



Instituto Politécnico Nacional

**Escuela Nacional de Medicina y
Homeopatía**

Sección de Estudios de Posgrado e
Investigación



**Efecto de la administración de autonósicos en casos de
rinitis alérgica**

T E S I S

que para obtener el diploma de

Especialidad en Terapéutica Homeopática

presenta

Santiago Díaz Lagunes

Directora

M. C. H. María de Lourdes Cruz Juárez

México D. F., mayo de 2011



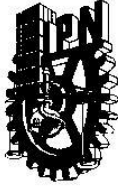
INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL
SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

CARTA CESIÓN DE DERECHOS

En la Ciudad de México, Distrito Federal el día 11 del mes abril del año 2011, el que suscribe Santiago Díaz Lagunes alumno del Programa de Especialidad en Terapéutica Homeopática con número de registro A090281, adscrito a la Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía, manifiesta que es autor intelectual del presente trabajo de Tesis bajo la dirección de la M. C. H. María de Lourdes Cruz Juárez y cede los derechos del trabajo intitulado "Efectos de la Administración de Autonósicos en casos de Rinitis Alérgica" al Instituto Politécnico Nacional para su difusión, con fines académicos y de investigación.

Los usuarios de la información no deben reproducir el contenido textual, gráficas o datos del trabajo sin el permiso expreso del autor y/o director del trabajo. Este puede ser obtenido escribiendo a la siguiente dirección sdiazlag@gmail.com. Si el permiso se otorga, el usuario deberá dar el agradecimiento correspondiente y citar la fuente del mismo.

Santiago Díaz Lagunes



INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

ACTA DE REVISIÓN DE TESIS

En la Ciudad de México, D. F. siendo las 10:00 horas del día 11 del mes de abril del 2011 se reunieron los miembros de la Comisión Revisora de la Tesis, designada por el Colegio de Profesores de Estudios de Posgrado e Investigación de la E. N. M. y H. para examinar la tesis titulada:

Efecto de la administración de autonósicos en casos de rinitis alérgica

Presentada por el alumno:

Díaz	Lagunes	Santiago							
Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)							
		Con registro:	A	0	9	0	2	8	1

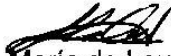
aspirante de:

Especialidad en Terapéutica Homeopática

Después de intercambiar opiniones, los miembros de la Comisión manifestaron **APROBAR LA TESIS**, en virtud de que satisface los requisitos señalados por las disposiciones reglamentarias vigentes.


LA COMISIÓN REVISORA


Director(a) de tesis


M. C. H. María de Lourdes Cruz Juárez


Dra. Laurence Marchat Marchau


Dra. Mónica A. De Nova Ocampo

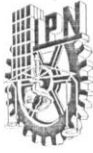

Dra. Esther Ramírez Moreno


Dra. Lorena García Morales

PRESIDENTE DEL COLEGIO DE PROFESORES

Dr. César Augusto





**INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL
SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO**

SIP-13

*ACTA DE REGISTRO DE TEMA DE TESIS
Y DESIGNACIÓN DE DIRECTOR DE TESIS*

México, D.F. a 27 de noviembre del 2009

El Colegio de Profesores de Estudios de Posgrado e Investigación de La E.N.M. y H. en su sesión ordinaria No. 05 celebrada el día 25 del mes de noviembre conoció la solicitud presentada por el(la) alumno(a):

<u>Díaz</u> <small>Apellido paterno</small>	<u>Lagunes</u> <small>Apellido materno</small>	<u>Santiago</u> <small>Nombre (s)</small>							
		Con registro: <table border="1"> <tr> <td>A</td> <td>0</td> <td>9</td> <td>0</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>1</td> </tr> </table>	A	0	9	0	2	8	1
A	0	9	0	2	8	1			

Aspirante de: Espacialidad en Terapéutica Homeopática

1.- Se designa al aspirante el tema de tesis titulado:
Efecto de la administración de autonósicos en casos de rinitis alérgica

De manera general el tema abarcará los siguientes aspectos:
Determinar los efectos clínicos y cambios de la respuesta inmune asociados a la administración de autonósicos en casos de rinitis alérgica en pacientes de 6 a 12 años de edad.

2.- Se designa como Director de Tesis al C. Profesor:
Dra. María de Lourdes Cruz Juárez

3.- El trabajo de investigación base para el desarrollo de la tesis será elaborado por el alumno en:
Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía / Hospital General de México.
que cuenta con los recursos e infraestructura necesarios.

4.- El interesado deberá asistir a los seminarios desarrollados en el área de adscripción del trabajo desde la fecha en que se suscribe la presente hasta la aceptación de la tesis por la Comisión Revisora correspondiente:

El Director de Tesis

Dra. María de Lourdes Cruz Juárez

El Aspirante

Santiago Díaz Lagunes

El Presidente del Colegio

D. en C. Cesar Augusto Sandoval Reyes



SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA
INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL
ESCUELA NACIONAL DE MEDICINA Y HOMEOPATÍA
SECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



INSTITUTO POLITECNICO NACIONAL
ESCUELA NACIONAL DE MEDICINA Y HOMEOPATÍA

SECCION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION



DEPENDENCIA CONTROL ESCOLAR
No.de Oficio.: SEPI/DP/037/2010
Fecha: 28 de Enero de 2010

C. SANTIAGO DÍAZ LAGUNES
PRESENTE.

En respuesta a su solicitud presentada al H. Colegio de Profesores de esta Sección, me permito informar a usted, la resolución acordada en la **Quinta Reunión Ordinaria del 25 de Noviembre del 2009.**

Acuerdo-15-25-XI-09.- Colegio autoriza el registro de la tesis "Efecto de la administración de autonósicos en casos de rinitis alérgica" y como directora la **Dra. María de Lourdes Cruz Juárez.**

Sin otro particular, quedo de Usted, para cualquier aclaración.

A T E N T A M E N T O
"LA TÉCNICA AL SERVICIO DE LA PATRIA"
SECRETARIA DE
EDUCACION PUBLICA
INSTITUTO POLITECNICO NACIONAL
D. EN C. CÉSAR AUGUSTO SANDINO REYES LÓPEZ
PRESIDENTE DEL H. COLEGIO DE PROFESORES
DE POSGRADO ESTUDIOS DE POSGRADO
E INVESTIGACION

c.c.p. expediente
interesado (a)

CASRL*COL*1u1ú

Índice general

Índice de figuras	I
Índice de tablas	I
Índice de gráficas	II
Índice de abreviaturas	III
Resumen	IV
Abstract	V
1. Introducción	1
1.1. Nosodes	1
1.2. Sarcodes	1
1.3. Autonósicos o Autonosodes.....	2
1.3.1. Proceso de elaboración de los Autonósicos	3
1.4. Antecedentes Históricos.....	7
1.5. Rinitis alérgica.....	11
1.5.1. Clasificación de rinitis alérgica	12
1.5.2. Clasificación de Rinitis Alérgica y su Impacto en Asma (ARIA).....	13
1.5.3. Epidemiología de rinitis alérgica.....	14
1.5.4. Elementos de la respuesta inmune.....	16
1.5.5. Cuadro clínico de rinitis alérgica.....	21
1.5.6. Diagnóstico.....	22
1.5.7. Tratamiento.....	24
1.5.7.1. Tratamiento farmacológico convencional	24
1.5.7.2. Tratamiento homeopático.....	25

2. Justificación	27
3. Hipótesis	27
4. Objetivo General	27
4.1. Objetivos Particulares	28
5. Métodos	28
6. Resultados	31
7. Discusión	38
8. Conclusiones	40
9. Perspectivas	41
9. Anexos	42
10. Bibliografía	43

Índice de figuras, tablas y gráficas

Figuras

1. Preparación Centesimal Hahnemanniana (Fuente: www.brauer.com.au)..... 4
2. Respuesta inmunitaria (Fuente: elaboración propia)..... 19
3. Prick test (Fuente: <http://escuela.med.puc.cl>)..... 24

Tablas

1. Equivalencias entre potencias Centesimal Hahnemanniana (CH), Decimal (X) y Korsakoviana (K) (Fuente: Rosas, 1992)..... 7
2. Clasificación ARIA de rinitis (Fuente: Global Initiative for Asthma, 2007)..... 14
3. Prevalencia y frecuencia de padecimientos atópicos(Fuente: López, 2009)..... 14
4. Frecuencia de atención en casos de rinitis alérgica (Fuente: López, 2009)..... 16
5. Comparativo del estado de salud de los pacientes en los grupos de estudio..... 33
6. Porcentaje de presentación mensual de los síntomas cardinales de rinitis alérgica..... 35

Gráficas

1. Resultados de Prick test o prueba cutánea específica (IgE).....	31
2. Porcentaje de disminución o incremento en la mejoría del estado de salud de los grupos de estudio (Grupo A).....	34
3. Porcentaje de disminución o incremento en la mejoría del estado de salud de los grupos de estudio (Grupo B).....	34
4. Porcentaje de evolución sintomática mensual (Grupo A).....	36
5. Porcentaje de evolución sintomática mensual (Grupo B).....	36
6. Niveles séricos de eosinófilos al inicio y al final del estudio.....	37
7. Niveles séricos de inmunoglobulina E (IgE) al inicio y al final del estudio.....	38

Abreviaturas

CH: Centesimal Hahnemanniana.

X ó D: Decimal.

K: Korsakoviana.

Ig: Inmunoglobulina.

IgE: Inmunoglobulina E.

PAF: Factor Activador de Plaquetas (del inglés: Platelet Activating Factor).

OMS: Organización Mundial de la Salud.

ARIA: Rinitis alérgica y su impacto en asma (del inglés: Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma).

SUIVE: Sistema Único de Información de Vigilancia Epidemiológica.

CPA: Células Presentadoras de Antígeno.

Resumen

Los autonóxicos son una terapéutica auxiliar de la Homeopatía utilizada ante la débil respuesta del organismo enfermo a la administración de fármacos, medicamentos y/o remedios, produciendo anticuerpos a partir del estímulo inmunológico (Gurrión, 2005). En la actualidad las enfermedades alérgicas son un problema de salud pública de gran magnitud debido a su alta prevalencia en todo el mundo (López, 2009). La rinitis alérgica es la enfermedad por hipersensibilidad tipo I con mayor prevalencia, pues afecta hasta el 25% de la población (Rutkowska, 2008). **Justificación:** La prescripción de autonóxicos ha sido aplicada de forma empírica en la práctica homeopática en cuadros alérgicos, pero no se cuenta con respaldo referencial escrito. **Hipótesis:** Al administrar autonóxicos en rinitis alérgica se evidenciará la disminución de los síntomas clínicos de dicho padecimiento así como los componentes séricos de la respuesta inmunológica implicada. **Objetivo:** Determinar los efectos clínicos y las alteraciones séricas de la respuesta inmune, asociados a la administración de autonóxicos en casos de rinitis alérgica en pacientes de 6 a 12 años de edad. **Método:** Se seleccionaron 50 pacientes con cuadro de rinitis alérgica moderada de entre 6 y 12 años de edad, positivos a la prueba Prick test. Fueron divididos en 2 grupos: A, manejado con autonóxico y B, tratado con terapéutica sintomática convencional (control positivo). **Resultados:** Luego de 3 meses de tratamiento y evaluaciones clínicas mensuales observamos mejoría clínica en ambos grupos, sin embargo más notoria en el Grupo A, lo anterior relacionado con una disminución de elementos inmunes implicados en la reacción alérgica

(niveles de eosinófilos e IgE séricos), los cuales fueron cuantificados al inicio y al final de la investigación. **Conclusión:** Se comprobó la disminución de los síntomas clínicos de rinitis alérgica, además, se evidenció su relación con los componentes séricos de la respuesta inmunológica implicada. **Perspectivas:** Continuar las investigaciones sobre autonósicos en cuadros atópicos contando con otros elementos cuantificables y más avanzados que ratifiquen lo dicho en esta investigación. Así como aumentar los grupos, tamaño de muestras y tiempo de estudio con fines de seguimiento.

Palabras clave

Homeopatía, nosode, autonósico, rinitis alérgica.

Abstract

The *autonosicos* are a therapeutic aid of the Homeopathy used before the weak answer of the ill organism to the administration of drugs, and/or remedies, producing antibodies from the immunological stimulus (Gurrión, 2005). At present the allergic diseases are a problem of public health of great magnitude due to their high prevalence anywhere in the world (Lopez, 2009). Allergic rhinitis is the disease by hypersensitivity type I with greater prevalence, because it affects until 25% of the population (Rutkowska, 2008). **Justification:** The prescription of *autonosicos* has been applied empirically in homeopathic practice for allergic cases, but it is not counted on written referential endorsement. **Hypothesis:** To administer *autonosicos* in patients with allergic rhinitis will demonstrate the diminution of the clinical symptoms of this condition as well as the serum components of the implied immunological answer. **Objective:** To determine the clinical effects and the serum alterations of the immune response, associated with *autonosicos* administration in patients with allergic rhinitis of 6 to 12 years of age. **Method:** Selected 50 patients with moderate case of allergic rhinitis among 6 and 12 years of age with positive Prick test. They were divided in 2 groups: A, handled with *autonosico* and B, handled with symptomatic treatment (positive control). **Results:** After 3 months of treatment and clinical evaluations we observed clinical improvement in both groups, nevertheless more significant in the Group A, the previous related to a diminution of implied immune elements in the allergic reaction (levels of serum eosinophils and specific immunoglobulin E type), which were quantified at the beginning and at the end of the investigation.

Conclusion: The diminution of the clinical symptoms of allergic rhinitis was verified, in addition, its relation with the serum components of the implied immunological answer was demonstrated. **Perspective:** Continue further research on autosomatos in atopic diseases counting on other advanced quantifiable elements and then ratify the information in this research work. As well as increase the groups, size of samples and time of study with pursuit aims.

Keywords

Homeopathy, nosode, autosomato, allergic rhinitis.

1. Introducción

La Homeopatía para el tratamiento de las enfermedades utiliza medicamentos elaborados a partir de plantas, minerales y animales; dentro de estos últimos, secreciones, cultivos, tejidos sanos o enfermos, lo que conocemos como nosodes, sarcodes y autonósicos.

1. 1. Nosodes

Son bioterápicos que se elaboran de acuerdo a las reglas que rigen las normas homeopáticas, esto a partir de órganos con alteraciones patológicas o componentes corporales, ya sea de origen humano y/o animal, microorganismos inertes provenientes de cultivos y fluidos corporales con agentes patógenos, así mismo, empleados a título de medicamento homeopático; como ejemplos podemos mencionar *Psorinum*, *Tuberculinum*, *Stafilococcinum*, *Estreptococcinum*, entre otros (Gurrión, 2005).

1. 2. Sarcodes

Son derivados de las estructuras o secreciones naturales como el colesterol, bilirrubinas, urea, ácido úrico, etcétera. Son medicamentos homeopáticos que curan el órgano enfermo por medio de su homólogo, significando la base de la llamada organoterapia; por ejemplo Tiroides, Tiroxina, Ovario, Páncreas, entre otros (Markosian, 2001).

Los llamados imponderables, de poco uso y consisten en sustancias inertes expuestas a la influencia de fenómenos físicos-naturales, como *Electricitas*, *Magneticus polus articus*, Rayos X y más (Gurrión, 2005).

1. 3. Autonósicos o Autosodes

Consisten en la elaboración de un medicamento homeopático de una o varias potencias, de acuerdo a las necesidades de nuestro paciente, a partir de excreciones, secreciones, tejidos u órganos en proceso de descomposición. El autonósico tiene su acción en estados patológicos graves, crónicos y de repetición (Gurrión, 2005).

Bajo las reglas de preparación Hahnemannianas, los autonósicos en la potencia 6 Centesimal Hahnemanniana (CH), provocará una mejoría rápida y vendrá un estado de crisis o agravación, el cual será corregido bajo regulación por la potencia 30CH; una vez la mejoría del estado morbozo, se administrará la potencia 200CH para llevar la erradicación total de la sintomatología (Markosian, 2004).

Los autonósicos se pueden preparar a partir de líquido cefalorraquídeo, secreción nasal (moco o flema), secreción salival, mucosa bucal, lágrimas, secreción mucosa de ojos, sudor, orina, líquido espermático, sangre, pus, órganos, tumores, quistes extirpados, neoformaciones malignas o benignas; cálculos biliares y renales, raspado faríngeo amigdalino o bien, mixtos (diferentes secreciones según amerite el caso) (Gurrión, 2005).

Con el propósito de dejar en claro la importancia de la preparación e indicación de los autonósicos, existe la siguiente cita de Gurrión Pineda y colaboradores:

“En las enfermedades propias de la piel, como el acné (de cualquier tipo), con o sin proceso infeccioso agregado, se elabora el medicamento en las potencias citadas, obteniendo para su preparación las secreciones o comedones propios

de la entidad, recordando que muchas veces, éste tipo de lesiones se acompañan, además del producto sebáceo, de sangre, secreción melicérica o incluso material purulento, lo cual no interviene en la elaboración del homeopático, sino al contrario, proporciona la creación de un medicamento más completo. Así mismo, se pueden obtener secreciones nasales, óticas, oftálmicas e incluso vaginales y peneanas, acompañadas de los mismos elementos ya referidos (sangre, materia purulenta, orina, etc.); puede elaborarse de igual forma el autonósico con la asociación de 3 o más tipos de secreciones. La finalidad primordial del manejo de estos auxiliares terapéuticos, es que ante el desequilibrio de un cuerpo enfermo y sin la respuesta adecuada ante la administración de fármacos, medicamentos y/o remedios, existe la alternativa del uso de los autonósicos, produciendo anticuerpos a partir del estímulo inmunológico” (Gurrión, 2005).

En estudios efectuados en la Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía del Instituto Politécnico Nacional se observó que los autonósicos son capaces de incrementar el número de linfocitos B, discretamente los T e inmunoglobulinas, sugiriendo una activación de la respuesta inmune humoral y celular, así mismo con una notable mejoría clínica (Rosas, 1993-1994).

1. 3. 1. Proceso de elaboración de los autonósicos

Antes de describir los métodos de preparación de los autonósicos, mencionaremos brevemente los tipos de preparación homeopática de

medicamentos:

Preparaciones Centesimales Hahnemannianas (CH): Las materias solubles en alcohol o agua y las insolubles a partir de la 4 CH, se preparan integrando y sucusionando una parte de tintura madre o de la tercera trituración CH en 100 partes de alcohol o agua, obteniéndose así la 1 CH o la 4 CH respectivamente; para obtener la siguiente dinamización, se toma una parte de la preparación anterior y se pone en un frasco nuevo con 100 partes de alcohol o agua y se sucusiona, obteniéndose la 2 CH o la 5 CH, según sea el caso, y así sucesivamente hasta obtener la dinamización deseada (Zepeda, 2007).

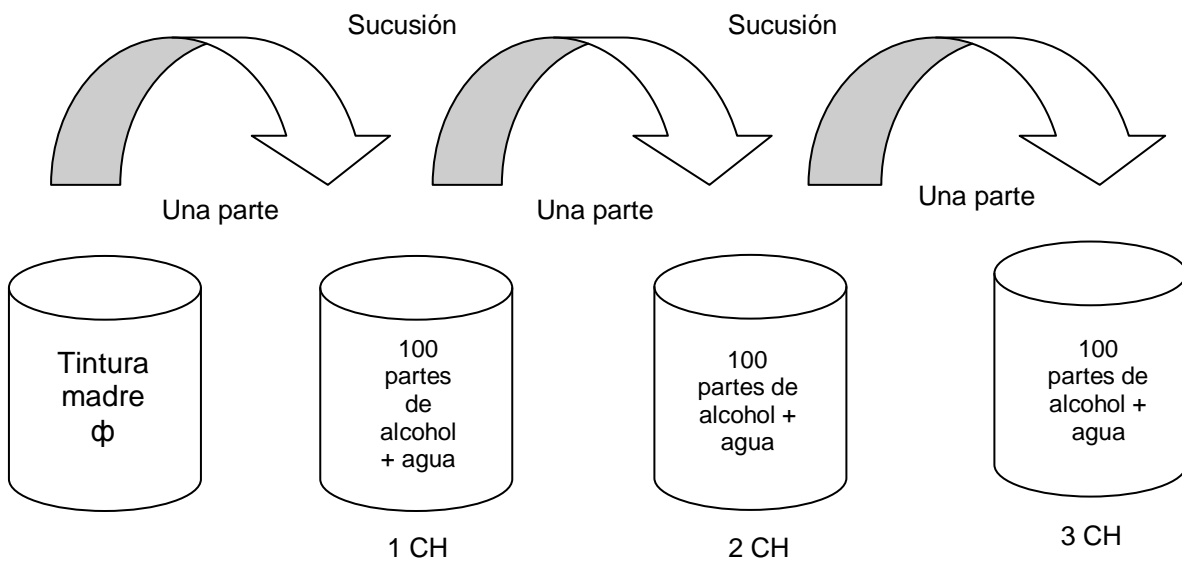


Figura 1. Preparación Centesimal Hahnemanniana.

En la figura No. 1 se describen gráficamente los procesos de dilución y sucusión llevados a cabo en la preparación Hahnemanniana de medicamento homeopático. (Fuente: www.brauer.com.au)

Preparaciones Decimales (X o D): Muy similares al método centesimal, la diferencia radica en las proporciones. En la preparación decimal, se integran una parte de soluto por 10 de solvente, pudiéndose hacer por trituración o en medio

líquido (Zepeda, 2007).

Preparaciones Korsakovianas (K): Este procedimiento difiere de los anteriores, en que los procesos de preparación se efectúan en un mismo frasco. Se llena un frasco con tintura madre, el cual posteriormente se vacía y el producto que queda adherido a las paredes se toma como una centésima parte de lo que contuvo el recipiente; a éste se le agregan 99 partes de alcohol o agua obteniéndose así la 1 K; se vacía nuevamente el frasco y se colocan en él 99 partes de alcohol o agua para obtener la 2 K y así subsecuentemente hasta obtener la dinamización deseada (Rosas, 1992).

Según lo establecido en la Farmacopea Homeopática, citaremos las reglas de preparación de nosodes:

Regla 8: Preparación de nosodes (Método Hahnemanniano)

Se utilizan de 2 a 4 gotas de la secreción en 9.9 gramos de lactosa, lo equivalente a la segunda trituración decimal o la primera trituración centesimal. Seguido, una parte del peso de la segunda trituración en 9 partes de lactosa es igual a la tercera trituración decimal, y así sucesivamente. Posteriormente, una parte del peso de la primera trituración centesimal en 99 gramos de lactosa es la segunda trituración centesimal. A partir de la tercera trituración, se hace la conversión de sólido a líquido (Zepeda, 2007).

Variación por medio de soluciones acuosas:

Se adicionan 2 gotas de la secreción dinamizadas con 98 gotas de agua destilada, para la primera centesimal y una gota en 99 para las subsecuentes, hasta dos diluciones antes de la que se pretenda utilizar, en donde el agua destilada será sustituida por alcohol de 87°. Cabe señalar que cada dinamización será efectuada en un tubo de ensayo diferente.

Método Korsakoff (K)

Se agregan 10 ml de agua destilada en un frasco ámbar, se extrae la muestra de exudado faríngeo del paciente con el hisopo estéril y se introduce después en el frasco para ser agitado. Se extrae una gota de sangre capilar del pulgar del paciente con ayuda de una lanceta estéril y se integra la misma al frasco ámbar. Se tapa y procede a la sucusión del recipiente por espacio de 2 minutos. A continuación se desecha el contenido y se rellena con 10 ml de agua y es sucusionado nuevamente por 2 minutos. Posteriormente se desecha el contenido y se vuelven a adicionar 10 ml pero esta vez de alcohol de 87°. Se sucusiona por 2 minutos. Consecutivamente se desecha el contenido del frasco y se añaden 10 ml de alcohol de 87°. Con 4 procesos de sucusión se obtiene una potencia de 30K lo que resulta equivalente con 6 procesos a una potencia 200K. A la postre es indicado el medicamento a una dosis de 5 a 10 gotas del mismo disuelto en agua una vez al día en ayuno por 1 mes (Rosas, 1992).

En la Tabla 1 se presentan las equivalencias entre potencias Centesimal

Hahnemanniana, Decimal y Korsakoviana:

Centesimal Hahnemanniana (CH)	Decimal (X)	Korsakoviana (K)
	1 X	
	3 X	
3 CH	6 X	
4 CH	8 X	6 K
	9 X	12 K
5 CH	10 X	30 K
6 CH	12 X	200 K
9 CH	18 X	1000 K
12 CH	24 X	
15 CH	30 X	10 000 K
30 CH	60 X	

Tabla 1. Equivalencias entre potencias Centesimal Hahnemanniana (CH), Decimal (X) y Korsakoviana (K) (Rosas, 1992).

1. 4. Antecedentes Históricos

Haciendo una remembranza de los principales antecedentes históricos relacionados con la alergia, así como con los terapéuticos objeto de nuestro estudio, los nosodes y autonósicos, iniciaremos con el primer caso histórico reseñado de alergia, el cual se refiere al faraón egipcio Menes Namer quien muere en el año de 2850 a.C. a causa de una reacción a una picadura de avispa, sin embargo no está plenamente confirmada debido a que el jeroglífico relatante puede significar una avispa o un hipopótamo (Cennelier, 1999).

En Grecia, Hipócrates, Galiano, Areteo de Capadocia; Celsio en Roma; el médico árabe Avicena y el médico judío-español Maimónides describieron los síntomas clínicos del asma (Gurrión, 2005).

Aproximadamente, en 800 a.C. se utilizó una vacuna preventiva inhalando secreciones y costras de viruela por monjes budistas en la antigua China. Bajo el mismo principio, Mitridato, rey del Ponto en Asia Menor estudió la primera técnica de desensibilización, inmunizándose contra venenos absorbiendo pequeñas cantidades aumentadas progresivamente de 46 sustancias tóxicas y más adelante en el siglo XV Robert Fludd, estableció el tratamiento para la tuberculosis con diluciones de esputo y llegada la Edad Media, en Europa se usaban cerebros humanos para la elaboración de medicamentos para la epilepsia y apoplejía. Durante el siglo XVIII se podían encontrar en las farmacias medicamentos derivados de algunos órganos, expedidos para fortalecer las funciones del homólogo correspondiente en los enfermos (Barquín, 2009).

Es en el Renacimiento cuando se deja constancia real de la existencia de las primeras enfermedades alérgicas. En 1565, el italiano Botello describía los síntomas de la rinitis alérgica. En esta misma época se describen tratamientos por Jerónimo Cardán, quien cura de asma al arzobispo de Edimburgo, recomendando que duerma con almohada de cerdas y no de plumas. Igualmente otras alergias fueron descritas en estos tiempos, Mattioli a los gatos y Donati a los huevos (Gurrión, 2005).

Siguiendo lo experimentado en China y en experiencias de vida, Edward Jenner en el año de 1796, crea la vacuna contra la viruela, significando el más grande avance médico de la época (Barquín, 2009).

Samuel Hahnemann, en 1833 menciona en el Organón de la Medicina, parágrafo 56 el uso de los isopáticos aunque se refería a lo que se conoce como nosodes, él mismo hizo la primer experimentación e introdujo el primer nosode a la Materia Médica Homeopática, sirviéndose para ello del líquido extraído de una vesícula de un paciente con escabiosis (sarna) y preparando el medicamento que llamó *Psorinum*. Para el año de 1856, Hahnemann comenta en la sexta edición del Organón, que ciertas enfermedades peculiares en los animales pueden darnos remedios y potencias medicinales para importantes enfermedades humanas muy semejantes y así aumentar afortunadamente nuestra provisión de medicamentos homeopáticos (Uribe, 2006).

Posteriormente en 1874, el inglés Harrison Backley demostró el papel fundamental del polen de las gramíneas en la génesis de la rinitis alérgica. A su vez, a partir de 1895, el sacerdote y médico Mollet introduce en su terapéutica el uso de autonósicos (Gurrión, 2005).

En 1902, Richet y Portier descubrieron la anafilaxia experimental. Posteriormente en 1906 Von Pirquet acuña el término alergia (del griego *allos ergein* que significa “otra forma de reaccionar”), en el mismo año, el Dr. John Henry Clarke, acuñó el término nosode, derivado de *nosos* que significa enfermedad, a los que citó originados de productos patológicos tisulares o secreciones mórbidas de origen animal, vegetal o humano; luego, hacia el año

de 1910, en Estados Unidos de América se desarrollan por Cooke, Schloss y Freeman las primeras pruebas cutáneas realizados para diagnóstico (Markosian, 2004).

En 1923, Coca y Cooke introducen el término atopia, que caracteriza a los individuos que pueden presentar manifestaciones alérgicas; para que luego en 1942, Bernard Halpern descubriera los antihistamínicos (Gurrión, 2005).

Hasta 1960, existe libertad total para el empleo médico de nosodes a través del Instituto Alemán de Control de Medicamentos. Cinco años más tarde en 1965, la Farmacopea Francesa reconoce a los nosodes como elementos bioterápicos. A seguir en el año de 1967 la inmunoglobulina E (IgE) es descubierta simultáneamente por Ishizaka en Estados Unidos y por Gunnar Johansson en Bennich, Suecia. Más adelante, en 1980, se realiza la síntesis total del PAF (Platelet Activating Factor), descubierto inicialmente en el conejo por Benveniste (Johansson, 2003).

En los años de 1993 y 1994, estudios efectuados por el Dr. Vicente Rosas Landa y colaboradores abordaron el efecto de los autonóxicos en enfermedades respiratorias crónicas. Más recientemente en 2003, el Dr. Johansson establece un dato fundamental para el diagnóstico de alergia, reconociendo que regular la producción de IgE es un punto para contrarrestar los efectos patológicos de los cuadros alérgicos (Johansson, 2003).

1. 5. Rinitis Alérgica

En la actualidad las enfermedades alérgicas se han convertido en un problema de salud pública de gran magnitud debido a su alta prevalencia en la mayoría de las regiones del mundo, incluyendo América Latina y por supuesto, México (López, 2009).

Estas enfermedades producen una gran presión asistencial en términos de consultas ambulatorias, ocasionan un deterioro significativo de la calidad de vida y finalmente, tienen un fuerte impacto en la comunidad por los altos costos socioeconómicos. Por su elevada prevalencia y gran complejidad, las enfermedades alérgicas se han convertido en un verdadero desafío para clínicos, epidemiólogos, investigadores y especialistas en planificación de la salud (López, 2009).

Los procesos alérgicos son definidos como una reacción de hipersensibilidad iniciada por mecanismos inmunológicos (Tierney, 2003).

La rinitis es un síndrome de hiperreactividad nasal que demuestra la existencia de un conflicto antígeno-anticuerpo. Se trata esencialmente de una reacción inmunológica de tipo I en la clasificación de Philip George Houthem Gell y Robin Coombs propuesta en 1963. Un cuadro de rinitis alérgica se reconoce, basado en lo anterior, como un estado atópico de sensibilidad a alergenos mediado por Inmunoglobulina E (Tierney, 2003).

En una respuesta alérgica, el sistema inmune responde ante la presencia de una sustancia o alérgeno produciendo anticuerpos, estos con la finalidad de neutralizarla y brindar una protección para futuros contactos con dicho alérgeno. Por ejemplo, la urticaria, dermatitis atópica, la rinitis alérgica, el asma y la anafilaxia son algunos cuadros alérgicos conocidos (Cennelier, 1999).

1. 5. 1. Clasificación de Rinitis Alérgica

La rinitis alérgica, también conocida como fiebre del heno o rinoconjuntivitis alérgica, es la manifestación más frecuente de una reacción atópica contra alérgenos inhalados (Stites, 1996).

Se denomina como toda una serie de padecimientos que se manifiestan por síntomas nasales y con una base inmunológica. Las más frecuentes son la rinitis alérgica estacional, la rinitis alérgica perenne y la alergia física, descritas a seguir:

1. La rinitis alérgica estacional aparece por la exposición a un alérgeno, habitualmente un polen que llega por vía respiratoria. Este es el origen del nombre “fiebre del heno”, la cual en nuestro país debería llamarse “fiebre de alfalfa” puesto que es el polen de esta planta la que originalmente dio ese nombre al padecimiento.
2. La rinitis alérgica perenne presenta síntomas sin ningún ritmo estacional debido a que el alérgeno se encuentra presente todo el tiempo. Puede deberse a respuesta nasal ante alérgenos inspirados o que llegan por vía digestiva.


3. La alergia física ocasiona síntomas ante un cambio de temperatura o contacto directo con el alérgeno (Corvera, 2000).

1. 5. 2. Clasificación de Rinitis Alérgica y su Impacto en Asma (ARIA)

En diciembre de 1995 expertos reunidos en la sede de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Ginebra elaboraron una nueva guía de recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento de la rinitis que, paralelamente, abordara otros procesos inflamatorios interrelacionados y muy frecuentemente asociados como es el caso del asma. Así nació ARIA sigla que proviene del inglés y que significa “Rinitis alérgica y su impacto en asma” (Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma). Dicha guía incluye recomendaciones para el diagnóstico y el manejo integral de pacientes con rinitis, especialmente cuando está asociada al asma, pero también a otras comorbilidades como sinusitis, conjuntivitis y otitis.

La clasificación ARIA, mostrada en la tabla 2, establece la clasificación de la rinitis en intermitente y persistente; así mismo, la severidad se tipificará como leve o moderada/severa, dependiendo de la intensidad de los síntomas y el impacto sobre la calidad de vida (Global Initiative for Asthma, 2007).

Tabla 2. Clasificación ARIA de rinitis (Global Initiative for Asthma, 2007).

INTERMITENTE		PERSISTENTE
Menor o igual a 4 días de la semana		Mayor a 4 días a la semana
o menor o igual a 4 semanas		y mayor de 4 semanas
		
LEVE		MODERADA-GRAVE
Sueño normal		1 o más ítems
Sin alteraciones de actividades diarias, ocio, deporte		Sueño alterado
Escuela/Trabajo normal		Alteraciones de actividades diarias, ocio, deporte
No hay síntomas molestos		Alteraciones Escuela/Trabajo
		Hay síntomas molestos

1. 5. 3. Epidemiología de rinitis alérgica

Las enfermedades alérgicas tienen gran impacto económico y social dentro de la comunidad, la prevalencia de estos padecimientos se ha incrementado paulatinamente a nivel global (López, 2009).

La rinitis alérgica es la enfermedad por hipersensibilidad tipo I con mayor prevalencia en todo el mundo, pues afecta hasta el 25% de la población (Rutkowska, 2008).

Tabla 3. Prevalencia y frecuencia de padecimientos atópicos (López, 2009).

Enfermedad	Prevalencia	Frecuencia
Asma	14.90%	35.10%
Rinitis alérgica	19.60%	46.10%
Dermatitis atópica	18.70%	43.90%
Conjuntivitis alérgica	17.90%	42%
Urticaria	3.20%	7.50%

Según un estudio efectuado en la Ciudad de México en el año 2009, el grupo de edad con mayor prevalencia fue el de los niños mayores de 6 y menores de 12 años, con un índice de 55.3%. Por género, el grupo más numeroso y de mayor prevalencia de enfermedades alérgicas es el femenino con una relación de 2.7:1. De la misma forma, en dicho estudio se aborda la prevalencia y frecuencia de padecimientos atópicos (Tabla 3), mostrando la rinitis alérgica una cifra de 19.60% de prevalencia y 46.10% de frecuencia en comparación con padecimientos como asma y dermatitis atópica, la primera siendo el único de estos diagnósticos que figura en el Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica (SUIVE), siendo considerado un problema de salud pública (López, 2009).

Diversos estudios demuestran la coexistencia de diferentes enfermedades alérgicas en el mismo individuo; se ha detectado que hasta un 90% de los pacientes con asma padecen también, rinitis alérgica (Navarro, 2008).

Ante este panorama, los pacientes con algún problema alérgico requieren de ayuda profesional, en la tabla 4 se observa la frecuencia con que acuden a los diferentes profesionales de la salud los pacientes con padecimientos alérgicos, según este estudio efectuado en la Ciudad de México, se reporta al médico general en primer lugar de frecuencia. En el caso de la Homeopatía, se encontró con una frecuencia de atención del 0.93 % por sobre un neumólogo o la acupuntura (López, 2009):

Tabla 4. Frecuencia de atención en casos de rinitis alérgica (López, 2009).

Preparación profesional	Frecuencia (%)
Médico general	44.24
Médico familiar	10
Pediatra	4.87
Farmacéutico	3.29
Alergólogo	2.73
Otorrinolaringólogo	1.86
Naturista	1.57
Hierbero	1.25
Homeópata	0.93
Neumólogo	0.57
Acupunturista	0.21
Enfermero (a)	0.14
Otros especialistas médicos	3.83
Otros remedios alternativos	7.62

1. 5. 4. Elementos de la respuesta inmune

Los padecimientos alérgicos generan una respuesta en el organismo, estimulando al sistema inmunológico. Esta respuesta inmunológica desencadena una serie de reacciones en la que participan diferentes elementos, los cuales se describen brevemente a continuación.

Alérgenos

Son aquellos responsables de desencadenar reacciones de hipersensibilidad. Entre ellos contamos los alimentos ingeridos (leche, frutas, papa, frijoles, soya,

carne, huevo); ambientales, estacionales (pólen, plantas); perennes (ácaros, moho, insectos, epitelio de perros, gatos o demás mascotas (Stites, 1996).

Inmunoglobulinas

Las inmunoglobulinas pueden iniciar una cascada de procesos de señalización que culminarán con la activación de la célula B. Las inmunoglobulinas secretadas, funcionan como anticuerpos, desplazándose a través de los líquidos de los tejidos para buscar y fijar las moléculas antigénicas específicas que desencadenaron su producción (Stites, 1996).

Existen de acuerdo a la actividad, diferentes tipos de inmunoglobulinas, las que, a continuación se describen brevemente:

- Inmunoglobulina A (IgA). Se encuentra en las mucosas, como el tubo digestivo, el tracto respiratorio y el tracto urogenital. También se encuentran en la saliva, las lágrimas y la leche.
- Inmunoglobulina D (IgD). Su función consiste principalmente en servir de receptor de antígenos en los linfocitos B que no han sido expuestos a los antígenos.
- Inmunoglobulina E (IgE). Se une al alérgeno y desencadena la liberación de histamina de las células cebadas y basófilos y está implicada en la alergia. También protegen contra gusanos parásitos.
- Inmunoglobulina G (IgG). Proporcionan en sus cuatro formas, la mayor parte de la protección inmunitaria basada en anticuerpos contra los

patógenos invasores. Es el único anticuerpo capaz de cruzar la placenta para proporcionar al feto inmunidad pasiva.

- Inmunoglobulina M (IgM). Elimina los patógenos en los estadios tempranos de la respuesta inmune mediada por linfocitos B (humoral) hasta que existen suficientes IgGs (Stites, 1996).

Eosinófilos

Son células fagocitarias que demuestran especial afinidad por los complejos antígeno-anticuerpo, por lo que la mayoría de ellos son atraídos por quimiotaxis, así como también por sustancias liberadas de los basófilos como la histamina.

Pueden regular la respuesta alérgica y las reacciones de hipersensibilidad mediante la neutralización de la histamina por la histaminasa y a su vez producir un factor inhibidor derivado de los eosinófilos para inhibir la degranulación de las células cebadas o de los basófilos, que contienen sustancias vasoactivas. Los eosinófilos juegan un papel de defensa del hospedero frente a microorganismos no fagocitables, poseen una función citotóxica (por sus proteínas granulares), inmunoreguladora (por las citocinas que libera) y son capaces de participar en la reparación y remodelación tisular (Stites, 1996).

Histamina

Es una amina biológica involucrada en respuestas inmunes locales; también regula funciones fisiológicas en el estómago y actúa como neurotransmisor.

Interviene decisivamente en las reacciones de hipersensibilidad inmediata y alérgica (Tierney, 2003).

Después de conocer los elementos participantes dentro de la respuesta inmune, se describe el proceso de esta respuesta.

Respuesta inmunológica

Toda respuesta inmunológica es una serie de procesos complejos que involucra a diferentes tipos celulares. En la Figura 2 se representa de manera gráfica esta

respuesta, misma que se describe a continuación: una vez que un alérgeno ingresa al cuerpo, una cantidad diminuta de este antígeno se fija a las células presentadoras de antígeno (CPA), donde es reconocido por los linfocitos T cooperadores específicos de

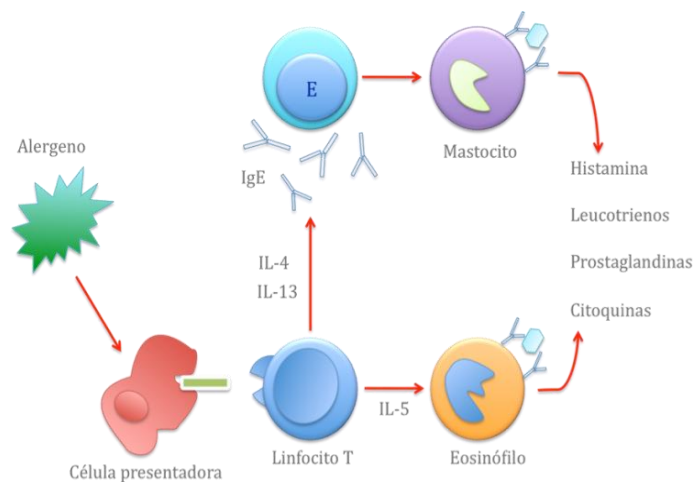


Figura 2. Respuesta inmunitaria
(Fuente: elaboración propia)

antígeno los cuales a su vez activan la liberación de inmunidad humoral (inmunoglobulinas) por parte de los linfocitos B o la actividad de inmunidad celular por parte de las células T citotóxicas. Durante todo este proceso, los linfocitos y las CPA se comunican ya sea por contacto directo celular o a través de la secreción de citocinas reguladoras de dichos mecanismos, así como con otros tipos de células, entre ellas elementos de complemento o sistemas

fibrinolíticos, lo que origina activación de fagocitos, procesos de coagulación y cicatrización.

En los casos de rinitis alérgica, y en particular con la respuesta de hipersensibilidad inmediata, la cual abordaremos posteriormente, tiene una participación central la inmunoglobulina E, aunque represente una ínfima fracción (0.004%) de los anticuerpos presentes en el suero (Stites, 1996).

Las enfermedades debidas a hipersensibilidad se clasifican de acuerdo con el mecanismo inmunitario implicado en la patogenia, el sistema de órganos afectados y la naturaleza y origen del alérgeno. La clasificación de los trastornos por hipersensibilidad ayuda a esclarecer el mecanismo patogénico de fondo de los síntomas clínicos presentados. La clasificación de Gell y Coombs de las enfermedades por hipersensibilidad es la siguiente:

Hipersensibilidad tipo I mediada por inmunoglobulina E o inmediata

Los anticuerpos IgE ocupan sitios receptores en las células cebadas. Minutos después a la exposición a un alérgeno, un antígeno se une a las moléculas de IgE adyacentes, activando y degranulando células cebadas. Los mediadores, tanto preformados como de nueva generación, causan vasodilatación, contracción del músculo liso visceral, estimulación de las glándulas mucosas secretoras, permeabilidad vascular e inflamación de los tejidos. Los metabolitos del ácido araquidónico, las citocinas y otros mediadores, inducen una respuesta

inflamatoria de fase tardía que aparece después de varias horas. Existen 2 subgrupos clínicos de alergia mediada por IgE: atopia y anafilaxia (Stites, 1996).

El término atopia (del griego *atopos*, que significa "sin lugar", "desubicado") se aplica a un grupo de enfermedades como la rinitis, asma alérgica, dermatitis atópica y gastroenteropatía alérgica, que se producen contra múltiples alérgenos ambientales comunes (Cennelier, 1999).

Ciertos alérgenos, en especial fármacos, insecticidas, látex y alimentos pueden inducir una respuesta de anticuerpos IgE causando una liberación de mediadores de las células cebadas y que da lugar a un proceso de anafilaxia, caracterizada por hipotensión o choque por vasodilatación generalizada, broncoespasmo, contracción gastrointestinal y uterina, urticaria y angioedema, las 2 últimas son formas de anafilaxia mucho más comunes y tienen mejor pronóstico (Cennelier, 1999).

Hipersensibilidad tipo II mediada por anticuerpos o citotóxica

Las reacciones citotóxicas implican la respuesta específica de anticuerpos contra antígenos fijos a células. Lo anterior da como resultado la activación de la cascada del complemento y la destrucción de la célula a la cual el antígeno se ha fijado.

Hipersensibilidad tipo III o mediada por complejos inmunitarios

Los anticuerpos del isotipo IgG o IgM pueden formar complejos con el alérgeno, depositarse en los tejidos y activar la cascada del complemento.

Hipersensibilidad tipo IV mediada por células T

También llamada hipersensibilidad retardada o mediada por células. La expresión más común es la dermatitis alérgica por contacto, en la cual los alérgenos causan inflamación dérmica al tener contacto directo con la piel (Stites, 1996).

1. 5. 5. Cuadro Clínico de Rinitis Alérgica

Un ataque típico consiste en rinorrea profusa, estornudo paroxístico, obstrucción nasal y prurito de nariz y paladar. El drenaje mucoso retronasal origina dolor de garganta, expectoración y tos. Existe blefaroconjuntivitis concomitante con prurito intenso de conjuntiva y párpados, enrojecimiento, lagrimeo y fotofobia.

La enfermedad, como ya se mencionó previamente, tiende a presentarse de modo estacional, sin embargo puede persistir durante todo el año si la sensibilidad es contra un alérgeno persistente (Corvera, 2000).

Se produce congestión de las mucosas nasales y sinusales, y muchas veces, también de la conjuntiva. La mucosa nasal adquiere un aspecto hinchado, con tonalidad liliácea. Subsecuentemente se desencadena la obstrucción nasal, estornudos, prurito y abundante rinorrea acuosa.

Estas manifestaciones clínicas dificultan la actividad del sujeto y perjudican el correcto funcionamiento de su intelecto (Cennelier, 1999).

Los síntomas de rinitis alérgica presentan una frecuencia en particular dependiendo de cada caso en particular, esto visto en un estudio efectuado en el Instituto Nacional de Pediatría en 2009, que se enlista como sigue:

Rinorrea hialina	80.7%
Prurito nasal	76.7%
Obstrucción nasal	86.8%
Estornudos	98.2% (López, 2009).

1. 5. 6. Diagnóstico

En primer lugar, el interrogatorio juega un papel esencial, este permitirá al médico orientarse en la búsqueda de cualquier alérgeno.

Existen estudios de laboratorio que resultan útiles en el diagnóstico de cuadros alérgicos. A pesar de su carácter no específico, la hipereosinofilia es uno de los principales índices de atopia. Igualmente la cifra leucocitaria se considera importante, ya que una tasa superior a un 4% de leucocitos es un sugestivo de atopia, pero es mejor determinar su número absoluto, que, en caso de atopia es superior a $400/\text{mm}^3$ (Cennelier, 1999).

Otro estudio que nos ayuda en el diagnóstico es la búsqueda de eosinófilos en secreciones nasales y faríngeas, principalmente en niños, siendo el resultado positivo en el 20% y el 30% de las alergias respiratorias (Cennelier, 1999).

La medición de las IgE en suero ha sido considerada durante mucho tiempo

como un índice fiable de atopia en caso de aumento. Actualmente es controvertido ya que presenta un porcentaje notable de falsos positivos (20 a 30%). Sin embargo, un positivo conduciría a buscar uno o varios alérgenos responsables y su presencia sería una confirmación de la atopia (Cennelier, 1999).

Las pruebas cutáneas de la alergia inmediata constituyen el primer paso para el diagnóstico alergológico. Se dispone de una batería de pruebas que incluyen neumoalergenos domésticos, neumoalergenos polínicos así como alérgenos microbianos, micóticos y alimentarios. Entre estas, figura el Prick test (Figura 3), es muy fácil de realizar y no es doloroso. Luego de haber desinfectado la piel de la espalda o del antebrazo, se deposita una gota del extracto alérgico; seguidamente, con la ayuda de una aguja de un solo uso, se pincha a través de la gota. Cuando el alérgeno se junta específicamente con los IgE fijos en la superficie de los mastocitos, estos se activan y liberan mediadores, que provocan la triada de Lewis:

1. Prurito
2. Eritema
3. Edema (<http://escuela.med.puc.cl>).



Figura 3. Prick test
En la figura se ejemplifica la técnica de ejecución de la prueba cutánea de alergia (Fuente: escuela.med.puc.cl).

1. 5. 7. Tratamiento

El tratamiento va a depender del diagnóstico, cuando se aplica alguna de las pruebas cutáneas y es identificado el alérgeno, la indicación es evitar el contacto con el mismo.

1. 5. 7. 1. Tratamiento Farmacológico Convencional

Está enfocado principalmente a disminuir o a inhibir la respuesta inmune. Los más utilizados en el tratamiento convencional son:

Clorhidrato de Cetirizina

Es un antagonista selectivo de los receptores H-1, inhibe la fase inmediata de la reacción alérgica, mediada por la histamina; reduce la migración de las células inflamatorias y la liberación de mediadores asociados con la respuesta alérgica tardía. Considerado el número 25 de la lista de los medicamentos más vendidos del 2007 (OMS, 2008).

Se encuentra indicado en el manejo de rinoconjuntivitis alérgicas, rinitis estacional, rinitis perenne, urticaria crónica, urticaria aguda, dermatitis por contacto, dermatitis atópica, manifestaciones alérgicas cutáneas.

Efectos secundarios incluyen: cefalea, mareos, agitación, somnolencia, fatiga, sequedad de mucosas, gastralgia, náusea, vómito, diarrea. Se recomienda moderación en su uso debido a su naturaleza nefrotóxica; además, por los efectos estimulantes que tiene sobre el sistema nervioso central, existe riesgo de abuso (Glaxo Smith Kline, 2009).

Furoato de Mometasona en spray nasal acuoso

Este medicamento está indicado en el tratamiento de los síntomas de rinitis alérgica estacional o perenne, en adultos, adolescentes y niños mayores de 2 años de edad.

Entre los efectos adversos se incluyen: cefalea, epistaxis, faringitis; ardor, irritación y ulceración nasal. Estos efectos se observan típicamente con el uso de corticosteroides nasales en spray.

En muy raras ocasiones, se puede presentar reacciones de hipersensibilidad inmediata (por ejemplo broncoespasmo y disnea); así mismo, anafilaxia y angioedema. (Glaxo Smith Kline, 2009)

1. 5. 7. 2. Tratamiento Homeopático

Se ha señalado la posibilidad de un tratamiento convencional, sin embargo, debemos estar atentos a sus límites y sus riesgos.

El tratamiento convencional tiene una acción sintomática beneficiosa, sin embargo, momentánea y no modifica el sentido de la enfermedad de fondo, por lo cual, se deberá seguir con dicho tratamiento cada vez que se presenten las manifestaciones patológicas (Cennelier, 1999).

Así también considerar los riesgos iatrogénicos que pueden implicar, como son los efectos secundarios de dicha terapéutica, por ejemplo, la somnolencia, aumento de peso producido por algunos antihistamínicos o la acción de los corticoesteroides en el crecimiento de infantes, osteoporosis e inclusive diabetes

que podría llegar a ocasionar a largo plazo, o mediano, dependiendo de la sensibilidad de cada paciente (Cennelier, 1999).

La homeopatía es una terapéutica atóxica y los enfermos manejados por esta, hasta el momento no se tienen reportes de que se presenten reacciones alérgicas a los medicamentos. El médico homeópata está obligado por la misma doctrina de su especialidad a tomar en cuenta todas las reacciones del enfermo, ya que basándose en ellas encontrará el medicamento más específico para cada caso en particular. Se reconoce que los factores emocionales, depresión, conflictos personales, profesionales o familiares son factores agravantes de los procesos alérgicos, así también los factores ambientales como humedad, calor, frío, corrientes de aire, tormentas; para el médico homeópata estos datos comentados por el paciente son de gran ayuda. La Homeopatía propone remedios que ayudan a soportar estas contrariedades (Cennelier, 1999).

Si se toma en cuenta que actualmente se le brinda relevancia significativa a la calidad de vida del paciente alérgico (Clasificación ARIA), se puede decir que la homeopatía es una terapéutica que además de escuchar al enfermo, le devuelve su completa individualidad. El paciente alérgico observa además que sus episodios alérgicos disminuyen rápidamente tanto en intensidad como en los periodos de repetición.

2. Justificación

La prescripción de autonósicos ha sido aplicada de forma empírica en la práctica homeopática debido a sus resultados favorables en el manejo de casos de rinitis alérgica, la cual cuenta con índices de morbilidad elevadas tanto a nivel mundial como en nuestro país, aproximadamente un 25% de la población mundial padece de enfermedades alérgicas; sin embargo no se cuenta con respaldo referencial escrito, surgiendo así la utilidad de realizar un trabajo que ampare la indicación de los mismos.

3. Hipótesis

Dado que los autonósicos han sido utilizados en el manejo de casos de rinitis alérgica con resultados favorables, consideramos que se verá corroborada la disminución de los síntomas clínicos de dicho padecimiento así como los componentes séricos de la respuesta inmunológica implicada.

4. Objetivo General

Determinar los efectos clínicos y las alteraciones séricas de la respuesta inmune, asociados a la administración de autonósicos en casos de rinitis alérgica en pacientes de 6 a 12 años de edad.

4. 1. Objetivos particulares

1. Valorar el efecto de los autonóxicos en la sintomatología de rinitis alérgica en pacientes de 6 a 12 años de edad.
2. Estimar el efecto de los autonóxicos, en los niveles de inmunoglobulina E y elementos séricos de citología hemática en casos de rinitis alérgica en pacientes de 6 a 12 años de edad.

5. Métodos

1. Fueron seleccionados pacientes de primera vez con cuadro sugestivo de rinitis alérgica moderada por el servicio de Alergología Pediátrica del Hospital General de México (HGM) con edades de entre 6 a 12 años de edad, previo consentimiento informado del padre o tutor.
2. Se elaboró historia clínica de cada uno de los casos.
3. Se les indicó practicarse biometría hemática y determinación de Inmunoglobulina E sérica antes del tratamiento. Además, se realizó prueba cutánea Prick test a cada uno de los pacientes en estudio.
4. Criterios de selección de pacientes:
 - a. **Inclusión:** pacientes de 6 a 12 años de edad con cuadro clínico compatible con rinitis alérgica moderada del servicio de Alergología Pediátrica del HGM, positivos a prueba cutánea de IgE específica (Prick Test).

- b. **Exclusión:** pacientes que no acepten tratamiento homeopático o que ya lleven tratamiento convencional previo.
 - c. **Eliminación:** pacientes que suspendan el tratamiento.
5. Los pacientes fueron divididos en 2 grupos:
- a. El grupo A (25 pacientes) fue manejado con autonósico a partir de sangre capilar y exudado faríngeo.
 - b. El grupo B (25 pacientes) fue manejado con tratamiento convencional constituyendo nuestro grupo control positivo.
 - c. Se contó con una n de 50 pacientes, de acuerdo a la población de consulta del servicio de Alergología Pediátrica, los cuales cumplieron con los criterios previamente establecidos.
 - d. Se indicó a cada paciente del grupo A la toma del autonósico, siendo de 10 gotas del mismo 1 vez al día por las mañanas, con el fin de facilitar la ingesta del medicamento por espacio de 30 días.
 - e. A los pacientes del grupo B, se les prescribió un antihistamínico (Clorhidrato de Cetirizina) en dosis de acuerdo a edad y peso, además de medicamentos sintomáticos.

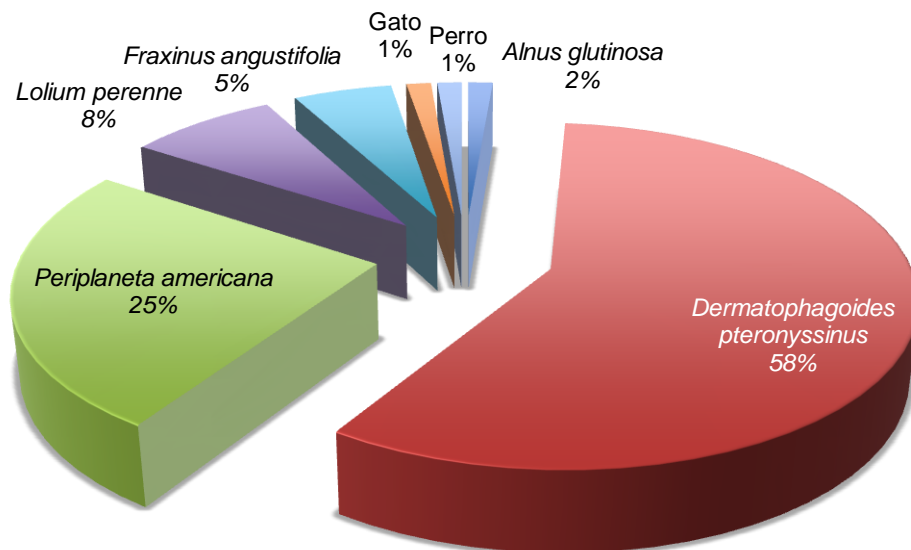
De acuerdo con el servicio de Alergología Pediátrica, se estableció que ningún paciente del grupo B se quedara sin tratamiento, por lo que dicho grupo estuvo sujeto a manejo con tratamiento convencional.

6. Se evaluó el cuadro clínico de cada paciente por medio de un formato de evaluación basado en la encuesta del estado de salud SF-36 para estudios clínicos, además de los resultados de laboratorio iniciales.
7. Se tomaron muestras de sangre capilar y exudado faríngeo de cada paciente en estudio para la producción de los autonóxicos.
8. Elaboración de los autonóxicos por método Korsakoff.
9. A cada uno de los pacientes, independientemente del tratamiento que se les prescribió, le fueron indicadas las medidas preventivas correspondientes.
10. Se establecieron citas para valoración clínica de los pacientes cada 30 días por espacio de 3 meses, registrándose la sintomatología de cada paciente en estudio mensualmente.
11. Tres meses después de iniciado el tratamiento se indicó nuevamente la realización de estudios de determinación de inmunoglobulina E (IgE) en suero y biometría hemática a cada uno de los pacientes en estudio, así como el cuadro sintomático y el estado de salud con el apoyo de los formatos previamente señalados.
12. Análisis e interpretación de resultados.

6. Resultados

Inicialmente, se muestran los resultados de la prueba cutánea específica o Prick test aplicada a los 50 pacientes en estudio y el porcentaje de positividad encontrado hacia los reactivos utilizados en la misma.

Resultados de Prick test o prueba cutánea específica (IgE)



Gráfica No. 1. Se observa el porcentaje de positividad observada a los diferentes reactivos de la prueba cutánea de IgE específica (Prick Test) de los 50 pacientes en estudio.

Los reactivos utilizados en las pruebas se trataron de los principales alérgenos presentes en padecimientos atópicos, los cuales se mencionan a continuación:

1. ***Lolium perenne***, también llamada *ballica* o césped inglés.

2. ***Fraxinus angustifolia***, o fresno de hoja estrecha, árbol de la familia de las *Oleáceas*.
3. ***Periplaneta americana***, más conocida como cucaracha americana, es una especie de insecto de la familia *Blattidae*.
4. ***Alnus glutinosa***, o bien aliso común, se trata de un árbol de la familia de las *betuláceas*, el cual habita en lugares húmedos y bosques ribereños.
5. ***Dermatophagoides pteronyssinus*** o ácaro del polvo, del orden *Astigmata*, familia *Pyroglyphidae*, frecuente y abundante en los domicilios.
6. **Epitelio de perro.**
7. **Epitelio de gato.**

Los resultados muestran una positividad del 58% al reactivo de *Dermatophagoides pteronyssinus* o ácaro del polvo, seguido de *Periplaneta americana* o cucaracha con un 25%, mismos que son encontrados en el medio de pacientes atópicos frecuentemente.

Evaluación Clínica

En base al formato de encuesta de salud SF-36 para estudios clínicos, se consideró la siguiente pregunta:

- En general su estado de salud es:
Excelente,
Muy bueno,
Bueno,

Regular,

Malo.

Este cuestionamiento tuvo lugar al inicio y al final del estudio. Esto es mostrado en la tabla 5 donde se aprecia un incremento considerable en el porcentaje de mejoría del estado de salud de los pacientes del grupo A, quienes fueron manejados con autonómico, comparado con el grupo B, manejados con terapéutica sintomática convencional, quienes también presentaron mejoría, sin embargo inferior (Gráficas No. 2 y No. 3).

Tabla 5. Comparativo del estado de salud de los pacientes en los grupos de estudio.

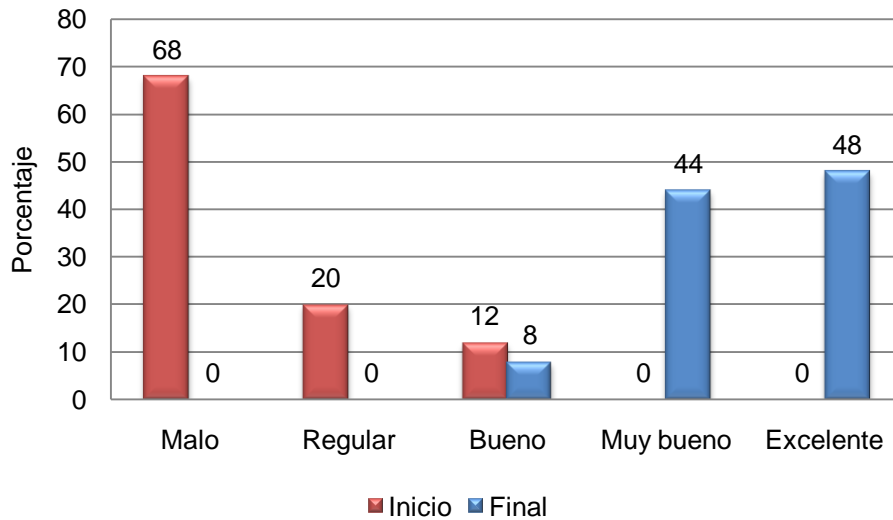
	Grupo A Inicio	Grupo A Final	Grupo B Inicio	Grupo B Final
Excelente	0	48 %	0	4 %
Muy bueno	0	44 %	0	28 %
Bueno	12 %	8 %	8 %	40 %
Regular	20 %	0	24 %	28 %
Malo	68 %	0	68 %	0
TOTAL	100 %	100 %	100 %	100 %

La citada encuesta de salud fue efectuada al inicio del estudio, antes de tomar el tratamiento por ambos grupos y al final del mismo, obteniéndose la información mostrada previamente. Se procedió al interrogatorio directo, de ser posible, o según el caso, interrogatorio indirecto con los padres o tutores.

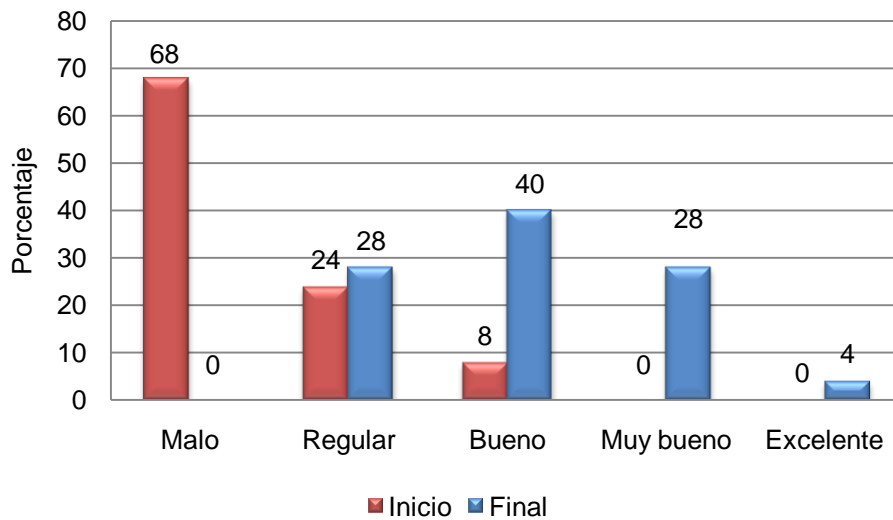
Como ya se mencionó, fue utilizado un formato basado en la encuesta de salud SF-36 para estudios clínicos; este formato fue desarrollado a principios de los noventa en Estados Unidos para su uso en el estudio de resultados con enfoque clínico. Diseñada en el Health Institute, New England Medical Center, en Boston Massachusetts, basándose en ocho conceptos de salud que son función física,

rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental (Vilaguta, 2005).

Porcentaje de mejoría en el estado de salud en el Grupo A



Porcentaje de mejoría en el estado de salud en el Grupo B



Gráficas No. 2-3. Las gráficas señalan el porcentaje de disminución o incremento en la mejoría del estado de salud de los grupos de estudio, el Grupo A y el Grupo B.

Igualmente, se evaluaron los 4 síntomas cardinales de un cuadro clásico de rinitis alérgica, los cuales se enlistan a continuación:

1. Prurito nasal
2. Rinorrea
3. Estornudos
4. Obstrucción nasal

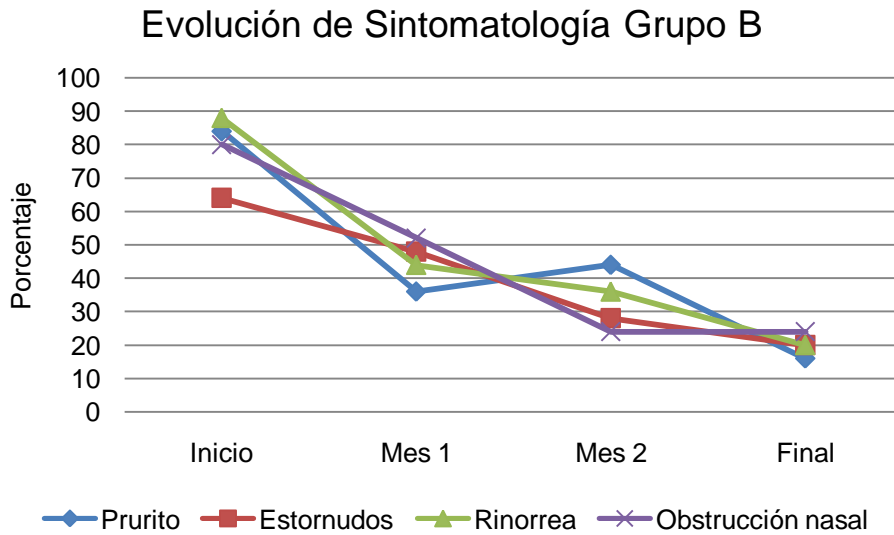
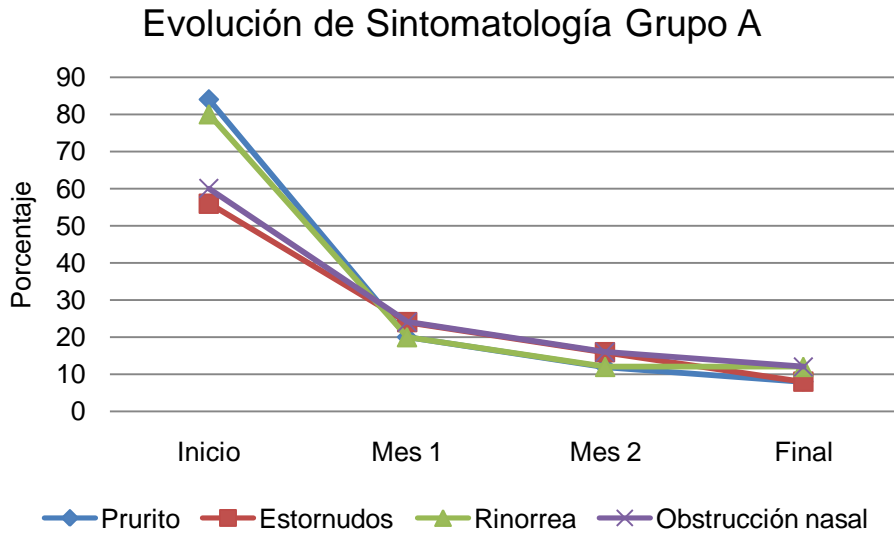
Tabla 6. Porcentaje de presentación de los síntomas cardinales de Rinitis Alérgica.

Grupo A				
Síntoma	Inicio	Mes 1	Mes 2	Final
Prurito	84 %	20 %	12 %	8 %
Estornudos	56 %	24 %	16 %	8 %
Rinorrea	80 %	20 %	12 %	12 %
Obstrucción nasal	60 %	24 %	16 %	12 %

Grupo B				
Síntoma	Inicio	Mes 1	Mes 2	Final
Prurito	84 %	36 %	44 %	16 %
Estornudos	64 %	48 %	28 %	20 %
Rinorrea	88 %	44 %	36 %	20 %
Obstrucción nasal	80 %	52 %	24 %	24 %

En los resultados mostrados en la tabla No. 6 y más demostrativamente en los gráficos 4 y 5 evidenciamos el porcentaje de presentación de los síntomas cardinales de rinitis alérgica en los dos grupos, mostrando el Grupo A una más significativa evolución sintomática hacia la mejoría, tórpida en el Grupo B.

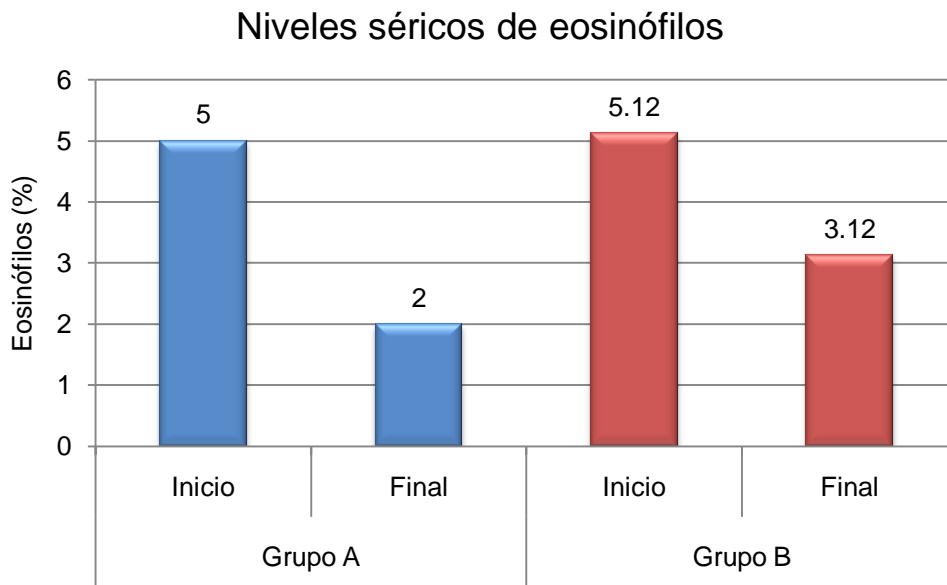
Esta evaluación fue efectuada por medio del formato mostrado en Anexos, con un seguimiento mensual durante los 3 meses de estudio.



Gráficas No. 4-5. Los Autonóxicos disminuyeron los síntomas cardinales de rinitis alérgica en el Grupo A, de forma más representativa que en el Grupo B, manejado con terapéutica convencional, se muestran resultados iniciales, al mes, a los dos y al tercer mes de iniciado el tratamiento.

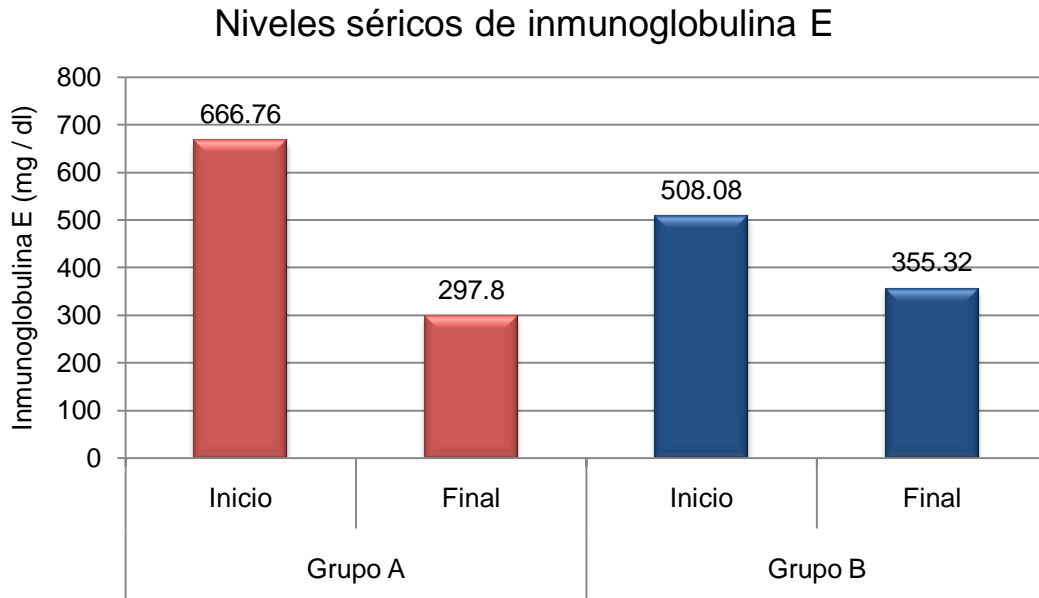
Resultados de Laboratorio

A continuación se exponen los resultados de los estudios de laboratorio de eosinófilos e inmunoglobulina E sérica.



Gráfica No. 6. El grupo A (autonómico) disminuyó los niveles de eosinófilos en los pacientes alérgicos, más que en el grupo B (control positivo).

La gráfica No. 6 muestra una disminución más evidente dentro de los pacientes incluidos en el Grupo manejado con autonómicos. El nivel elevado de eosinófilos, recordamos, es un criterio que si bien no es específico para cuadros alérgicos, es sugestivo de los mismos.



Gráfica No. 7. El grupo A (autonómico) disminuyó los niveles de inmunoglobulina E sérica en los pacientes alérgicos, más que en el grupo B (control positivo).

En el caso de los resultados evidenciados en la gráfica No. 7, según los criterios diagnósticos de cuadros alérgicos y a lo referenciado por el Dr. Gunnar Johansson en 2003, establecemos la relación entre la disminución de la sintomatología de cuadros alérgicos con la disminución en los niveles de IgE, que igualmente, si bien no es IgE específica sino sérica, muestra evidentemente una analogía entre ellos.

7. Discusión

Los estudios realizados en relación a la utilización de los autonósicos son escasos. En el primer trabajo realizado por el Dr. Vicente Rosas Landa en la Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía en 1993 se encontró una mejoría sintomática de los pacientes en estudio, utilizando autonósico de sangre a dinamizaciones bajas y medias (de 6C y hasta 30C) cuantificando linfocitos T por el método de rosetas directas, determinando el marcador CD2 y linfocitos B por medio del método de rosetas indirectas, cuantificando eritrocitos adheridos a la superficie de los mismos, utilizando una suspensión de glóbulos rojos de carnero. En sus resultados comentan un incremento en el número de linfocitos B y T, además de observar una notable mejoría clínica de los 8 pacientes en estudio, los cuales contaban con diferentes diagnósticos de enfermedades respiratorias crónicas en un grupo de 11 a 54 años de edad. Posteriormente en el año de 1994 se efectuó el segundo trabajo valorando la respuesta inmune humoral en 8 pacientes también con enfermedades respiratorias crónicas. Lo anterior se evaluó cuantificando séricamente los niveles de inmunoglobulinas A, G y M; así mismo, los niveles de complemento en suero, estimando su actividad hemolítica sobre glóbulos rojos de carnero. Se concluyó que los autonósicos estimularon la respuesta inmune humoral haciendo las veces de un estímulo antigénico secundario, con un aumento en la cifra de inmunoglobulinas después del tratamiento.

En el caso de los medicamentos Homeopáticos y muy en particular en este caso, en los autonósicos, no se encuentra materia presente en el medicamento

ya dinamizado (proceso que explicamos en la Introducción), sino energía, entiéndase como el poder curativo de las sustancias lo cual ha sido cuestionado a la Homeopatía a lo largo de su historia. En la presente investigación, tuvimos una muestra de 50 pacientes con un grupo de edad de entre 6 a 12 años y en un tiempo de tratamiento y evaluación de 3 meses.

Las cifras séricas de eosinófilos e inmunoglobulina E, de acuerdo a lo referido por el Dr. Gunnar Johansson en 2003, son los principales responsables de la respuesta inmunológica inmediata, en especial las cifras de IgE, quienes son las encargadas de regular la cascada sintomática de los pacientes que cursan con cuadros alérgicos. En el grupo A manejado con medicamento autonósico se observó una disminución relevante de el nivel de eosinófilos y de IgE; en el grupo B también se presentó dicha disminución, recordando que el grupo B fue manejado con terapéutica sintomática convencional; así pues, encontrándonos en una situación comparativa de estas terapéuticas, el efecto de los autonósicos quedó demostrado en las cifras laboratoriales así como en la recuperación del estado de salud de los pacientes, la mejoría sintomática de los cuadros y en el restablecimiento adecuado de sus actividades cotidianas, llevando a los niños en estudio a mejorar sus condiciones de vida.

No omitiremos comentar que debido a los pocos recursos económicos disponibles para efectuar esta investigación, no se dio respuesta a algunas otras interrogantes relacionadas con la respuesta inmune de una forma más específica, así mismo, algunos otros elementos de estudio que pudieran ser de

ayuda en el respaldo de los presentes resultados, deberán ser considerados para posteriores investigaciones al respecto.

8. Conclusiones

En la presente investigación se encontró que el uso de autonósicos en casos de Rinitis Alérgica mejora notablemente las manifestaciones clínicas de los cuadros, corroborado por los resultados de laboratorio los cuales muestran la disminución de algunos elementos participantes en la respuesta inmunológica de los mismos. Hasta el momento no hay estudios clínicos más significativos sobre el uso de los autonósicos que expongan los beneficios de esta terapéutica auxiliar de la Homeopatía.

Se comprobó la disminución de los síntomas clínicos de rinitis alérgica, además, se evidenció su relación con los componentes séricos de la respuesta inmunológica implicada.

9. Perspectivas

Ya fue comentado el hecho de que no se cuenta con respaldo suficiente sobre el efecto de los medicamentos autonósicos en la literatura, secundario al presente trabajo, sugerimos continuar con la investigación del efecto de los autonósicos en casos de Rinitis Alérgica, así como en otros padecimientos dependientes de la respuesta inmunológica, pero contando con otros elementos cuantificables y más específicos que ratifiquen lo dicho en esta investigación.

Así mismo, sería conveniente en futuros proyectos similares aumentar los grupos de estudio, el tamaño de las muestras, el tiempo de duración del estudio con fines de seguimiento a la evolución de los casos.

10. Anexos

1. Formato de consentimiento informado.
2. Formato de evaluación del estado de salud.
3. Formato de evaluación de síntomas.
4. Formato de Historia Clínica.
5. Encuesta del estado de salud SF-36 para estudios clínicos.

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Establecimiento de Salud _____ Fecha _____

Yo _____ he sido informado (a) por el Dr. _____ acerca de mi enfermedad, los estudios y tratamientos que ella requiere.

Padezco de _____ y el tratamiento o procedimiento propuesto consiste en (descripción en términos sencillos) _____

Me ha informado de los riesgos, ventajas y beneficios del procedimiento, así como sobre la posibilidad de tratamientos alternativos

y se ha referido a las consecuencias del no tratamiento

He realizado las preguntas que consideré oportunas, todas las cuales han sido absueltas y con repuestas que considero suficientes y aceptables.

Por lo tanto, en forma conciente y voluntaria doy mi consentimiento para que se me realice

Teniendo pleno conocimiento de los posibles riesgos, complicaciones y beneficios que podrían desprenderse de dicho acto.

Firma del paciente o responsable legal

Firma del médico

Firma de un testigo

EVALUACION DEL ESTADO DE SALUD
INICIAL

NOMBRE

EDAD

EN GENERAL, SU ESTADO DE SALUD ES:

	EXCELENTE
	MUY BUENO
	BUENO
	REGULAR
	MALO

EVALUACION DEL ESTADO DE SALUD
FINAL

NOMBRE

EDAD

EN GENERAL, SU ESTADO DE SALUD ES:

	EXCELENTE
	MUY BUENO
	BUENO
	REGULAR
	MALO

EVALUACION DE SINTOMAS				
NOMBRE	<input type="text"/>			
EDAD	<input type="text"/>			
	INICIAL	PRIMER MES	SEGUNDO MES	FINAL
PRURITO (COMEZON)				
ESTORNUDOS				
RINORREA				
OBSTRUCCION NASAL				

EVALUACION DE SINTOMAS				
NOMBRE	<input type="text"/>			
EDAD	<input type="text"/>			
	INICIAL	PRIMER MES	SEGUNDO MES	FINAL
PRURITO (COMEZON)				
ESTORNUDOS				
RINORREA				
OBSTRUCCION NASAL				

HISTORIA CLÍNICA HOMEOPÁTICA

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre Sexo Edad
Estado civil
Originario (a) Residente
Domicilio
Ocupación Religión
Escolaridad
Familiar o tutor Parentesco

SIGNOS VITALES

FC FR TA / TEMP °
PESO kgs TALLA mts
IMC IGC IMÓsea IMMusc

ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES

Enfermedades respiratorias
Cardiogénicas
Endócrinos
Neurológicos
Genéticos
Digestivos
Genitourinarios
Inmunológicos
Oncológicos
Obstétricos
Psiquiátricos

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS

TRAUMATISMOS

QUIRÚRGICOS

TRANSFUSIONALES

ALÉRGICOS

TOXICOMANÍAS

ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS

MENARCA RITMO FUR VSA
GESTA P C A O
PREMAT LACT MATER

PADECIMIENTO ACTUAL

EXPLORACIÓN FÍSICA

Cabeza
Cuello
Tórax
Abdomen
Genitales
Extremidades
Columna vertebral

DIAGNÓSTICOS

DIAGNÓSTICO NOSOLÓGICO
DIAGNÓSTICO Miasmático
DIAGNÓSTICO Medicamentoso

TRATAMIENTO

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

PRÓXIMA CITA [Redacted]

ANEXOS

[Redacted]

Dr. Santiago Díaz Lagunes
Especialidad en Terapéutica Homeopática
Céd. Prof. 4505284
Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía
Instituto Politécnico Nacional

ENCUESTA DEL ESTADO DE SALUD SF-36

INSTRUCCIONES: Esta encuesta le pide sus opiniones acerca de su salud. Esta información permitirá saber cómo se siente y qué bien puede hacer usted sus actividades normales.

Instrucciones para marcar

- Use lapiz numero 2 solamente
- No use lapiceros de tinta
- Haga marcas que llenen los círculos completamente
- Borre bien si necesita hacer algun cambio
- No marque nada fuera de los círculos

MARCAS
INCORRECTAS



MARCA
CORRECTA



No. Ident.				
1	0	0	0	0
1	1	1	1	1
2	2	2	2	2
3	3	3	3	3
4	4	4	4	4
5	5	5	5	5
6	6	6	6	6
7	7	7	7	7
8	8	8	8	8
9	9	9	9	9

No. Visita	
0	0
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5
6	6
7	7
8	8
9	9

Fecha		
Mes	Día	Año
<input type="radio"/> Ene		
<input type="radio"/> Feb		
<input type="radio"/> Mar	0	0 00
<input type="radio"/> Abr	1	1 01
<input type="radio"/> May	2	2 02
<input type="radio"/> Jun	3	3 03
<input type="radio"/> Jul	4	4 04
<input type="radio"/> Ago	5	5 05
<input type="radio"/> Sep	6	6 06
<input type="radio"/> Oct	7	7 07
<input type="radio"/> Nov	8	8 08
<input type="radio"/> Dic	9	9 09

Conteste cada pregunta marcando la respuesta como se le indica. Si no está seguro o segura de cómo responder a una pregunta, por favor dé la mejor respuesta posible.

1. En general, ¿diría que su salud es:
(marque solamente una respuesta)

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Pasable
- Mala

2. *Comparando su salud con la de hace un año, ¿cómo la calificaría en general **ahora**?*
(marque solamente una respuesta)

- Mucho mejor ahora que hace un año
- Algo mejor ahora que hace un año
- Más o menos igual ahora que hace un año
- Algo peor ahora que hace un año
- Mucho peor ahora que hace un año

Mark Reflex® forms by NCS Pearson EM-241635-2:654321 Printed in U.S.A.

CONTINÚA EN LA PÁGINA 2

Por favor, no escriba en esta área.



SERIAL #

Las siguientes frases se refieren a actividades que usted podría hacer durante un día típico. ¿Lo limita su estado de salud actual para hacer estas actividades? Si es así, ¿cuánto? (marque una respuesta en cada línea)		Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita en absoluto
3.	Actividades vigorosas, tales como correr, levantar objetos pesados, participar en deportes intensos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Actividades moderadas, tales como mover una mesa, empujar una aspiradora, jugar al bowling (boliche) o al golf, o trabajar en el jardín	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Levantar o cargar las compras del mercado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	Subir varios pisos por la escalera.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	Subir un piso por la escalera	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.	Doblarse, arrodillarse o agacharse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.	Caminar más de una milla	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.	Caminar varias cuadras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.	Caminar una cuadra	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.	Bañarse o vestirse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Durante las últimas 4 semanas, ¿ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con el trabajo u otras actividades diarias regulares a causa de su salud física? (marque una respuesta en cada línea)		Sí	No
13.	Ha reducido el tiempo que dedicaba al trabajo u otras actividades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14.	Ha logrado hacer menos de lo que le hubiera gustado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.	Ha tenido limitaciones en cuanto al tipo de trabajo u otras actividades que puede hacer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16.	Ha tenido dificultades en realizar el trabajo u otras actividades (por ejemplo, le ha costado más esfuerzo)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Durante las últimas 4 semanas, ¿ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con el trabajo u otras actividades diarias regulares a causa de algún problema emocional (como sentirse deprimido o ansioso)? (marque una respuesta en cada línea)		Sí	No
17.	Ha reducido el tiempo que dedicaba al trabajo u otras actividades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18.	Ha logrado hacer menos de lo que le hubiera gustado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19.	Ha hecho el trabajo u otras actividades con menos cuidado de lo usual	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

20. Durante las **últimas 4 semanas**, ¿en qué medida su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales normales con la familia, amigos, vecinos o grupos?
(marque solamente una respuesta)
- Nada en absoluto
 Ligeramente
 De vez en cuando
 Bastante
 Extremadamente

21. ¿Cuánto dolor **físico** ha tenido usted durante las **últimas 4 semanas**?
(marque solamente una respuesta)
- Ningún dolor
 Muy poco
 Poco
 Moderado
 Severo
 Muy severo

22. Durante las **últimas 4 semanas**, ¿cuánto ha dificultado el **dolor** su trabajo normal (incluyendo tanto el trabajo fuera de casa como los quehaceres domésticos)?
(marque solamente una respuesta)
- Nada en absoluto
 Un poco
 De vez en cuando
 Bastante
 Extremadamente

Estas preguntas se refieren a cómo se siente usted y a cómo le han ido las cosas **durante las últimas 4 semanas**. Por cada pregunta, por favor dé la respuesta que más se acerca a la manera como se ha sentido usted. ¿Cuánto tiempo **durante las últimas 4 semanas** . . .

(marque una respuesta en cada línea)

	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
23. se ha sentido lleno de vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. se ha sentido muy nervioso?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. se ha sentido tan decaído de ánimo que nada podía alentarle?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. se ha sentido tranquilo y sosegado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. ha tenido mucha energía?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. se ha sentido desanimado y triste?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. se ha sentido agotado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. se ha sentido feliz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. se ha sentido cansado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

CONTINÚA EN LA PÁGINA 4



32. Durante las **últimas 4 semanas**, ¿cuánto tiempo su **salud física o sus problemas emocionales** han dificultado sus actividades sociales (como visitar amigos, parientes, etc.)?
(marque solamente una respuesta)



- Siempre
- Casi siempre
- Algunas veces
- Casi nunca
- Nunca

¿Qué tan **CIERTA** o **FALSA** es **cada una** de las siguientes frases para usted? (marque una respuesta en cada línea)

- 33. Parece que yo me enfermo un poco más fácilmente que otra gente
- 34. Tengo tan buena salud como cualquier otra persona
- 35. Creo que mi salud va a empeorar
- 36. Mi salud es excelente

	Definitivamente cierta	Mayormente cierta	No sé	Mayormente falsa	Definitivamente falsa
33. Parece que yo me enfermo un poco más fácilmente que otra gente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34. Tengo tan buena salud como cualquier otra persona	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35. Creo que mi salud va a empeorar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36. Mi salud es excelente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

This survey was developed by RAND as part of the Medical Outcomes Study

Por favor, no escriba en esta área.

SERIAL #

11. Bibliografía

1. Cennelier, M. (1999). *La alergia y la homeopatía* (1ª edición ed.). Barcelona, España: Editorial Paidotribo.
2. Corvera-Bernardelli, J. (2000). *Otorrinolaringología elemental* (Segunda edición ed.). México: Méndez editores.
3. Barquín, Manuel (2009). *Historia de la Medicina* (Octava edición). México: Méndez editores.
4. Bousquet, J., Bieber, T., Fokkens, W., Humbert, M., Kowalski, M., Niggemann, B., et al. (2006, Enero). Themes in Allergy. *Allergy: European Journal of Allergy & Clinical Immunology* .
5. Global Initiative for Asthma. (2007). *Management of Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma pocket guide*. Retrieved from www.wheai.org.
6. García-García, M. R.-L. (1993). Estudios preliminares del efecto de los autonóscos sobre los linfocitos T y B de pacientes con enfermedades respiratorias crónicas. *Homeopatía de México*, 61 (567), 16-21.
7. Gell PGH, Coombs RRA, *Clinical Aspects of Immunology*. 1st ed. Oxford, England: Blackwell; 1963.
8. Gurrión-Pineda, R. (2005). *Fundamentos clínicos de los nosodes y autosodes* (Primera edición ed.). México, D.F., México.
9. Hahnemann, S. (2001). *El Organón de la Medicina* (6ª edición ed.). México, D.F., México: Instituto Politécnico Nacional.
10. Jaraquemada, M. M. (2007). *Procesamiento de antígenos*. Universidad de Córdoba, Córdoba, España.

11. Ishizaka K, Ishizaka T, Hornbrook MM (1966). *Physico-chemical properties of human reaginic antibody. IV. Presence of a unique immunoglobulin as a carrier of reaginic activity*". J. Immunol. 97 (1): 75–85.
12. López Pérez, Gerardo; Morfín Maciel, Blanca María; Huerta López, José, et al. (2009). Prevalencia de las enfermedades alérgicas en la Ciudad de México. *Alergia México*, 56 (3), 72-79.
13. Markosian-Muñoz, S. (2001). *Medicamentos Organoterápicos de Häsler I y II*. Guadalajara, Jalisco, México: Ediciones Häsler.
14. Navarro A., Valero A., Julia B. Quirce S. (2008). Coexistence of asthma and allergic rhinitis in adult patients attending allergy clinics: ONEAIR study. *Journal Investig. Allergol. Clin. Inmunol.* 18 (4), 233-238.
15. Organización Mundial de la Salud. (2002). *Prevención de Alergia y Asma alérgica*. Ginebra: OMS.
16. Rutkowski R., Kosztyla-Hojna B., & Rutkowska. (2008). Allergic rhinitis-an epidemiological, economical and social problem of the XXI century. *Pneumol. Alergol.* , 76 (5), 348-352.
17. Reilly DT, T. M. (1986, octubre 18). Is homeopathy a placebo response? Controlled trial of homeopathic potency, with pollen in hayfever as model. *Lancet* , 881-886.
18. Reyes, M. M. (2001). Conexiones entre la inmunidad natural y las respuestas inmunes adquiridas. *Medicine*, 8 (26).

19. Rosas-Landa, V. G.-G. (1994). Acción sobre la respuesta inmune humoral y celular a la administración de autobioterápicos de sangre en enfermedades respiratorias crónicas. *Homeopatía de México*, 63, 17-26.
20. Rosas Landa, V., Rodríguez Martínez, R. E. & Oseguera Anguiano, J. (1992, Septiembre-Octubre). Las escalas de dinamización homeopática y su equivalencia matemática aproximada. *Homeopatía de México*.
21. Schmidt, P. (2003). *El arte de interrogar*. Editorial Dilema, S. L.
22. Stites, D. P., & Parslow, T. G. (1996). *Inmunología Básica y Clínica* (Octava edición ed.). México: Editorial Manual Moderno.
23. Tierney, L. M., McPhee, S. J., & Papadakis, M. A. (2003). *Diagnóstico clínico y tratamiento* (38ª edición ed.). México: Editorial Manual Moderno.
24. Uribe, Fabián. (2006). Los Nosodes, Generalidades Materia Médica (Primera edición). B. Jain Publishers. Patpar, Delhi, India (16-18 pp.).
25. Vilaguta, Gemma y cols. (2005). *El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década*. Gaceta Sanitaria vol.19 no.2 Barcelona, España. Marzo-Abril.
26. Zepeda Castañeda, Luis. (2007). *Nueva Farmacopea Homeopática*. México. Editorial Alfil.
27. <http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/ApuntesOtorrino/PrickTest.html>.
28. <http://www.brauer.com.au>.