.2.2 Cronograma

	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6
Recolección y análisis de la información						
Elaboración del marco teórico						
Elaboración de la guía de práctica clínica						
Evaluación de la guía por grupo de expertos						
Ajustes según recomendaciones del comité de expertos						
Presentación de la guía de práctica clínica						

**7.2.3 Búsqueda y recuperación de las guías.** Se realizó la búsqueda en la literatura de guías de práctica clínica de Bronquiolitis utilizando bases de datos como Pubmed, Medline, Hinari, Cochrane, de acuerdo a la técnica para búsqueda de información en bases de datos médicas de los últimos 20 años, que se encontraran en inglés y español con rango de edad de 0 a 18 años.

**7.2.4 Evaluación de calidad de las guías.** Para este propósito se siguieron las pautas planteadas en el instrumento AGREE, a continuación se hace mención del análisis realizado a las 4 guías con mejor puntaje, el análisis realizado, y su evaluación. (Anexo 2)

**7.2.5 Toma de decisiones.** Luego de realizar la evaluación con el método AGREE, se realizó un análisis de las fortalezas y debilidades de las guías con mejor puntaje teniendo en cuenta su aplicabilidad a nuestro medio y cuya

metodología fuera adecuada para realizar la adaptación para finalmente elegir la guía que se sometió a la adaptación. (Anexo 3)

**7.2.6 Management of first time episode Bronchiolitis in infants less than one year of age. Evidence-Based Care Guideline. Cincinnati Children's Hospital Medical Center, 2010.** Las guías de Cincinnati aportan sólidas recomendaciones de beneficio y eficacia en cuanto a las distintas terapias para Bronquiolitis, muchas actualmente se llevan a cabo, sin embargo resultan no beneficiosas, o su eficacia aún no está comprobada. Estas guías además obtuvieron el mayor puntaje mediante la calificación con el método AGREE para guías de práctica clínica, por lo cual se, consideró esta guía como un verdadero instrumento útil y una pauta fiable para orientar el manejo de la Bronquiolitis en la práctica clínica.

**7.2.7 Academia Americana de Pediatría: Diagnóstico y tratamiento de Bronquiolitis.** Las guías de la Academia Americana de Pediatría no pretenden ser un patrón de conducta a seguir en el manejo de la Bronquiolitis en pediatría, aportan distintos niveles de recomendación para que el profesional de la salud oriente el manejo de esta patología en la clínica. Las recomendaciones están formuladas de forma clara y concisa y queda establecida la relación riesgo o costo beneficio con cada una de ellas. Las recomendaría para leer, sin embargo obtuvieron un puntaje muy bajo en la calificación mediante el instrumento AGREE.

**7.2.8 Cochrane: tratamiento de la Bronquiolitis en niños: una visión general de revisiones.** El artículo de Cochrane es una revisión sistemática de la literatura basada en la evidencia, debido a ello y a pesar de que aporta variedad de resultados a partir de los estudios analizados, otorga recomendaciones vagas, que pese a tener las referencias respectivas de datos estadísticos que las rechazan o les dan soporte, no es muy claro el nivel de aplicación ni el beneficio en la práctica clínica.

**7.2.9 Bronchiolitis in children: a national clinical guideline SIGN (Scottish Intercollegiate Guideline Network).** De acuerdo al instrumento AGREE se podría recomendar esta guía pero con modificaciones.

**7.2.10 Módulo de personalización.** Se revisaron la Guías de práctica clínica disponibles en los hospitales pertenecientes a la red de la Secretaría distrital de Salud de Bogotá, así como las Guías de la sociedad colombiana de Neumología Pediátrica para conocer lo que se recomienda para nuestra población, se realizaron los ajustes necesarios de acuerdo a la actualización de la bibliografía con guías de práctica clínica internacionales y se creó el módulo de homeopatía mediante la modalización de los principales síntomas clínicos (semiología) y mentales observados en los pacientes hospitalizados por Bronquiolitis de acuerdo a los diferentes grupos etáreos: neonatos (30 a 45 días de vida ) y lactantes (2 a 12 meses) y su posterior repertorización para incluir los medicamentos más recomendados para cada paciente.

## **7.3 Fase final**

**7.3.1 Módulo de revisión externa, consultas y representación.** Se propone realizar la actualización de la siguiente Guía de Práctica Clínica cada 3 años de acuerdo a la evidencia disponible, siguiendo metódicamente los pasos citados en este trabajo para realizar la adaptación. Esta revisión será realizada por la autora o por un nuevo grupo de realizadores que en su momento la utilicen en su práctica clínica. Este trabajo de grado se encontrará disponible en físico y en medio magnético en la Biblioteca Central de la Universidad Nacional de Colombia. La bibliografía puede ser consultada al finalizar el documento.

**7.3.2 Módulo de producción final.** Se da a conocer la guía adaptada

## 8. Guía integral de manejo bronquiolitis en niños menores de 1 año

**NOTA:** las siguientes recomendaciones son resultado de la revisión de la literatura y las prácticas vigentes al momento de su realización, no constituyen obligación alguna de seguimiento y requieren la valoración específica y única de las necesidades de cada paciente; la adherencia a esta guía es voluntaria. El médico debe tomar la mejor decisión basada en las circunstancias particulares de cada paciente y priorizar cada procedimiento específico.

### **NIVELES DE EVIDENCIA**

- I. Al menos un experimento aleatorizado o un metanálisis de alta calidad*
- II. 1. Estudios experimentales no aleatorios, pero adecuados en otros aspectos*
  - 2. Estudios observacionales (cohortes concurrentes y casos y controles ojalá múltiples y de diversos centros)*
  - 3. Estudios con controles históricos (antes y después), múltiples series de tiempo, series de casos*
- III. Opinión de autoridades respetadas, basada en experiencia clínica, no cuantificada, en informes de grupo de expertos o en ambos*

### **GRADOS DE RECOMENDACIÓN**

- A. Hay buena evidencia (nivel I) que apoya incluir la intervención o la prueba en el cuidado de los pacientes*
- B. Hay evidencia regular (nivel II-1 a II-2), que apoya incluir la intervención o la prueba en el cuidado de los pacientes*
- C. Hay evidencia pobre (niveles II-3 y III) para emitir una recomendación*
- D. Hay evidencia buena (nivel I) que apoya no incluir la intervención o la prueba en el cuidado de los pacientes*



**POBLACION OBJETIVO**

- Niños menores de 1 año con primer episodio de Bronquiolitis.

**POBLACION EXCLUIDA**

No se recomienda para los niños:

- Con antecedentes de fibrosis quística (FQ)
- Con antecedentes de displasia broncopulmonar (DBP)
- Con inmunodeficiencias
- Ingresados en una unidad de cuidados intensivos (UCI)
- Que requieren soporte ventilatorio que compliquen su atención.

**USUARIOS**

- El personal que atiende al paciente
- Médicos generales, pediatras y homeópatas

**INTRODUCCION**

*Las referencias entre paréntesis (). Grado de recomendación [].*

La enfermedad respiratoria aguda (ERA) es causa frecuente de morbilidad y mortalidad en la población colombiana menor de 5 años, el grupo más sensible es el de los menores de 2 años. En Bogotá las épocas de mayor riesgo de enfermar y morir por ERA son los periodos entre Abril - Junio y Octubre - Noviembre por la incidencia de lluvias y el aumento de las consultas de urgencias por enfermedades respiratorias debido a la mayor circulación y concentración de virus respiratorios en la atmósfera. La Bronquiolitis es una de las causas más comunes de consulta en los servicios de urgencias y consulta externa de los hospitales de Bogotá. (13)[C]

La Bronquiolitis es una enfermedad inflamatoria aguda del tracto respiratorio inferior, como resultado de la obstrucción de las vías aéreas pequeñas.

Se inicia por la infección de la parte superior de las vías respiratorias por cualquier virus durante una temporada (PICO EPIDEMIOLOGICO). El virus responsable de la Bronquiolitis con mayor frecuencia es el Virus Sincitial Respiratorio (VSR), (13)[C] este virus también es responsable de una presentación más grave de esta enfermedad. (14)[B] (15)[B]

La Bronquiolitis es la causa número uno de las hospitalizaciones en los niños menores de un año de edad en Estados Unidos, un estudio de Ucrós y cols. demostró que el pico de Bronquiolitis por VSR en Bogotá, se presenta en épocas de mayor precipitación pluvial y su incidencia máxima se encuentra entre los 3 y 6 meses de edad y afecta preferiblemente a varones. (13)[C] El costo anual relacionado con hospitalizaciones por Bronquiolitis en Estados Unidos en el año 2002 fue \$543 millones, con un costo promedio de \$3.799 por cada hospitalización (16)[B] basados en las hospitalizaciones de 1,4 millones de pacientes, días de hospitalización y 718.008 consultas en el servicio de urgencias. La duración promedio de hospitalización en Estados Unidos es de 3,9 días, en Bogotá es aproximadamente de 5 días (Informe epidemiológico Secretaría Distrital de Salud de Bogotá 2007). Las muertes infantiles asociadas al VSR son por lo menos 400 por año en los EE.UU, aproximadamente 1 a 2%.

Los factores de riesgo de muerte por Bronquiolitis son la prematurez, el bajo peso peso, la raza negra, la edad materna joven, y el tabaquismo durante el embarazo. La mayoría de los niños que se recuperan de Bronquiolitis no desarrollarán secuelas, sin embargo, se han reportado episodios posteriores de sibilancias en los niños mayores que se hospitalizan por Bronquiolitis; (17)[B] sin embargo todavía no se sabe, si la Bronquiolitis por VSR por sí misma, predispone para el desarrollo de episodios de respiración sibilante posteriores.(18)[B] (19)[B]

La Bronquiolitis típica en los niños es una infección viral autolimitada, que es poco modificada por métodos diagnósticos agresivos, el uso de antibióticos u otros tratamientos (20)[B] varios estudios sobre el uso de guías clínicas para el tratamiento de la Bronquiolitis han mostrado una reducción en la utilización de recursos innecesarios con racionalización en la atención médica de estos niños. (21)[B]

Los factores de riesgo que aumentan la probabilidad de enfermar por Bronquiolitis son:

- Asistencia a guarderías
- Presencia de hermanos mayores cuando comparten habitación
- Falta de alimentación materna
- Estrato socioeconómico bajo

- Hábito de fumar en los padres
- Bajo peso al nacer
- Sexo masculino
- Época epidémica
- Menores de 1 año
- Hacinamiento
- Medio urbano
- Patología respiratoria neonatal (22)[C]

### **OBJETIVOS**

- Evitar el uso innecesario de los estudios de diagnóstico.
- Reducir el uso de medicamentos y terapia respiratoria sin mejoría observada.
- Disminuir la tasa de hospitalización.
- Disminución de la tasa de infección nosocomial.
- Mejorar el uso de las actividades de supervisión
- Mejorar la estancia hospitalaria.
- Construir un instrumento de integración en el manejo de Bronquiolitis de acuerdo a los principios homeopáticos y los conocimientos médicos alopáticos.

### **RECOMENDACIONES DE LA GUÍA**

#### **8.1 Prevención**

La prevención de la hospitalización y la morbilidad son una prioridad alta en esta infección. Los niños menores de tres meses, los bebés prematuros (<35 semanas de gestación), y los niños con enfermedad pulmonar crónica, cardiopatías congénitas, o síndromes de inmunodeficiencia con diagnóstico de Bronquiolitis pueden tener un riesgo particular de ser hospitalizados y la morbilidad es mayor. (23)[B]

## 8.1.1 Medidas de prevención

### 8.1.1.1 En la comunidad

Se recomienda que las medidas para evitar la Bronquiolitis aguda se revisen con los padres de los recién nacidos al ser dados de alta del hospital y en las visitas de control en los primeros años de vida. Estas medidas específicas incluyen:

- Énfasis en el lavado de manos en todos los ámbitos (24)[B]  
Eliminar la exposición al humo del tabaco, el humo en general o la contaminación (24)[B]
- Limitar la exposición a los ambientes o hermanos contagiosos (por ejemplo, guarderías) (23)[B]
- Los beneficios de protección de la lactancia materna exclusiva mínimo durante 6 meses (23)[B] (24)[B]
- Las terapias de medicina preventiva, tales como Palivizumab (Synagis ®, MedImmune), pueden ser considerados para pacientes seleccionados de alto riesgo (25)[A]

*Nota: a pesar que Palivizumab ® (Synagis, MedImmune) ha demostrado reducir las tasas de hospitalización sin dejar de ser seguro, su uso no ha demostrado ser costo efectivo para todos los niños, debido al alto costo de la medicación y la tasa de mortalidad persistentemente baja asociada con la Bronquiolitis por VSR (26)[B]*

### 8.1.1.2 En el Hospital

Para pacientes con Bronquiolitis diagnosticada, se recomienda implementar las medidas de aislamiento respiratorio de contacto para la protección de todos los pacientes de las infecciones nosocomiales. (27)[B]

*Nota: las gotas de saliva (del ambiente o presentes en las manos) son el principal modo de transmisión de la infección nosocomial durante la temporada de pico de enfermedades respiratorias en el servicio de neonatología y pediatría, lo que sugiere que el control eficaz de la infección depende de la implementación de*

*medidas de control de infecciones con el respectivo conocimiento y cumplimiento de las normas frente a los riesgos de infección nosocomial para los pacientes y el personal hospitalario. (27)[B]*

## **8.2 Evaluación y diagnóstico:**

El diagnóstico de Bronquiolitis y su severidad se basa en la interpretación hecha por el médico de los signos y síntomas característicos y no depende de ninguna prueba de diagnóstico específica. (28)[A] Los lactantes con Bronquiolitis aguda pueden presentarse con una amplia variedad de síntomas clínicos y la gravedad va desde infección respiratoria superior leve hasta inminencia de falla respiratoria. Se recomienda que la historia clínica y el examen físico sean la base para el diagnóstico de Bronquiolitis. (24)[B]

Los criterios diagnósticos de Bronquiolitis incluyen, pero no se limitan a lo siguiente:

- Enfermedad del tracto respiratorio superior y / o rinorrea previa
- La exposición a las personas con infección viral de las vías respiratorias superiores
- Signos de enfermedad respiratoria que puede incluir los siguientes síntomas comunes de las vías respiratorias: taquipnea, cianosis, retracciones intercostales, aleteo nasal, dificultad para respirar, sibilancias y baja saturación de oxígeno.

La mayoría de los casos de Bronquiolitis son leves y no requieren hospitalización. (22)[C]

## **8.3 Manejo general:**

El manejo básico de la Bronquiolitis típica está basado en la implementación de terapias que aseguren la estabilidad clínica del paciente, una adecuada oxigenación e hidratación. Los principales beneficios de la hospitalización de los niños con Bronquiolitis aguda son: (24)[B]

- El control cuidadoso de la situación clínica,
- Mantenimiento de la vía aérea (drenaje de secreciones, la aspiración de moco)

- El mantenimiento de una hidratación adecuada
- Educación de los padres.

### **8.3.1 Monitoreo:**

Se recomienda repetir la evaluación clínica, ya que este es el aspecto más importante para determinar un deterioro del estado respiratorio.

Se recomienda tener en cuenta el monitoreo de frecuencia cardiaca y respiratoria en los pacientes hospitalizados durante la etapa aguda de la Bronquiolitis, cuando el riesgo de apnea o bradicardia es mayor.

*Nota 1: Los bebés prematuros, y los niños con enfermedades crónicas asociadas están predispuestos a presentar apnea del sueño, los niños con un episodio de apnea presenciada, y los bebés de menos de tres meses de edad que contraen este virus tienen un riesgo especial de complicaciones graves como la apnea y la ventilación mecánica, no hay suficientes datos disponibles para cuantificar con precisión otros riesgos diferentes a la apnea atribuibles a la infección por VSR. (29)[A]*

*Nota 2: Varios estudios han reportado progresión severa de la enfermedad en los niños con Bronquiolitis que se presentan con baja saturación de oxígeno al ingreso. (30)[A]*

## **8.4 Manejo homeopático:**

Aunque la Bronquiolitis no se trata con medicamentos, la homeopatía constituye una terapia complementaria muy valiosa. Un estudio realizado a 529 niños entre 2002 y 2003 reveló que la homeopatía afecta de manera positiva a los niños aquejados de la enfermedad. No sustituye el tratamiento pero sí, limita las complicaciones y el riesgo de recidiva. (31)[C]

No se ha demostrado que ningún tratamiento farmacológico alopático utilizado en la Bronquiolitis aguda sea capaz de alterar de manera importante el curso natural de la enfermedad, sin embargo el tratamiento homeopático puede ser muy útil para superar el episodio agudo, así como para prevenir las recidivas cuya intensidad y características son variables.

Las investigaciones realizadas sobre homeopatía en Bronquiolitis, demuestran que el tratamiento homeopático en la Bronquiolitis disminuye el número de complicaciones y la frecuencia de las recidivas, con una menor prescripción de antibióticos y corticoides. (31)[C]

Los tratamientos homeopáticos deben estar adaptados a cada paciente respetando el principio de la individualidad y de la similitud, y dependerá de la modalidad de los síntomas para elegir el medicamento. (31)[C]

*Nota 1: El tratamiento homeopático de las enfermedades respiratorias (asma, alergia, Infecciones respiratorias recurrentes) se asoció con una reducción significativa en el uso y los costos de los fármacos convencionales. Los costos de la terapia homeopática son significativamente más bajos que los de la terapia farmacológica convencional. (32)[B]*

*Nota 2: Las afirmaciones hechas acerca de los efectos clínicos de la homeopatía son controvertidos. Los resultados de varios meta-análisis de ensayos clínicos son positivos, pero no en general para poner de relieve las condiciones médicas específicas que responden bien a la homeopatía. La evidencia disponible pone en evidencia la necesidad de una investigación dirigida más y mejor en homeopatía. (33)[B]*

*Nota 3: Los resultados de los experimentos de la investigación en ciencias básicas pueden fortalecer nuevos ensayos clínicos que investigan los tratamientos complementarios para las enfermedades infecciosas. Sin embargo, todos los experimentos revisados esperan la replicación y no hay ninguna conclusión clara que se pueda extraer con respecto a la transferibilidad de los resultados in vitro en los resultados in vivo. (34)[B]*

*Nota 4: Por el momento la demostración en ensayos clínicos realizados en homeopatía es positiva pero insuficiente para extraer conclusiones definitivas (35)[B]*

Ver anexo 1: Propuesta de manejo de Bronquiolitis aguda de acuerdo a características mentales predominantes y grupo de edad

## 8.5 Oxígeno y medicamentos:

Se recomienda la administración de oxígeno suplementario cuando la saturación de oxígeno es inferior a 90% a la altura de Bogotá (> 2000 mts. Sobre el nivel del mar) y considerar el destete de oxígeno cuando la saturación es superior a 94%.(24[B])(36)[C]

*Nota: No hay suficiente evidencia para determinar cuál es el mejor método de suministro de oxígeno no invasivo para ser utilizado en el tratamiento de la hipoxemia en los niños con infecciones del tracto respiratorio inferior. Los factores a considerar a la hora de elegir un método de suministro de oxígeno incluyen:*

- *Eficacia*
- *La seguridad del paciente*
- *La tolerancia del paciente*
- *Ajuste anatómico*
- *La disponibilidad y costos. (37)[A] (38)[B]*

Se recomienda considerar de manera individual realizar una nebulización ensayo con Epinefrina o Salbutamol, cuando haya antecedentes de alergia, asma o atopia en la familia. (24)[B]

Ver anexo 2: medicamentos en aerosol y dosis para inhalación de prueba.

*Nota 1: Se considera que solo si después de la nebulización de ensayo hay mejoría se debe continuar esta terapia. En un estudio, se evidenció que se continúan utilizando las terapias de inhalación en un 50% (Servicio de Urgencias y hospitalización) a pesar de haberse documentado la falta de respuesta a la terapia, exponiendo al paciente a una terapia innecesaria elevando los costos. (39)[B]*

*Nota 2: La Epinefrina racémica nebulizada demuestra mejoría superior de la fisiología pulmonar a corto plazo en los resultados clínicos comparada con el Salbutamol o placebo. (40)[B]*

## 8.6 Otros cuidados de la vía aérea:

Se recomienda aspirar al niño cuando está clínicamente indicado:

- Antes de los alimentos,
- Cuando lo necesite,
- Antes de cada terapia de inhalación.



*Nota 1: Al medir mejoría del estado clínico, secundaria a los efectos terapéuticos de los medicamentos se deben tener en cuenta las siguientes consideraciones en cuanto a la aspiración de secreciones de las vías aéreas:*

- La aspiración puede mejorar el estado de las vías respiratorias de tal manera que la inhaloterapia no sea necesaria. Por lo tanto, es importante documentar la puntuación clínica pre-y post-aspiración.*
- La aspiración puede mejorar la efectividad de los tratamientos inhalados*
- La aspiración de las fosas nasales pueden proporcionar un alivio de la congestión nasal. (24)[B]*

*Nota 2: Gotas nasales de solución salina normal pueden ser utilizadas previa a la aspiración.*

Se recomienda llevar a cabo controles de pulso oximetría en lactantes con Bronquiolitis.

*Nota 3: La medición de oximetría continua se ha asociado con un aumento de la media de estancia hospitalaria (41)[B] de 1,6 días (IC 95%: 1,1 a 2,0). (42)[B]*

*Nota 4: Se ha demostrado que existe una gran variabilidad en la manera en que los médicos utilizan e interpretan las lecturas de oximetría de pulso en niños con Bronquiolitis. Esta variabilidad determina mayores preferencias para el ingreso en el hospital y mayor duración de la estancia de los niños ingresados con Bronquiolitis. (41)[B] (42)[B]*

*Nota 5: Se ha documentado la desaturación transitoria de oxígeno en estudios de niños sanos a término y se determinó que esta representa el comportamiento de la respiración normal. (43)[B]*

## **8.7 Educación:**

Se recomienda educar a la familia en los siguientes temas con respecto al cuidado de un niño con Bronquiolitis:

- Acudir a su servicio de salud si se observan los siguientes signos de empeoramiento clínico: Aumento de trabajo respiratorio o frecuencia respiratoria observada, por aumento del uso de los músculos accesorios de la respiración, incapacidad para mantener una hidratación adecuada, empeoramiento de la apariencia general, alteración del curso esperado de la Bronquiolitis incluyendo*

síntomas persistentes que pueden interrumpir el sueño del niño y las rutinas de la familia. (44)[B]

*Nota 1: Se ha demostrado que la duración media de la enfermedad en niños <1 año de edad con Bronquiolitis es de 12 días. (45)[B] Después de 21 días alrededor del 18% al 28% continúan mal. (44)[B] (45)[B]*

• Técnicas adecuadas para la succión de la nariz y la facilitación de la respiración  
Se recomienda educar a la familia en los siguientes temas en materia de prevención de:

- Eliminar la exposición al humo del tabaco
- Limitar la exposición a los lugares y hermanos contagiosos (por ejemplo, guarderías)
- Énfasis en el lavado de manos en todos los ámbitos.

## **8.8 Criterios de admisión:**

Se recomienda que cada paciente sea evaluado de forma individual durante la admisión. Los criterios de admisión siguen siendo un juicio clínico sobre diferentes factores de peso, cómo: (22)[C]

- Dificultad respiratoria, apnea, respiraciones más de 70 por minuto y / o evidencia clínica de aumento del trabajo respiratorio
- El paciente requiere de oxígeno suplementario, saturación de oxígeno menor de 92% a nivel del mar y menor de 90% encima de los 2000 metros de altura
- El paciente requiere una evaluación continua de la clínica de las vías respiratorias y el mantenimiento con aspiración de secreciones nasofaríngeas
- El paciente se deshidrata
- Paciente menor de 2 meses
- Paciente menor de 6 meses incapaz de mantener la alimentación oral en un nivel para evitar la deshidratación o que rechaza la vía oral
- Paciente con alteración del estado de conciencia
- Pacientes con patologías crónicas (Displasia broncopulmonar, Fibrosis quística, Cardiopatía congénita, Inmunodeficiencia, etc).
- Historia de apnea y/o cianosis.
- Los padres o cuidadores no están preparados para brindar atención en casa

- La educación de la familia no está completa
- Los recursos familiares son insuficientes para apoyar el uso de alguna terapia en casa de ser necesario
- Paciente con condición de riesgo social
- Desnutrición
- Prematuro o recién nacido de bajo peso

Los criterios de ingreso a la unidad de cuidados intensivos incluyen:

- Bronquiolitis grave (cianosis generalizada, llanto débil, quejido intenso, esfuerzo respiratorio importante con mínima entrada de aire).
- Bronquiolitis grave que no mejora con beta agonistas.
- Saturación de oxígeno menor a 90% con oxígeno al 40% ( $P_{aO_2} < 60$  mmHg).
- $PCO_2 < 65$  mmHg
- $pH < o$  igual a 7,2 de origen respiratorio o mixto.
- Bradicardia
- Pausas de apnea o apnea con bradicardia y

## 8.9 Criterios de alta:

También los constituyen diferentes tópicos de peso, como:

- Menos de 70 respiraciones por minuto y / o no evidencia clínica de aumento del trabajo respiratorio.
- Los padres pueden despejar las vías respiratorias del bebé con una bomba manual para aspirar secreciones
- La saturación se mantiene  $> 90\%$  en aire ambiente
- El paciente tiene un nivel de alimentación oral adecuado para evitar deshidratación
- Los recursos familiares son adecuados para apoyar el uso de alguna terapia en casa de ser necesario
- El padre o cuidador tiene confianza en que pueden proporcionar atención en el hogar
- La familia completa la educación
- Cuando esté indicado, el servicio de extensión hospitalaria ha sido notificado y autorizado.
- Las citas de control se han programado.

## **8.10 Terapias no recomendadas de forma rutinaria:**

### **8.10.1 Inhalaciones:**

Se recomienda que la inhalación regular o la terapia respiratoria no se utilicen de manera rutinaria ni se repitan si no demostraron mejoría después de la nebulización de prueba. En la mayoría de los casos, el uso de la inhalación y otras terapias no es eficaz para el tratamiento del edema de las vías respiratorias típicas de la Bronquiolitis. (46)[A] (47)[B]

*Nota 1: Algunos casos de Bronquiolitis pueden ser un prelude de asma (48)[B], y varios estudios que utilizan broncodilatadores en niños con Bronquiolitis han demostrado una mejoría de los resultados clínicos, sin embargo, la disminución de las tasas de hospitalización o la mejora en los resultados no han sido consistentes. (46)[A] (49)[B]*

*Nota 2: El deterioro y la desaturación han sido asociados a terapias de inhalación. (50)[B]*

### **8.10.2 Solución salina hipertónica inhalada:**

No se recomiendan nebulizaciones de solución salina hipertónica para el tratamiento de rutina de la Bronquiolitis debido a la evidencia inconsistente en cuanto a su eficacia.

*Nota 1: Los estudios que exploran el uso de solución salina hipertónica en niños con Bronquiolitis no han sido suficientemente homogéneas para validar esta terapia, algunos concluyen que no hay mejoría (51)[B] (52)[B] y otros que reportan mejoría. (53)[A]*

*Nota 2: Teniendo en cuenta la dificultad de distinguir entre el asma y la Bronquiolitis viral en los niños, la posibilidad de broncoespasmo agudo inducida por el uso de solución salina hipertónica sola en los asmáticos sigue siendo una preocupación y merece la atención permanente. (53)[A]*

*Un estudio que analiza el uso de solución salina al 3% sin broncodilatadores tenía una baja tasa global de eventos adversos del 1% (95% intervalo de*

confianza [IC: 0,3%, 2,8%), la tasa de eventos para el broncoespasmo fue del 0,3% (95% IC: 0,01%, 1,6%) ensayos clínicos adicionales son necesarios. (54)[A]

### **8.10.3 Corticosteroides:**

Se recomienda que la terapia con esteroides no se dé de manera rutinaria (como inhalaciones, vía intravenosa, oral o por vía intramuscular) como parte del tratamiento. (55)[A]

*Nota 1: Al comparar los glucocorticoides con placebo, una revisión sistemática reciente, no encontró diferencias de ingresos hospitalarios o, duración de la estancia, o un beneficio en la salud. Resultados de revisión de ensayos de una alta calidad sugieren que la combinación de los glucocorticoides sistémicos (Dexametasona) y broncodilatadores o Epinefrina puede reducir significativamente los ingresos hospitalarios. (55)[A] Se observaron efectos negativos relevantes a corto plazo debido a los esteroides, sin embargo, a largo plazo la seguridad no fue evaluada. Un amplio estudio aleatorizado que analiza el aspecto económico ha demostrado que la Dexametasona con Epinefrina resultó en un ahorro del costo en comparación con placebo o cada componente por separado (56)[B]. La eficacia, seguridad y aplicabilidad de este enfoque no ha sido establecida (55)[A].*

*Nota 2: No hay efecto sobre la prevención de sibilancias post Bronquiolitis cuando se dan corticoides inhalados durante la fase aguda de la Bronquiolitis (57)[A].*

### **8.10.4 Antibióticos:**

Se recomienda que los antibióticos no se utilicen en ausencia de un foco bacteriano identificado. (58)[A] (59)[B]

*Nota1: 2 años de evaluación ambulatoria de niños previamente sanos con fiebre y Bronquiolitis demostró que la ocurrencia de bacteremia es improbable; el riesgo de infección del tracto urinario también es pequeño (<2%) (60)[B]. Si se utilizan antibióticos, tenga cuidado y considere los posibles efectos secundarios, el costo y el aumento de la resistencia bacteriana a los antibióticos (58)[A].*

### **8.10.5 Otros medicamentos:**

No se recomiendan los siguientes medicamentos en el tratamiento de la Bronquiolitis debido a que los beneficios no han sido suficientes ni coherentes como terapias de apoyo y requieren estudios adicionales:

- Los anticuerpos (inmunoglobulinas) (61)[A]
- Montelukast (Singulair ®) (62)[B] (63)[B]
- Desoxirribonucleasa humana recombinante (64)[B]
- Furosemida inhalada (65)[B]

### **8.10.6 Medicamentos de venta libre:**

Se recomienda que los antihistamínicos por vía oral, descongestionantes y vasoconstrictores nasales no sean utilizados para la terapia de rutina debido al riesgo potencial para la vida por sus efectos secundarios potencialmente mortales (66)[B], y la falta de eficacia demostrada. (67)[A]

*Nota 1: El 17 de enero de 2008, la FDA emitió un advertencia al público titulado: La FDA recomienda que los medicamentos para la tos y el resfriado no se utilicen en niños menores de dos años de edad debido a los graves y potencialmente mortales efectos secundarios. (68)[C]*

*Nota 2: Una encuesta de los padres y los médicos en una comunidad del Medio Oeste de USA encontró que a pesar de las advertencias de seguridad y la notable falta de eficacia de estos medicamentos para reducir la tos o la congestión en los niños con infecciones del tracto respiratorio superior e inferior, los padres siguen dando a sus hijos medicamentos para la tos y para el resfriado. Esto puede deberse a la falta de conocimiento de la recomendaciones de la FDA (69)[B] o confusión en la etiqueta y puede contribuir a la morbilidad y mortalidad en la niñez.*

*Nota 3: La educación de los padres puede incluir información sobre los medicamentos de venta libre para el resfriado y la tos que no se recomiendan en este grupo de edad: (67)[A] (68)[C]*

## 8.11 Otras terapias de apoyo respiratorio:

Se recomienda que otras terapias de cuidado respiratorio no se utilicen de manera rutinaria, ya que no han demostrado ser útiles (24)[B], estos incluyen:

- La terapia con aerosol de solución salina
- Fisioterapia torácica (70)[A]

## 8.12 Estudios diagnósticos:

No se recomienda que los estudios diagnósticos (aspirado nasofaríngeo para VSR, la radiografía de tórax, cultivos, gases capilares o arteriales, pruebas rápidas para detectar Influenza u otras pruebas virológica rápidas) se realicen de forma rutinaria para determinar el estado de la infección viral o para descartar infección bacteriana grave. Estos estudios generalmente no son útiles y puede dar lugar a mayores tasas de hospitalizaciones innecesarias. (27)[B] (71)[B] Solamente serán tomados como parte es estudio de vigilancia epidemiológica según requerimientos de las autoridades de Salud.

*Nota 1: Para los lactantes con Bronquiolitis típica la omisión de la radiografía disminuye los costos sin comprometer la precisión diagnóstica. (72)[B] La radiografía de tórax está indicada cuando el diagnóstico de la Bronquiolitis no está claro. (28)[A]*

*Nota 2: En los niños muy pequeños seleccionados, el establecimiento de una fuente de contagio a través de las pruebas virales rápidas puede prevenir estudios diagnósticos adicionales innecesarios (28)[A]*

## 8.13 Anexos de la guía:

### 8.13.1 Anexo 1. Guía de manejo homeopático de la Bronquiolitis.

Siempre se debe consultar al médico para realizar cualquier tratamiento y nunca se debe recurrir a la automedicación. Manténgase en contacto con su pediatra de cabecera para el correcto seguimiento del paciente evitando a tiempo las posibles complicaciones. Se realizará la respectiva toma del caso con la consignación

detallada de la sintomatología del paciente así como de su temperamento, estado de ánimo y nivel de actividad, se realizara la modalización y jerarquización de estos síntomas para llegar al diagnóstico medicamentoso. En pediatría se recomienda el uso de medicamento diluido o en presentación de glóbulos.

### Síntomas repertorizados

#### 1. PERIODO NEONATAL

- Somnolencia: sueño, duermese fácilmente, en general sueño, somnolencia, despertarse después de, duermese otra vez
- Hiporexia: Estómago, apetito, apetencia sin en general
- Apnea: Respiración, detenida, súbitamente niños  
Respiración, detenida, tosiendo  
Respiración, detenida, en general
- Aleteo nasal:  
Nariz, movimiento de las alas, abanico como  
Nariz, movimiento de las alas, en neumonía  
Clínica, Bronquiolitis, con aleteo nasal, en general
- Tirajes intercostales:  
Pecho, tiraje, en el tórax  
Respiración difícil, en niños
- Cianosis:  
Piel, decoloración, azulada, niños pequeños, bebes, en general
- Sibilancias espiratorias:  
Respiración, sibilante, en general

LYC	8/ 13
CALC	6/ 7
LACH	5/ 7
PHOS	5/ 7
SULPH	5/ 7
ARS	4/ 8
NUX-M	4/ 8
ALUM	4/ 7
BRY	4/ 7



## 2. PERIODO DE LACTANTE:

- Somnolencia:
  - Sueño, duérmese fácilmente, en general
  - Sueño, somnolencia, despertarse después de, duérmese otra vez
- Hiporexia: Estómago, apetito, apetencia sin en general
- Apnea: Respiración, detenida, súbitamente niños
  - Respiración, detenida, tosiendo
  - Respiración, detenida, en general
- Aleteo nasal: Nariz, movimiento de las alas, abanico como
  - Nariz, movimiento de las alas, en neumonía
  - Clínica, Bronquiolitis, con aleteo nasal, en general
- Tirajes intercostales: Pecho, tiraje, en el tórax
  - Respiración difícil, en niños
- Cianosis: Piel, decoloración, azulada, niños pequeños, bebes, en general
- Sibilancias: Respiración, sibilante,
- Rinorrea: Nariz, secreción blanco-amarillenta
  - Nariz, secreción, copiosa
- Tos seca paroxística:
  - Tos, paroxística, ininterrumpidos paroxismos
  - Tos paroxística, en general
  - Tos, seca, niño se pone tieso y cara se pone azul
  - Tos seca en general
  - Tos seca, espasmódica, agotadora, especialmente en niños
- Tos húmeda: Tos floja, expectoración sin

LYC	12/20
CALC	11/17
CUPR	9/20
SULPH	9/17
PHOS	9/16
ARS	8/19
PULS	8/18
NAT-M	8/17
NUX-V	8/16

- Irritabilidad (sustituyendo somnolencia):
  - Sueño, interrumpido

Mentales, angustia, catarro del pecho, el niño se revuelca en la cama

Mentales, angustia coqueluche durante

Mentales, angustia con disnea en general

Mentales, angustia en niños en general

Mentales, irritabilidad, estando enfermo en general

Mentales, irritabilidad, duerme no ni de día ni de noche

Mentales, irritabilidad, en niños cuando está enfermo.

LYC	12/ 21
CALC	12/ 20
ARS	11/ 24
NUX-V	10/ 19
SULPH	10/ 18
PHOS	10/ 17
CUPR	9/ 20
PULS	9/ 20
NAT-M	9/ 18

- Congestión nasal:

Nariz, congestión acuosa con descarga

Nariz, catarro, en general

Nariz, coriza, niños en, ruido nasal al respirar, con (por el moco)

Nariz, coriza, tos con

CALC	15/ 26
LYC	14/ 26
ARS	13/ 29
NUX-V	13/ 27
SULPH	13/ 24
PHOS	12/ 21
PULS	11/ 26
CUPR	11/ 23
NAT-M	11/ 23

- Se retira el rubro apnea:

CALC	13/ 23
LYC	12/ 22
ARS	11/ 25
NUX-V	11/ 23
SULPH	11/ 21
PHOS	10/ 18
PULS	9/ 23
NAT-M	9/ 21
CUPR	9/ 17

- Dificultad para respirar, polipnea:

Respiración, difícil, niños

Respiración, acelerada, en general

CALC	15/ 25
LYC	14/ 26
ARS	12/ 28
NUX-V	12/ 25
SULPH	12/ 24
PULS	11/ 27
PHOS	11/ 21
NAT-M	10/ 23
CUPR	10/ 20

### 8.13.2 Materia médica en Bronquiolitis:

A continuación se hace una breve descripción de los medicamentos más útiles en el tratamiento de la Bronquiolitis, tanto los anteriormente repertorizados como aquellos utilizados en la práctica de homeopatía clínica.

**Lycopodium clavatum:** Su núcleo mental es la falta de confianza en sí mismo, con tropismo especial en hígado, aparato digestivo, riñones, aparato urogenital, piel y mucosas y sistema nervioso, a nivel respiratorio encontramos síntomas como obstrucción nasal ruidosa, no puede respirar por la nariz y apenas lo consigue por la boca, peor de noche, secreción purulenta especialmente en lactantes y recién nacidos, que se frotan la nariz durmiendo o al despertar sobresaltados, aleteo nasal cuando hay disnea en neumonías u otras afecciones

pulmonares agudas, cuadro de neumopatía derecha, disnea con aleteo nasal, tos seca que empeora entre las 16 a 20 horas, con afectación del estado general y estupor; ronquera, respiración sibilante con rales ruidosos, tos seca crónica en niños adelgazados, coqueluche, expectoración amarillo grisácea . (76) (77)

**Calcarea carbonica:** Niños calmados, dóciles sin problemas, con tendencia a engordar, lentos en su actuar, con gran sensación de inseguridad, tropismo especial por el metabolismo en general, el tejido óseo y el tejido linfoide, a nivel respiratorio son pacientes con secreción nasal fétida, purulenta, amarilla excoriante , falso croup a repetición, respiración honda, tendencia a enfermedades de los bronquios en invierno o por erupción dentaria, tos seca por la noche y en el día floja, disnea, respiración ruidosa, jadeante, tos por aire frío o frío húmedo, coqueluche, tos seca o con expectoración purulenta amarilla, neumonía en el lóbulo superior derecho, bronquitis, pleuritis. (76) (77)

**Phosphorus:** El temor constituye una de sus principales características mentales, es asustadizo, con una afectividad de marcados contrastes (efusiva o apática), con un gran deseo de compañía; el aparato respiratorio es uno de los puntos de gran acción de Phosphorus se presenta constricción laríngea, irritación laríngea, peor por el aire frío y al hablar, dolor laríngeo peor por la presión, al tocar o al hablar. Laringitis agudas o crónicas. Bronquitis agudas y crónicas Tos seca peor de noche, durante la fiebre o acostado del lado izquierdo, respiración jadeante, ruidosa, estridulosa en la noche al dormirse, superficial (tórax inmóvil). Congestión pulmonar. Absceso pulmonar. Es uno de los más destacados medicamentos en la neumonía (sobre todo derecha) y en la tuberculosis pulmonar. Manchas amarillas en el tórax. (76) (77)

**Lachesis:** Mentalmente tiene la impresión de haber sido abandonado o traicionado, desconfía de los demás, con excesiva locuacidad, coriza seca luego acuosa, epistaxis en la mañana, cara purpúrica o cianótica, falta de apetito, ronquera, voz débil, nasal, falso croup, edema de glotis y cuerdas vocales, tos constante, irritante, seca, corta, que se agrava mientras duerme, tos con expectoración difícil, La respiración se detiene apenas se duerme o durante el sueño. (76) (77)

**Sulphur:** Abstraído o absorto en sus ideas o fantasías, indiferente hacia los demás y hacia el mismo. Puede ser el niño agitado que soporta muy bien una

fiebre alta, con ausencia de sed que tiene calor y se destapa. A nivel respiratorio se ha descrito tos, frecuentes estornudos sobre todo en la mañana y al anochecer; con secreción especialmente a la mañana que puede ser acuosa, excoriente, ardiente; o espesa, amarillenta y fétida; obstrucción (a menudo unilateral) peor en una habitación calurosa, ulceraciones y costras en la mucosa nasal. Sequedad y ardor de la laringe, ronquera en la mañana, la tos lo despierta en la noche, tos seca al anochecer peor acostado, tos floja de día, expectoración mucosa en la mañana verdosa amarillenta, fétida, coqueluche en ataques dobles y sucesivos, disnea al anochecer, necesidad de estar al aire libre, empeora en la habitación, necesidad de respirar profundamente. (76) (77)

**Arsenicum álbum:** Intensa inquietud o agitación con gran desasosiego y ansiedad que lo obliga a cambiar de posición frecuentemente en la cama, con inquietud e irritabilidad durante la fiebre y se torna pasivo únicamente por agotamiento sobre todo después de la medianoche con gran postración a menudo desproporcionada para su enfermedad, sed de pequeñas cantidades, catarro laríngeo que aparece repentinamente, croup, espasmo de la glotis, disnea peor después de medianoche (2 am), le es imposible respirar profundamente y no puede estar acostado porque se agrava la disnea, respiración silbante al anochecer, tos por aire frío al amanecer, expectoración solo de día, edema pulmonar. (76) (77)

**Bryonia alba:** Secreción nasal suprimida o seca, epistaxis al levantarse en la mañana, catarro en el pecho; congestión. Bronquitis; neumonía, especialmente derecha; pleuritis, sobre todo reumática. Tos al respirar hondo o al entrar en una habitación caliente, seca, durante la fiebre, espasmódica, expectoración de mañana estriada de sangre, dolores en el tórax por tos; durante los escalofríos, durante la inspiración; peor por el movimiento, los estornudos y al respirar profundamente; mejor acostado sobre el lado dolorido y por la presión. (76) (77)

**Cuprum metallicum:** Llanto involuntario, por la menor emoción, paroxismos de ansiedad, alterna alegría con depresión, niños atravesados o indiferentes, convulsiones o espasmos musculares violentos, cianosis y frío, coriza violenta con secreción copiosa, ronquera continua, espasmos laríngeos o de glotis al tragar, respiración acelerada, ruidosa, sibilante o estertorosa o detenida, peor al

toser, respiración irregular con sacudidas espasmódicas del diafragma, respiración corta peor por el movimiento mejora acostado, tos paroxística, espasmódica, violenta en accesos prolongados, agotadora peor de las 23 a 1 hs, por aire frío, al tragar, con convulsiones o disnea y violentas palpitaciones, la tos tiene un sonido de gorgoteo (agua al salir de una botella), coqueluche violento con cara cianótica, uñas pálidas ojos vueltos hacia arriba, tose hasta quedar en apnea, rígido, parece muerto, luego vuelve a respirar y vomita, durante los paroxismos elimina expectoración mucogelatinosa o pútrida. (76) (77)

**Pulsatilla:** Niño pasivo, influenciado, dependiente, sumiso, dócil, con sensación de abandono o vulnerabilidad, con extrema variabilidad de sus síntomas, estados contradictorios o alternantes, necesidad excesiva de amor que reclama caricias, paciente agradable con llanto muy fácil, tímido, secreciones oculares espesas copiosas amarillentas no excoriantes, párpados inflamados, secreción nasal suave, verdosa-amarilla, fétida, espesa, sin sed, ronquera caprichosa, laringitis al acalorarse, respiración ruidosa o estertorosa peor durante el sueño que le impide dormir, tos con violentos esfuerzos, al anochecer con secreción solo en la mañana. (76) (77)

**Natrum muriaticum:** Puede presentar estados contradictorios o alternantes, llanto intenso, deseo de soledad, impresión de haber sido abandonado por la persona que ama, se sobresalta fácilmente, irritable especialmente en la mañana o durante la fiebre, coriza abundante durante 1 a 3 días seguida de obstrucción intensa, resfriados que comienzan con estornudos, cara amarillenta, brillante, sed extrema de grandes cantidades, disnea por esfuerzos, tos seca con ruidos en el pecho con expectoración mucosanguinolenta, coqueluche con expectoración solo de día con lagrimeo, expectoración pegajosa, albuminosa, respiración sibilante a la noche en la cama, agitación del pecho estando acostado. (76) (77)

**Nux vómica:** Niños hiperactivos, hipersensibles, se sobresalta fácilmente, irritable, iracundo, colérico, se ofende fácilmente, obstinado, coriza aguda peor por la mañana con secreción acuosa y excoriante que desaparece al aire libre, ojeras, cara pálida, ronquera, no puede hablar en voz alta, disnea con tos, tos seca, espasmódica peor al despertar o después de la media noche hasta el amanecer, por el aire frío, por comer, durante la fiebre, tos seca de noche con

expectoración de día, tos violenta en la mañana antes de levantarse de la cama que mejora con bebidas calientes, coqueluche, bronquitis agudas. (76) (77)

**Ferrum phosphoricum:** Indicado en la primera etapa de todas las afecciones inflamatorias agudas, febriles o no, del árbol respiratorio: rinitis, laringitis, traqueítis, bronquitis, neumonía, pleuritis. Bronquitis en niños. Ronquera o afonía en cantantes o locutores, por exceso de uso de la voz, con dolor, sequedad, ardor e irritación en la laringe; expectora mucus verdoso en trozos grandes, puntadas en el costado derecho del tórax le cortan la respiración, con disnea y tos; peor por toser e inspirar profundamente. Tos seca, espasmódica, muy dolorosa; atormentadora al tocar la laringe; peor al aire libre, acostado y de noche; por cosquilleo en la laringe o tráquea; con ruido de mucosidades en el pecho. (76) (77)

**Eupatorium perfoliatum:** Ronquera a la mañana al levantarse, con dolorimiento y calor en la tráquea y bronquios, peor al toser. Gran opresión, con dolor al respirar hondo y ruidos en el pecho. Disnea con tos seca, sudores y expresión ansiosa (lo asusta la disnea); debe estar acostado casi sentado. Tos al anochecer, que lo sacude, con cara roja y lagrimeo; por tomar frío, ronca, áspera, con sensación de raspado en los bronquios; debe agarrarse el tórax con las manos por el dolor que le produce la tos en el pecho, especialmente intercostales que no le mejoran con la presión, por cosquilleo en el pecho; peor de 2 a 4 horas y acostado de espaldas, mejor arrodillado con la cabeza en la almohada o apoyado en las manos. Tos floja crónica nocturna. Tos precediendo o siguiendo al sarampión. (76) (77)

**Drosera:** Bronquitis severas. Los esfuerzos para expectorar, con la tos, terminan en arcadas y vómitos. Expectoración alternativamente dura y blanda; mucosa; amarillenta, grisácea, verdosa, purulenta; salada o amarga; la traga; hemoptoica, de sangre color rojo vivo o con coágulos negruzcos. Tuberculosis pulmonar. (76) (77)

**Dulcamara:** Cosquilleo laríngeo con tos. Traqueítis con poca tos y expectoración espesa verdosa. Gripe. Bronquitis en niños, por aire frío y húmedo, con sudores nocturnos fétidos. Asma peor en tiempo húmedo y frío, con disnea, tos y ruidos, y copiosa expectoración. Tos por tiempo húmedo y frío o por mojarse o por

cambios de tiempo; debe toser mucho para poder expectorar, sobre todo en niños y ancianos. Tos seca, áspera, ronca o floja, con expectoración mucosa copiosa. Tos como ladrido o jadeante, como coqueluche, peor cada vez que respira hondo. (76) (77)

**Antimonium tartaricum**: Bronquitis capilar y bronconeumonías en bebés: el niño no puede mamar y termina cada intento con gritos, mejor sentado erguido. En todas las afecciones respiratorias agudas, si existen las características ya mencionadas: bronquitis, neumonía, bronconeumonía, pleuroneumonía, de origen gripal u otro; edema agudo de pulmón, atelectasia pulmonar, hepatización pulmonar post neumonía. Neumonía del lado derecho, con ictericia. (76) (77)

### **8.13.3 Anexo No. 2 Dosis de medicamentos para la nebulización de prueba**

#### **Beta2-Agonistas de corta acción:**

- **Salbutamol, solución para nebulizar** (5 mg/mL) 2.5 mg por una dosis, repetir únicamente si se evidencia mejoría. Para una óptima nebulización diluya el medicamento en mínimo 3 cc de e solución salina con un flujo de oxígeno de 6 a 8 litros/minuto.

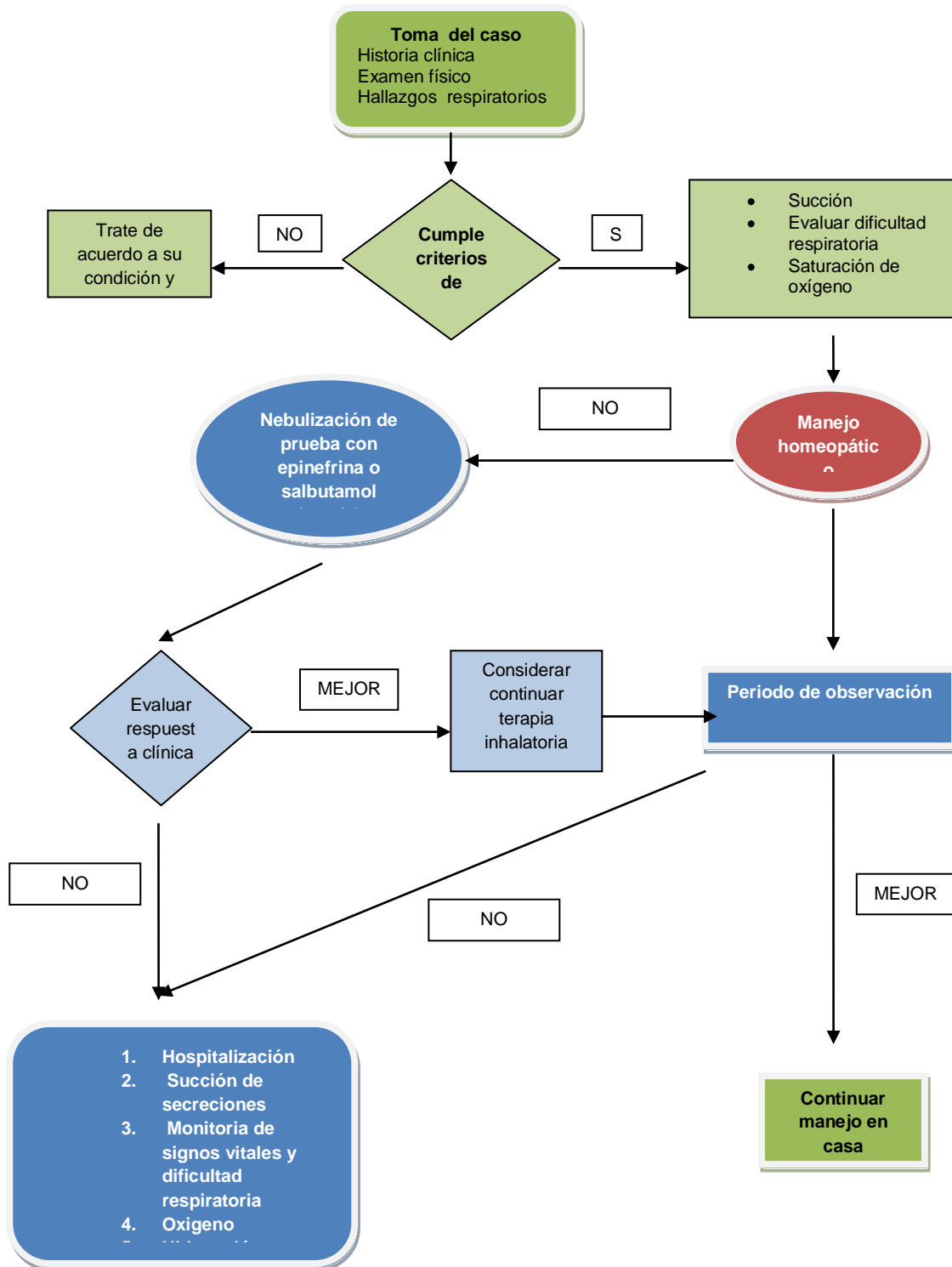
#### **Agonistas Beta Adrenérgicos inhalados:**

- **Epinefrina racémica, solución para nebulizar** (2.25%, 0.5 mL) 0.25 a 0.5 cc para una dosis, repetir solo si se demuestra mejoría clínica cada 1 a 4 horas

### **8.13.4 Anexo 3: Algoritmo de manejo de Bronquiolitis en niños menores de 1 año**



**Figura 2. Manejo de Bronquilitis en niños menores de 1 año**



## **9. Conclusiones y recomendaciones**

Al realizar este trabajo se evidencia la falta de documentación suficiente de las terapias homeopáticas en el manejo de las infecciones de tracto respiratorio inferior especialmente la Bronquiolitis, actualmente varios grupos académicos y de investigación han realizado propuestas para la elaboración de investigaciones de calidad y revisiones bibliográficas que faciliten la elaboración de trabajos como este.

Se evidencia también que no es imposible enfocar y abordar los pacientes pediátricos desde un punto integral e integrador, para ello es necesario tener el conocimiento actualizado y el criterio experto tanto en pediatría convencional como en homeopatía.

Se necesita realizar la validación de esta propuesta de enfoque y manejo del paciente pediátrico c

## **A. Anexo: Carta enviada a los hospitales homeopáticos**

Dear Sirs:

We are Paediatricians and we are doing a Master in Homeopathy at the Universidad Nacional de Colombia. In Colombia to perform in any medical speciality one of the requirements is to have the guides of clinic practice.

As we have decided to elaborate the guides of clinic practice of illness of high frequency in pediatrics, as part of our work for graduation and knowing that you are one of the main institutions with the highest experience in homeopathy We 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,

Gissela León Alvarez

Sandra Ferreira

Pediatricians

Master's Students in Homeopathy

Universidad Nacional de Colombia

You can send your answer to my mail:

[sandraferreirar@hotmail.com](mailto:sandraferreirar@hotmail.com) or [gigile19@hotmail.com](mailto:gigile19@hotmail.com).



## **B. Anexo: Respuestas a los Hospitales Homeopáticos frente a solicitud de información sobre guías de práctica clínica**

### **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 ca Ud. omo 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

## 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](mailto:info@escuelapaschero.com.ar)

[escuelamedica@fibertel.com.ar](mailto:escuelamedica@fibertel.com.ar)

[www.escuelapaschero.com.ar](http://www.escuelapaschero.com.ar)

## 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](http://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](http://www.homeopathy-soh.org) Company Limited by Guarantee. Registered in England No. 1392004

## Respuesta de Tunbrigde 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](http://www.homeopathy-soh.org)

>

> Regards Helios (Judi)



## C. Anexo. Evaluación de guías de práctica clínica seleccionadas con el instrumento

Artículos Dominios	Puntos a evaluar	Academia Americana de Pediatría	Cincinnati Children's Hospital Medical Center 2010.	Cochrane	Scottish Intercollegiate Guidelines Network
Dominio 1	1	2	4	1	7
	2	5	5	5	3
	3	7	7	4	4
Dominio 2	4	5	6	4	6
	5	1	4	3	1
	6	7	7	3	7
Dominio 3	7	5	7	5	4
	8	6	6	5	4
	9	6	7	5	7
	10	4	5	5	1
	11	6	7	2	7
	12	6	6	6	7
	13	2	6	6	5
14	1	1	4	5	
Dominio 4	15	5	6	5	7
	16	7	6	6	7
	17	5	6	1	3
Dominio 5	18	4	6	5	1
	19	5	5	3	4
	21	4	3	3	6
	21	3	5	2	1
Dominio 6	22	2	6	2	1
	23	6	7	2	3
<b>Total</b>		<b>47.9%</b>	<b>89.2%</b>	<b>12%</b>	<b>51.1%</b>



## Bibliografía

1. Ministerio de Protección social, Resolución 1043 de abril 3 de 2006, anexo técnico número 1, [www.saludcapital.gov.co/publicaciones](http://www.saludcapital.gov.co/publicaciones).
2. ADAPTE Colaboración, Guideline adaptation a resource toolkit, [www.adapte.org](http://www.adapte.org), versión 2.0, 2009
3. Hahnemann Samuel, El Órganon de la Medicina Vi edición, Instituto Nacional de México 2 edición, 2001
4. Ambros Julio J., Yahbes Eduardo, Homeopatía para tus hijos 1 edición, Editorial Kier, Argentina, 2002, pp 16-21
5. Abordaje de la Medicina Alternativa como sistema médico complejo en la Universidad Nacional de Colombia, Urrego Mendoza Diana Zulima, Revista Facultad de Medicina Universidad Nacional de Colombia 2010; 58(2): 155-156
6. Lathoud, Materia médica Homeopática, 3 edición, Editorial Albatros, Argentina, 1989
7. Guías de práctica clínica y protocolos en salud, modulo VI, Diplomado de Gerencia en Salud, Facultad de Medicina, Universidad Nacional San LuisGonzaga de Ica, Perú, 2009
8. Barrios Jorge, Bayona Manuel, Correa Florencia, Cubillos Claludia María, Días del Castillo Javier, González Fabio, et al. Doctrina Homeopática, Fundación Instituto Colombiano de Homeopatía Luis G. Páez, Editado por el Instituto, Bogotá, 2005
9. J. Jouanny, J.B. Crapanne, H. Dancer, J.L. Masson, Terapéutica Homeopática, Tomo 1 Posibilidades en patología aguda, Editorial CEDH Internacional, 2000
10. AGREE clolaboration, Appraisal of guidelines research & evaluation, Agree instrument, [www.agreecollaboration.org](http://www.agreecollaboration.org), 2001
11. Paes BA, Mitchell I, Banerji A, Lancot KL, Langley JM. A decade of respiratory syncytial virus epidemiology and prophylaxis: translating evidence into everyday clinical practice. Can Respir J. 2011 Mar-Apr;18(2):e10-9

12. [Bellavite P](#), [Marzotto M](#), [Chirumbolo S](#), [Conforti A](#). Advances in homeopathy and immunology: a review of clinical research. *Front Biosci (Elite ed)*. 2011 Jun 1;3: 1128-1138
13. Asociación Colombiana de Neumología Pediátrica, Bronquiolitis. Guía número 2, Guía de Tratamiento Basada en la evidencia 2003. [www.neumopediatricolombia.com/guias.html](http://www.neumopediatricolombia.com/guias.html)
14. Marguet, C. et al.: In very young infants severity of acute bronchiolitis depends on carried viruses. *PLoS ONE [Electronic Resource]*, 4(2): e4596, 2009, [4a]
15. Corsello, G.; Di Carlo, P.; Salsa, L.; Gabriele, B.; Meli, L.; Bruno, S.; and Titone, L.: Respiratory syncytial virus infection in a Sicilian pediatric population: risk factors, epidemiology, and severity. *Allergy & Asthma Proceedings*, 29(2): 205-10, 2008
16. Pelletier, A. J.; Mansbach, J. M.; and Camargo, C. A., Jr.: Direct medical costs of bronchiolitis hospitalizations in the United States. *Pediatrics*, 118(6): 2418-23, 2006
17. Van Woensel, J. B.; Kimpen, J. L.; Sprikkelman, A. B.; Ouweland, A.; and van Aalderen, W. M.: Long-term effects of prednisolone in the acute phase of bronchiolitis caused by respiratory syncytial virus. *Pediatric Pulmonology*, 30(2): 92-6, 2000
18. Panitch, H. B.: The relationship between early respiratory viral infections and subsequent wheezing and asthma. *Clinical Pediatrics*, 46(5): 392-400, 2007
19. Sigurs, N.: Does bronchiolitis caused by RSV predispose to atopic asthma? *Revue Française d'Allergologie et Evidence-Based Care Guideline For Infants with Bronchiolitis Guideline 1* Copyright © 1996, 1997, 1998, 1999, 2001, 2005, 2006, 2010 Cincinnati Children's Hospital Medical Center; all rights reserved. Page 15 *d'Immunologie Clinique*, 44(7): 573-575, 2004
20. Knapp, J. F.; Hall, M.; and Sharma, V.: Benchmarks for the emergency Department care of children with asthma, bronchiolitis, and croup. *Pediatric Emergency Care*, 26(5): 364-9, 2010
21. Barben, J.; Kuehni, C. E.; Trachsel, D.; Hammer, J.; and Swiss Paediatric Respiratory Research, G.: Management of acute bronchiolitis: can evidence based guidelines alter clinical practice? *Thorax*, 63(12): 1103-9, 2008
22. Ucrós Rodríguez Santiago, Mejía Gaviria Natalia et al; Guías de pediatría práctica basadas en la evidencia, 2 edición, Ed. Panamericana, 2009

23. Koehoorn, M.; Karr, C. J.; Demers, P. A.; Lencar, C.; Tamburic, L.; and Brauer, M.: Descriptive epidemiological features of bronchiolitis in a population-based cohort. *Pediatrics*, 122(6): 1196-203, 2008
24. AAP: Subcommittee on Diagnosis and Management of Bronchiolitis. *Pediatrics*, 118(4): 1774-93, 2006
25. Robinson, K. A.; Odelola, O. A.; Saldanha, I.; and McKoy, N.: Palivizumab for prophylaxis against respiratory syncytial virus infection in children with cystic fibrosis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2), 2010
26. Rackham, O. J.; Thorburn, K.; and Kerr, S. J.: The potential impact of prophylaxis against bronchiolitis due to the respiratory syncytial virus in children with congenital cardiac malformations. *Cardiology in the Young*, 15(3): 251-5, 2005
27. Hall, C. B.: The spread of influenza and other respiratory viruses: complexities and conjectures. *Clinical Infectious Diseases*, 45(3): 353-9, 2007
28. Bordley, W. C.; Viswanathan, M.; King, V. J.; Sutton, S. F.; Jackman, A. M.; Sterling, L.; and Lohr, K. N.: Diagnosis and testing in bronchiolitis: a systematic review. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 158(2): 119-26, 2004
29. Ralston, S., and Hill, V.: Incidence of apnea in infants hospitalized with respiratory syncytial virus bronchiolitis: a systematic review. *Journal of Pediatrics*, 155(5): 728-33, 2009
30. Wang, E. E.; Law, B. J.; and Stephens, D.: Pediatric Investigators Collaborative Network on Infections in Canada (PICNIC) prospective study of risk factors and outcomes in patients hospitalized with respiratory syncytial viral lower respiratory tract infection. *Journal of Pediatrics*, 126(2): 212-9, 1995
31. Cuaderno de homeopatía en pediatría No. 2, La Bronquiolitis del lactante, Laboratorios Boiron, España 2011. <http://medicos.boiron.es/noticias/leermas/65/>
32. Rossi E, Crudeli L, Endrizzi C, Garibaldi D. Cost-benefit evaluation of homeopathic versus conventional therapy in respiratory diseases. *Homeopathy* 2009 Jan;98(1): 2-10.
33. Mathie RT. The research evidence base for homeopathy: a fresh assessment of the literature, *Homeopathy* 2003 Apr; 92: 84-91
34. Jurgen Clausen, Roeland van Wijk, Henning Albrecht; Infection models in basic research on homeopathy; *Homeopathy* 2010, Oct, Issue 4, 263-270

35. Kleijnen, British Homeopathic Journal, 1991; 302-23
36. NAEPP: Expert Panel Report 3 (EPR-3): Guidelines for the Diagnosis and Management of Asthma-Summary Report 2007. [Erratum appears in J Allergy Clin Immunol. 2008 Jun;121(6):1330]. *Journal of Allergy & Clinical Immunology*, 120(5 Suppl): S94-138, 2007
37. Rojas-Reyes, M. X.; Granados Rugeles, C.; and Charry-Anzola, L. P.: Oxygen therapy for lower respiratory tract infections in children between 3 months and 15 years of age. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1), 2009
38. Sung, V.; Massie, J.; Hochmann, M. A.; Carlin, J. B.; Jansen, K.; and Robertson, C. F.: Estimating inspired oxygen concentration delivered by nasal prongs in children with bronchiolitis. *Journal of Paediatrics & Child Health*, 44(1-2): 14-8, 2008
39. Lugo, R. A.; Salyer, J. W.; and Dean, J. M.: Albuterol in acute bronchiolitis--continued therapy despite poor response? *Pharmacotherapy*, 18(1): 198-202, 1998
40. Walsh, P.; Caldwell, J.; McQuillan, K. K.; Friese, S.; Robbins, D.; and Rothenberg, S. J.: Comparison of nebulized epinephrine to albuterol in bronchiolitis. *Academic emergency medicine : official journal of the Society for Academic Emergency Medicine*, 15(4): 305-13, 2008
41. Unger, S., and Cunningham, S.: Effect of oxygen supplementation on length of stay for infants hospitalized with acute viral bronchiolitis. *Pediatrics*, 121(3): 470-5, 2008
42. Schroeder, A. R.; Marmor, A. K.; Pantell, R. H.; and Newman, T. B.: Impact of pulse oximetry and oxygen therapy on length of stay in bronchiolitis hospitalizations. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 158(6): 527-30, 2004
43. Poets, A.; Urschitz, M. S.; and Poets, C. F.: Intermittent hypoxia in supine versus side position in term neonates. *Pediatric Research*, 65(6): 654-6, 2009
44. Robbins, J. M.; Kotagal, U. R.; Kini, N. M.; Mason, W. H.; Parker, J. G.; and Kirschbaum, M. S.: At-home recovery following hospitalization for bronchiolitis. *Ambulatory Pediatrics*, 6(1): 8-14, 2006
45. Petruzella, F. D., and Gorelick, M. H.: Duration of Illness in Infants With Bronchiolitis Evaluated in the Emergency Department. *Pediatrics*, 126(2): 285-290, 2010

46. Gadomski, A. M., and Bhasale, A. L.:Bronchodilators for bronchiolitis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1),2009
47. Gupta, P.; Aggarwal, A.; Gupta, P.; and Sharma, K. K.:Oral salbutamol for symptomatic relief in mild bronchiolitis a double blind randomized placebo controlled trial. *Indian Pediatrics*, 45(7): 547-53, 2008
48. Sigurs, N.:A cohort of children hospitalised with acute RSV bronchiolitis: impact on later respiratory disease. *Paediatric Respiratory Reviews*, 3(3): 177-183, 2002
49. Karadag, B. et al.:Efficacy of salbutamol and ipratropium bromide in the management of acute bronchiolitis--a clinical trial. *Respiration*, 76(3): 283-7, 2008
50. Numa, A. H.; Williams, G. D.; and Dakin, C. J.:The effect of nebulized epinephrine on respiratory mechanics and gas exchange in bronchiolitis. *American Journal of Respiratory &Critical Care Medicine*, 164(1): 86-91, 2001
51. Anil, A. B.; Anil, M.; Saglam, A. B.; Cetin, N.; Bal, A.; and Aksu, N.:High volume normal saline alone is as effective as nebulized salbutamol-normal saline, epinephrine-normal saline, and 3% saline in mild bronchiolitis. *Pediatric Pulmonology*,45(1): 41-7, 2010
52. Grewal, S.; Ali, S.; McConnell, D. W.; Vandermeer, B.; and Klassen, T. P.:A randomized trial of nebulized 3% hypertonic saline with epinephrine in the treatment of acute bronchiolitis in the emergency department. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 163(11): 1007-12, 2009
53. Zhang, L.; Mendoza-Sassi, R. A.; Wainwright, C.; and Klassen, T. P.:Nebulized hypertonic saline solution for acute bronchiolitis in infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4): CD006458, 2008
54. Ralston, S.; Hill, V.; and Martinez, M.:Nebulized Hypertonic Saline Without Adjunctive Bronchodilators for Children With Bronchiolitis. *Pediatrics*, 126(3): e520-525, 2010
55. Fernandes, R., Bialy, LM., Vandermeer, B., Tjosvold, L., Plint, AC., Patel, H., Johnson, DW., Klassen, TP., Hartling, L.:Glucocorticoids for acute viral bronchiolitis in infants and young children [Systematic Review]. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10: 10, 2010
56. Sumner, A. et al.:Cost-effectiveness of Epinephrine and Dexamethasone in Children With Bronchiolitis. *Pediatrics*, 126(4): 623-631, 2010

57. Blom, D. J. M.; Ermers, M.; Bont, L.; van Woensel, J. B. M.; and Van Aalderen, W. M. C.: Inhaled corticosteroids during acute bronchiolitis in the prevention of post-bronchiolitic wheezing. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1), 2009
58. Spurling, G. K. P.; Fonseka, K.; Doust, J.; and Del Mar, C.: Antibiotics for bronchiolitis in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1), 2009
59. Kabir, A. R. M. L.; Mollah, A. H.; Anwar, K. S.; Rahman, A. K. M. F.; Amin, R.; and Rahman, M. E.: Management of bronchiolitis without antibiotics: a multicentre randomized control trial in Bangladesh. *Acta Paediatrica*, 98(10): 1593-9, 2009
60. Purcell, K., and Fergie, J.: Concurrent serious bacterial infections in 912 infants and children hospitalized for treatment of respiratory syncytial virus lower respiratory tract infection. *Pediatric Infectious Disease Journal*, 23(3): 267-9, 2004
61. Fuller, H. L., and Del Mar, C.: Immunoglobulin treatment for respiratory syncytial virus infection. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1), 2009
62. Amirav, I.; Luder, A. S.; Kruger, N.; Borovitch, Y.; Babai, I.; Miron, D.; Zuker, M.; Tal, G.; and Mandelberg, A.: A double-blind, placebo-controlled, randomized trial of montelukast for acute bronchiolitis. *Pediatrics*, 122(6): e1249-55, 2008
63. Zedan, M.; Gamil, N.; El-Assmy, M.; Fayez, E.; Nasef, N.; Fouda, A.; and Settin, A.: Montelukast as an episodic modifier for acute viral bronchiolitis: a randomized trial. *Allergy & Asthma Proceedings*, 31(2): 147-53, 2010
64. Boogaard, R. et al.: Recombinant human deoxyribonuclease in infants with respiratory syncytial virus bronchiolitis. *Chest*, 131(3): 788-95, 2007
65. Bar, A.; Srugo, I.; Amirav, I.; Tzverling, C.; Naftali, G.; and Kugelman, A.: Inhaled furosemide in hospitalized infants with viral bronchiolitis: a randomized, double-blind, placebo-controlled pilot study. *Pediatric Pulmonology*, 43(3): 261-7, 2008
66. Vassilev, Z. P.; Chu, A. F.; Ruck, B.; Adams, E. H.; and Marcus, S. M.: Adverse reactions to over-the-counter cough and cold products among children: the cases managed out of hospitals. *Journal of Clinical Pharmacy & Therapeutics*, 34(3): 313-8, 2009



67. Smith, S.: Over-the-counter (OTC) medications for acute cough in children and adults in ambulatory settings [Systematic Review]. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6: 6, 2010
68. FDA: Use of Over-the-Counter (OTC) Cough and Cold Products in Infants and Children. (2008)
69. Yaghtmai, B. F.; Cordts, C.; Ahlers-Schmidt, C. R.; Issa, B. A.; and Warren, R. C.: One community's perspective on the withdrawal of cough and cold medications for infants and young children. *Clinical Pediatrics*, 49(4): 310-5, 2010
70. Perrotta, C.; Ortiz, Z.; and Roque, M.: Chest physiotherapy for acute bronchiolitis in paediatric patients between 0 and 24 months old. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1): CD004873, 2007
71. Henrickson, K. J., and Hall, C. B.: Diagnostic assays for respiratory syncytial virus disease. *Pediatric Infectious Disease Journal*, 26(11 Suppl): S36-40, 2007
72. Yong, J. H. E.; Schuh, S.; Rashidi, R.; Vanderby, S.; Lau, R.; Laporte, A.; Nauenberg, E.; and Ungar, W. J.: A cost effectiveness analysis of omitting radiography in diagnosis of acute bronchiolitis. *Pediatric Pulmonology*, 44(2): 122-7, 2009
73. Eizayaga Francisco Javier, *Moderno repertorio de Kent*, Editorial Marecel, Argentina, 2001
74. Schroyens Frederick, *Repertorio Homeopático Synthesis Escencial*, Homopathic Book Publishers, Londres, 2004
75. Oscar Angel Minotti, *Minotti 2000 plus version 2011*
76. Bernardo Vijnovsky, *material médica Homeopática*, Editorial provisional para códigos 1997
77. Lathoud, *Materia médica Homeopática*, 3 edición, Editorial Albatros, Argentina, 1989