UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA

Atención integrada de las enfermedades prevalentes de la infancia, una propuesta de manejo desde la homeopatía

Constanza Ospina Bohórquez

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Medicina – Departamento de Medicina Alternativa
Área Homeopatía
Bogotá, Colombia
2022

Atención integrada de las enfermedades prevalentes de la infancia, una propuesta de manejo desde la homeopatía

Constanza Ospina Bohórquez

Trabajo de investigación presentado como requisito para optar al título de:

Magíster en Medicina Alternativa. Área: Homeopatía

Director:

Dr. Pedro Alberto Sierra

Especialista en Pediatría

Magíster en Medicina Alternativa énfasis en Homeopatía

Codirectora:

Dra. Gloria Helena Casas del Río

Magíster en Medicina Alternativa énfasis en Homeopatía

Línea de Investigación:

Productos para ayuda de pedagogía y docencia

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Medicina -Departamento de Medicina Alternativa

Área Homeopatía

Bogotá, Colombia

2022

“Lo que nos falta podemos soñarlo”

Ángela Becerra – Ella que todo lo tuvo (2009)

Agradecimientos

A Juan y Cami por la paciencia y el aprendizaje diario, a mi madre por recordarme que todo es posible, a mis hermanos por su ayuda incansable. A mi profe Glorita por su disposición para llevarme de la mano en este camino, a mi profe Sierra por enseñarnos la pediatría con tanto amor y a mi apreciada Johanna por su incondicional apoyo.

A todo el departamento de Medicina Alternativa de nuestra facultad de medicina por su permanente disposición para la enseñanza.

Resumen

Las enfermedades prevalentes de la infancia conforman un grupo de patologías de comportamiento agudo que tienen gran impacto sobre los índices de morbilidad y mortalidad de la población infantil. Lo anterior ha dado pie para la implementación de guías de evaluación y manejo de este tipo de patologías, siendo la Estrategia AIEPI la más importante. Su principal objetivo es llegar a la población vulnerable ofreciendo parámetros clínicos de clasificación que permitan realizar una evaluación del estado del menor y obtener un tratamiento oportuno, mejorando la oportunidad de atención en salud de este grupo etario.

Por su parte, la Homeopatía concebida como un sistema médico complejo, ha enfocado sus esfuerzos en preservar la salud y manejar la enfermedad de manera holística, buscando la curación del enfermo a través de un camino edificado sobre la base de sus principios filosóficos y científicos.

El presente trabajo es un producto de ayuda para pedagogía y docencia, donde se plantea el manejo de las enfermedades prevalentes de la infancia en el grupo comprendido de 2 meses a cinco años de edad, a través de un enfoque basado en los principios de la homeopatía, con el fin de integrar conceptos de la doctrina homeopática a la guía de manejo actual (AIEPI), proporcionando opciones de manejo homeopático acorde al comportamiento de las patologías agudas que afectan la población infantil, generándose así posibles algoritmos de manejo que puedan adoptarse en un futuro.

Palabras clave: Estrategia AIEPI, homeopatía, infección respiratoria aguda, enfermedad diarreica aguda, fiebre, trastornos nutricionales.

Abstract

Integrated care of prevalent childhood diseases, a management proposal from homeopathy

Prevalent childhood diseases make up a group of acute behavioral pathologies that have a great impact on the morbidity and mortality rates of the child population. This has given rise to the implementation of guidelines for the evaluation and management of this type of pathology, with the AIEPI Strategy being the most important. Since its adoption, one of the objectives is to reach the vulnerable population by offering clinical classification parameters that allow an evaluation of the child condition and obtain timely treatment, improving the opportunity for health care for this age group.

For its part, Homeopathy, conceived as a complex medical system, has focused its efforts on preserving health and managing disease holistically, seeking to cure the patient through a path built based on its philosophical and scientific principles.

The present work is an aid product for pedagogy and teaching, where the management of prevalent childhood diseases in the group from 2 months to five years of age is proposed, through an approach based on the principles of homeopathy. , in order to integrate concepts of the homeopathic doctrine to the current management guide (AIEPI) providing homeopathic management options according to the behavior of acute pathologies that affect the child population, thus generating possible management algorithms that can be adopted in a future.

Keywords: strategy, homeopathy, acute respiratory infection, acute diarrheal disease, fever, nutritional disorders.

Contenido

Pág.

1. Objetivos 18

1.1 Objetivo general 18

1.2 Objetivos específicos 18

2. Marco teórico 19

2.1 Conceptos básicos de Homeopatía 19

2.2 Salud de la Infancia 22

2.2.1 Situación continental y en Colombia 22

2.3 Estrategia AIEPI 24

2.3.1 Generalidades 24

2.3.2 Evaluación y clasificación según la estrategia AIEPI 27

2.4 Evaluar y clasificar a la niña o al niño de dos meses a cinco años de edad 29

2.4.1 Signos generales de peligro 29

2.4.2 Evaluar y clasificar al niño con tos o dificultad para respirar 30

2.4.2.1 Enfermedad Respiratoria Aguda (IRA) 30

2.4.2.2 Cómo evaluar a un niño con tos o dificultad para respirar? 36

2.4.2.3 Clasificación de un niño con tos o dificultad para respirar 40

2.4.3 Evaluar y clasificar al niño con diarrea 49

2.4.3.1 ¿Cómo evaluar al niño con diarrea? 53

2.4.3.2 Clasificación del niño con diarrea aguda 54

2.4.3.3 Clasificación del niño con diarrea persistente 58

2.4.4 Evaluar y clasificar al niño con fiebre 61

2.4.4.1 ¿Cómo evaluar y clasificar a un niño con fiebre? 73

2.4.4.2 Clasificación del niño con fiebre 75

2.4.5 Evaluar y clasificar al niño con problemas de oído 78

2.4.6 Evaluar y clasificar al niño con problemas de garganta 85

3. Homeopatía aplicada a la Estrategia AIEPI 91

3.1 Opciones terapéuticas para el niño con sibilancias o estridor, con obstrucción de la vía aérea 91

3.1.1 Crup 91

3.1.2 Bronquiolitis 97
3.1.3 Sibilancia o sibilancia recurrente 101

3.2 Opciones terapéuticas para el niño con tos o dificultad para respirar, sin obstrucción de la vía aérea 106
3.2.1 Neumonía 106
3.2.2 Tos o resfriado 110

3.3 Opciones terapéuticas del niño con diarrea 112
3.3.1 Diarrea con deshidratación grave 112
3.3.2 Diarrea con algún grado de deshidratación 114
3.3.3 Diarrea con riesgo de deshidratación 116
3.3.4 Diarrea persistente 118
3.3.5 Disentería 119

3.4 Opciones terapéuticas para el niño con fiebre 121
3.4.1 Enfermedad febril de alto riesgo 121
3.4.2 Enfermedad febril de riesgo intermedio 123

3.5 Opciones terapéuticas para el niño con problemas de oído 126
3.5.1 Mastoiditis aguda 126
3.5.2 Otitis media crónica: 127
3.5.3 Otitis media aguda 129

3.6 Opciones terapéuticas para el niño con problemas de garganta 131
3.6.1 Amigdalitis estreptocócica 131
3.6.2 Amigdalitis viral 134

4. Propuesta de manejo integral 136

5. Discusión 145

6. Conclusiones 147

7. Bibliografía 148

A. ANEXO: Hoja repertorial 152

Lista de figuras

Pág.

Figura 2-1. Clasificación de las enfermedades según tiempo de evolución 21
Figura 2-2. Principios de la Estrategia AIEPI 25
Figura 2-3. Pasos de la Estrategia AIEPI 26
Figura 2-4. Ejemplo de clasificación por colores 28
Figura 2-5. Verificación de signos generales de peligro 29
Figura 2-6. Enfermedad grave 30
Figura 2-7. Evaluación del niño con tos o dificultad respiratoria..... 39
Figura 2-8. Clasificación del niño con sibilancias o estridor, con obstrucción de la vía aérea: CRUP grave 41
Figura 2-9. Clasificación del niño con sibilancias, estridor, con obstrucción de la vía aérea: Bronquiolitis grave..... 42
Figura 2-10. Clasificación del niño con sibilancias o estridor, con obstrucción de la vía aérea: Sibilancia grave o Sibilancia grave recurrente 43
Figura 2-11. Clasificación del niño con sibilancias o estridor, con obstrucción de la vía aérea: CRUP 44
Figura 2-12. Clasificación del niño con sibilancias o estridor, con obstrucción de la vía aérea: Bronquiolitis 45
Figura 2-13. Clasificación del niño con sibilancias o estridor, con obstrucción de la vía aérea: Sibilancia o sibilancia recurrente 46
Figura 2-14. Clasificación del niño con tos o dificultad para respirar, sin obstrucción de la vía aérea: Neumonía grave 47
Figura 2-15. Clasificación del niño con tos o dificultad para respirar, sin obstrucción de la vía aérea: Neumonía 48
Figura 2-16. Clasificación del niño con tos o dificultad para respirar, sin obstrucción de la vía aérea: Tos o resfriado 49
Figura 2-17. ¿Cómo evaluar y clasificar a un niño con diarrea? 54
Figura 2-18. Clasificación del estado de hidratación en niños con diarrea con deshidratación grave..... 55
Figura 2-19. Clasificación del estado de hidratación con diarrea con algún grado de deshidratación 56
Figura 2-20. Clasificación del estado de hidratación en niños con diarrea con alto riesgo de deshidratación 57
Figura 2-21. Clasificación del estado de hidratación en niños con diarrea sin deshidratación 58

Figura 2-22. Clasificación del niño con diarrea persistente grave 59
Figura 2-23. Clasificación del niño con diarrea persistente 60
Figura 2-24. Clasificación del niño con diarrea con sangre 61
Figura 2-25. Evaluación del niño con fiebre 74
Figura 2-26. Clasificación del niño con enfermedad febril de alto riesgo 75
Figura 2-27. Clasificación del niño con enfermedad febril de riesgo intermedio 76
Figura 2-28. Clasificación del niño con enfermedad febril de bajo riesgo 77
Figura 2-29. Evaluación del niño con problemas de oído 80
Figura 2-30. Clasificación del niño con problemas de oído 81
Figura 2-31. Clasificación del niño con problemas de oído: Otitis media crónica 82
Figura 2-32. Clasificación del niño con problemas de oído: Otitis media recurrente 83
Figura 2-33. Clasificación del niño con problemas de oído: Otitis media aguda 84
Figura 2-34. Clasificación del niño con problemas de oído: No tiene otitis media 85
Figura 2-35. Evaluación del niño con problemas de garganta 87
Figura 2-36. Clasificación del niño con problemas de garganta: amigdalitis estreptocócica 88
Figura 2-37. Clasificación del niño con problemas de garganta: amigdalitis viral 89
Figura 2-38. Clasificación del niño con problemas de garganta: No tiene faringoamigdalitis 90
Figura 4-1. Propuesta de manejo para el niño con estridor y obstrucción de la vía aérea: crup y crup grave 137
Figura 4-2. Propuesta de manejo para el niño con sibilancias y obstrucción de la vía aérea: bronquiolitis y bronquiolitis grave 138
Figura 4-3. Propuesta de manejo para el niño con sibilancias y obstrucción de la vía aérea Sibilancia grave y sibilancia recurrente 139
Figura 4-4. Propuesta de manejo del niño con tos o dificultad para respirar 140
Figura 4-5. Propuesta de manejo del niño con diarrea 141
Figura 4-6. Propuesta de manejo del niño con fiebre: meningitis e infección de vías urinarias 142
Figura 4-7. Propuesta de manejo del niño con problemas de oído 143
Figura 4-8. Propuesta de manejo del niño con problemas de garganta 144

Lista de tablas

Pág.

Tabla 2-1. Etiología de la neumonía según la edad 32
Tabla 2-2. Etiología viral de Crup 34
Tabla 2-3. Patrones de frecuencia respiratoria 37
Tabla 2-4. Causas de diarrea aguda 51
Tabla 2-5. Causas de fiebre 62
Tabla 2-6. Características clínica de las enfermedades transmitidas por vectores 69
Tabla 2-7. Síntomas de infección urinaria según grupo etario 72
Tabla 3-1. Repertorización CRUP grave 92
Tabla 3-2. Opciones terapéuticas para el manejo del crup grave 93
Tabla 3-3. Repertorización CRUP 95
Tabla 3-4. Opciones terapéuticas para el manejo del crup 96
Tabla 3-5. Repertorización de la bronquiolitis grave 97
Tabla 3-6. Opciones terapéuticas para el manejo de la bronquiolitis grave 98
Tabla 3-7. Repertorización de la bronquiolitis 100
Tabla 3-8. Opciones terapéuticas para el manejo de la bronquiolitis 100
Tabla 3-9. Repertorización de la sibilancia grave 102
Tabla 3-10. Opciones terapéuticas para el manejo de la sibilancia grave 102
Tabla 3-11. Repertorización de la sibilancia o sibilancia recurrente 104
Tabla 3-12. Opciones terapéuticas para el manejo de la sibilancia y la sibilancia recurrente 104
Tabla 3-13. Repertorización de la neumonía grave 106
Tabla 3-14. Opciones terapéuticas para el manejo de la neumonía grave 107
Tabla 3-15. Repertorización de neumonía 108
Tabla 3-16. Opciones terapéuticas para el manejo de la neumonía 109
Tabla 3-17. Repertorización de la tos o resfriado 110
Tabla 3-18. Opciones terapéuticas para el manejo de la tos o resfriado 111
Tabla 3-19. Repertorización de la diarrea con deshidratación grave 113
Tabla 3-20. Opciones terapéuticas para el manejo de la diarrea con deshidratación grave 114
Tabla 3-21. Repertorización de la diarrea con algún grado de deshidratación 115
Tabla 3-22. Opciones terapéuticas para el manejo de la diarrea con algún grado de deshidratación 116
Tabla 3-23. Repertorización de la diarrea con riesgo de deshidratación 117

Tabla 3-24. Opciones terapéuticas para el manejo de la diarrea con riesgo de deshidratación 117
Tabla 3-25. Repertorización de la diarrea persistente grave 118
Tabla 3-26. Opciones terapéuticas para el manejo de la diarrea persistente grave 119
Tabla 3-27. Opciones terapéuticas para el manejo de la diarrea persistente 119
Tabla 3-28. Repertorización de la disentería 120
Tabla 3-29. Opciones terapéuticas para el manejo de la disentería 120
Tabla 3-30. Repertorización de la enfermedad febril de alto riesgo: meningitis 122
Tabla 3-31. Opciones terapéuticas del manejo de la enfermedad febril de alto riesgo: meningitis 122
Tabla 3-32. Repertorización de la enfermedad febril de riesgo intermedio: infección de vías urinarias 124
Tabla 3-33. Opciones terapéuticas para el manejo de la enfermedad febril de riesgo intermedio: infección de vías urinarias 125
Tabla 3-34. Repertorización de la mastoiditis aguda 126
Tabla 3-35. Opciones terapéuticas para el manejo de la mastoiditis aguda 127
Tabla 3-36. Repertorización de la otitis media crónica 128
Tabla 3-37. Opciones terapéuticas para el manejo de la otitis media crónica 128
Tabla 3-38. Repertorización de la otitis media aguda 129
Tabla 3-39. Opciones terapéuticas para el manejo de la otitis media aguda 130
Tabla 3-40. Repertorización de la amigdalitis estreptocócica 131
Tabla 3-41. Opciones terapéuticas para el manejo de la amigdalitis estreptocócica 132
Tabla 3-42. Repertorización de la amigdalitis viral 134
Tabla 3-43. Opciones terapéuticas para el manejo de la amigdalitis viral 135

Lista de abreviaturas

ABREVIATURA	TÉRMINO
AIEPI	Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia
IRA	Infección respiratoria aguda
EDA	Enfermedad diarreica aguda
OMS	Organización Mundial de la Salud
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
VSR	Virus Sincitial Respiratorio
GINA	Global Initiative for Asthma
DENV	Virus del Dengue
ARN	Ácido ribonucleico
OMA	Otitis media aguda
SRO	Sales de rehidratación oral

Introducción

La estrategia AIEPI constituye una serie de lineamientos científicos y humanizados encaminados a prevenir y tratar de manera oportuna las enfermedades que generan mayores índices de morbilidad y mortalidad en la población menor de 5 años. Gracias a su difusión e implementación se ha convertido en una estrategia exitosa, que a través de pautas claras y sencillas, le permite al personal de salud y a la comunidad general dar una respuesta adecuada y oportuna a las necesidades insatisfechas o no cubiertas en salud que habitualmente aqueja a este grupo poblacional.

La estrategia AIEPI está diseñada no solo para permitir el reconocimiento oportuno de las necesidades de tratamiento que el menor de 5 años requiere en un momento dado, sino que además ofrece alternativas de manejo que pretenden corregir la patología subyacente en el momento preciso. Alternativas que están al alcance de toda la población dado su bajo costo y el fácil acceso de la comunidad.

La homeopatía como sistema médico complejo pretende dar un manejo integral a las patologías del ser humano, conduciendo un proceso curativo o al restablecimiento de la salud, por medio de intervenciones de bajo costo y que en un momento dado podrían estar disponibles para todos los grupos poblacionales.

La homeopatía se ha mantenido vigente por un poco más de dos siglos, siendo útil en el tratamiento de enfermedades agudas y crónicas, e incluso en el nivel primario de atención en salud. Desde la década de 1970, la Organización Mundial de la Salud ha estimulado el reconocimiento del uso de la Medicina Tradicional Complementaria e Integrativa (MTCI) como parte de los sistemas nacionales de salud. Es así como en América Latina, países como Cuba y Brasil, han adoptado parte de este sistema médico, al considerar una relación costo-beneficio adecuada, una menor frecuencia de presentación de efectos adversos, un alto índice de curación y buena aceptación por parte de la población, haciendo que en las

últimas décadas las MTCI tengan una mayor demanda y legitimación social e institucional(1). El crecimiento y aceptación actual de las MTCI es tal, que ha llegado a impactar de manera positiva a los profesionales de salud. Se estima que en países como Suiza aproximadamente el 46% de los médicos de atención primaria cuentan con algún tipo de entrenamiento en este tipo de terapéuticas, mientras que en Inglaterra aproximadamente el 50% de los médicos generales del Servicio Nacional de Salud cuenta con dicha formación y en los países bajos, aproximadamente el 45% de los médicos de atención primaria en salud considera la homeopatía como su principal herramienta terapéutica(2).

En el año 2011, en Suiza se evaluó el uso de la homeopatía en el tratamiento de infecciones del tracto respiratorio superior, conceptuando que esta entidad es la principal causa de consultas de atención primaria, a su vez, es la principal causa de días de pérdida laboral y académica; esta evaluación concluyó que la Homeopatía tiene una categoría definida como de Efectividad Probable, toda vez que su uso disminuye la prescripción de antibiótico y la recidiva de los cuadros clínicos(3).

La Homeopatía ha demostrado su utilidad en el tratamiento de patologías crónicas y agudas; a lo largo de su historia se ha documentado su uso eficaz y eficiente respecto al tratamiento de enfermedades epidémicas. Lo anterior nos permite plantear la posibilidad de usar la Homeopatía como la base del tratamiento de las enfermedades de la infancia, buscando un tratamiento que integre los lineamientos de cuidados, promoción y prevención con la terapéutica que se ha mantenido vigente hasta la fecha.

El presente trabajo plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Es posible adoptar una guía de manejo con homeopatía para el tratamiento de las patologías prevalentes de la infancia?

Para responder el anterior cuestionamiento se plantea llevar a cabo un esquema de trabajo fundamentado en los conceptos de la doctrina homeopática, integrándolos con el material de revisión de interés científico, que soporte la utilidad del uso de homeopatía en el primer nivel de atención, con base en lo anterior se pretender generar un material didáctico diseñado en flujogramas, que le permita al lector visualizar la guía de manejo de las enfermedades prevalentes de la infancia a través de un enfoque homeopático, sin perder la estructura original de los lineamientos AIEPI vigentes en la actualidad, de igual manera,

la elaboración de este material permitirá constituirse en una fuente de consulta para los futuros estudiantes del área.

Con base en lo anterior se hizo una propuesta de un modelo de atención con enfoque homeopático unicista, que le permita al homeópata en formación y en ejercicio generar un aprendizaje académico de cada uno de los problemas planteados por la estrategia AIEPI con base en la clínica del paciente, el lenguaje repertorial y de la materia médica de los principales policrestos homeopáticos. Este material didáctico se presenta a modo de flujogramas en los que se fusiona el concepto de la estrategia AIEPI con la intervención que pueda llevarse a cabo con homeopatía, permitiendo que el lector interiorice el aprendizaje de la terapéutica homeopática teniendo en cuenta patologías que impactan de manera importante el estado de salud infantil en la atención primaria en salud.

1. Objetivos

1.1 Objetivo general

Formular una propuesta que tenga en cuenta el uso de la homeopatía, en especial de los de policrestos, como tratamiento de las enfermedades prevalentes de la infancia apoyado en la estrategia AIEPI.

1.2 Objetivos específicos

- Elaborar una propuesta de un modelo de atención que permita caracterizar las enfermedades prevalentes de la infancia para el grupo etario de 2 a 5 años y así generar conceptos que permitan elaborar el análisis de la materia médica correspondiente.

- Integrar los conceptos de la doctrina homeopática con un modelo de atención primaria en salud identificando la posible utilidad de la homeopatía en el tratamiento de las patologías que impactan de manera importante la salud de la población infantil.

- Sintetizar y resumir la información en un material didáctico que pueda ser usado como estrategia pedagógica a través de la cual se pretende postular un modelo de atención que guie el uso de los policrestos en la estrategia AIEPI.

- Crear un recurso de aprendizaje útil para los maestrantes de la Universidad Nacional de Colombia, donde se postulen los posibles tratamientos con base en la evaluación y clasificación clínica de la población menor a 5 años en el contexto de las enfermedades prevalentes de la infancia.

2. Marco teórico

2.1 Conceptos básicos de Homeopatía

La homeopatía es un sistema médico complejo que aborda la problemática del ser humano de una manera integral, tomando en consideración sus aspectos material, físico y biológico. Etimológicamente la palabra homeopatía deriva de dos raíces griegas: *homeios - semejante* y *pathos - padecimiento o enfermedad* aludiendo a uno de los principios que rige este sistema médico en el cual se considera el uso de medicamentos preparados a partir de sustancias que producen síntomas similares a los de la enfermedad(4).

Asume una perspectiva vitalista, donde la salud es el reflejo de un equilibrio de la energía vital; un desequilibrio de la misma lleva a una perturbación que se manifiesta clínicamente con síntomas y signos propios de cada individuo(5); el objetivo principal del tratamiento es lograr la curación de una manera rápida, suave y duradera a través de sustancias ya sometidas a procesos de experimentación pura y con dosis infinitesimales para evitar potenciales efectos no deseados en el paciente(4,6).

Christian Friedrich Samuel Hahnemann, padre de la homeopatía, fue un médico de nacionalidad alemana, nacido en Meissen en 1755. Tenía fuertes bases de conocimiento sobre química, que le permitieron proponer modelos experimentales en sujetos sanos con el objetivo de controlar el efecto de cada medicamento, basándose en el principio hipocrático *similia similibus curantur*. A través de la traducción del Tratado de la Materia Médica de William Cullen comprueba que los efectos de la quinina en un cuerpo sano correspondían a los síntomas que desarrollaban los enfermos y a partir de éste comprueba la existencia de la ley de semejanza.

Publicó obras importantes dentro de las cuales se encuentra *Organon der rationellem Heilkunst,* traducido como *Organon del arte de curar* (1810), que se constituye en la obra filosófica por excelencia del maestro Hahnemann(4,6).

Para la medicina homeopática, las enfermedades presentan dos grandes clasificaciones: enfermedades crónicas y enfermedades agudas. Para efectos del desarrollo del presente

trabajo se abordará un enfoque hacia los procesos agudos de las enfermedades prevalentes en pediatría.

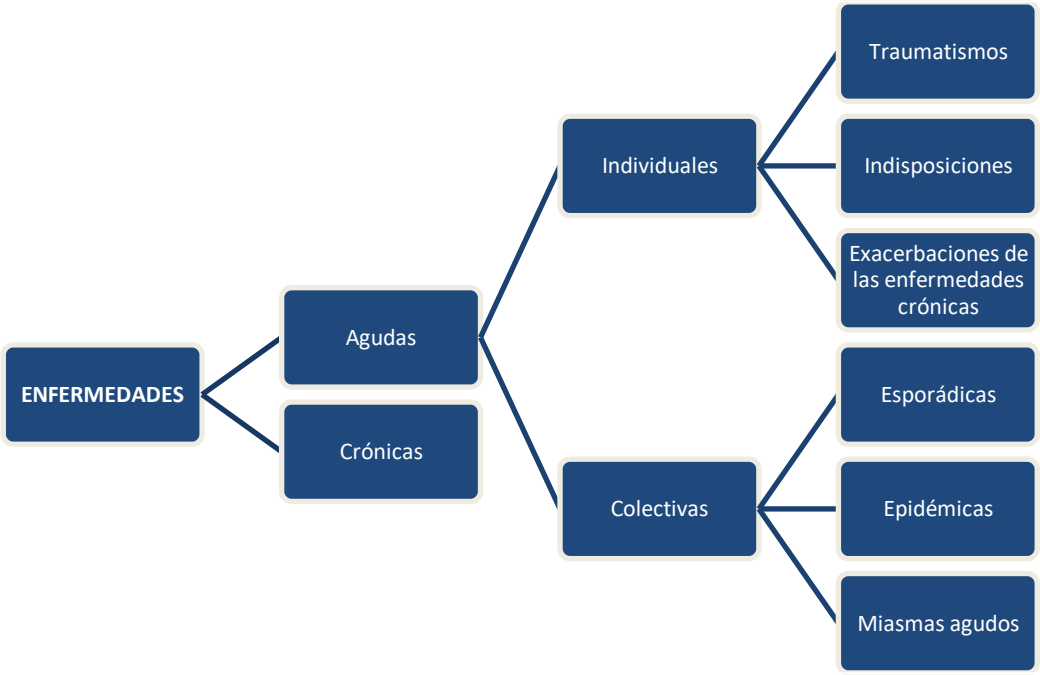
Al revisar la doctrina homeopática contenida en el Organon, encontramos la primera definición de enfermedades agudas y crónicas, que se considera a continuación(5):

- ***Parágrafo 72: Definición. Enfermedades agudas y crónicas.*** *"*Por un lado, las denominadas enfermedades agudas del hombre son procesos rápidos del principio vital anormalmente desarmonizado. Su evolución finaliza en un tiempo moderado, más o menor corto".

- ***Parágrafo 73: Tipos de enfermedades agudas.*** *"*Las enfermedades agudas son aquellas que afectan a las personas individuales y son causadas por noxas a las cuales está expuesta esa persona en particular". "Son en realidad explosiones transitorias de la psora latente si las enfermedades agudas no fueron demasiado violentas y fueron eliminadas rápidamente".
  "Por un lado están las enfermedades agudas, que son aquellas que afectan a algunas personas aquí y allá en forma simultánea" "a esto se agregan aquellas enfermedades agudas que, por motivos similares, afectan a muchas personas con padecimientos muy similares en forma epidémica. Cuando afectan a masas humanas concentradas, generalmente se convierten en contagiosas".

Con base en lo anterior se pueden clasificar las enfermedades de la siguiente manera(7):

Figura 2-1. Clasificación de las enfermedades según tiempo de evolución



Realizado por la autora a partir de la información tomada del Organon del Arte de Curar(5)

Entender estas definiciones nos resulta útil en el contexto del desarrollo del presente trabajo dado que nos permite dar un enfoque más preciso a la aplicación del concepto terapéutico a las enfermedades prevalentes de la infancia.

2.2 Salud de la Infancia

Aunque la salud es un derecho inalienable al ser humano, la salud de la población infantil se considera un bien invalorable que debe ser salvaguardado por todos los actores de nuestra sociedad. Bajo este precepto, en el año 2000 se fijó como uno de los objetivos del milenio reducir la mortalidad infantil al menos en dos terceras partes, considerando que la mortalidad ocasionada por causas prevenibles alcanza hasta un 44% en el grupo etario de 2 a 5 años. En cada país, e incluso en cada rincón del territorio, la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo de cada individuo durante la infancia varía ampliamente reflejando la inequidad que existe con relación a la disposición de los servicios de salud(7).

Es así como surge la necesidad de crear estrategias destinadas a garantizar la atención integral en salud para la población infantil, tomando como punto de partida el reconocimiento de la convención de los Derechos del Niño, para luego recorrer un camino que actualmente se continúa construyendo y cuya única pretensión es garantizar el bienestar integral de los niños en Colombia.

La estrategia de atención integrada de las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) parte de un objetivo principal: tratar la salud del niño y niña de una manera integral en un contexto que contempla las necesidades de su entorno familiar y comunitario, lo cual la ha constituido en una herramienta que ha permitido lograr una salud con mayor equidad en nuestro continente(7).

2.2.1 Situación continental y en Colombia

Las tasas de mortalidad infantil tienen una variación importante entre países del continente, relacionándose estrechamente con indicadores de pobreza. Así mismo, dichas cifras varían dentro del mismo país, siendo las regiones rurales aquellas con tasas de mortalidad infantil más altas(7).

Las patologías que generan mayor índice de mortalidad son las de origen infeccioso y parasitario. El grupo que presenta una mayor afectación es el comprendido en menores de cinco años (hasta un 74,3%), teniendo un impacto más relevante en los niños menores de 1 año(7).

Hacia el año 2000 en el marco de la Cumbre del Milenio y el desarrollo de sus objetivos, se logra implementar la Atención Integral en Salud a la primera infancia a través de estrategias dentro de las cuales se encuentra la Estrategia de Atención Integrada de Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), cuyo objetivo principal es mejorar la salud de la niñez, centrándose en el cuidado del estado de salud de los menores de cinco años, buscando que a partir de la toma de decisiones de manera oportuna, se logre un verdadero impacto en la reducción de la morbilidad y mortalidad causada por neumonía, enfermedad diarreica aguda, malaria, tuberculosis, dengue, meningitis, maltrato, trastornos nutricionales y enfermedades prevenibles, así como de sus complicaciones(8,9). En el año 2004 el Ministerio de la Protección Social, hoy Ministerio de Salud y Protección Social, a través de la emisión de la circular externa 018 reglamentó la prioridad de la salud infantil en los lineamientos del Plan de Atención Básica, estableciendo la obligatoriedad del cumplimiento de la estrategia en sus tres componentes(8).

La infección respiratoria aguda (IRA) es considerada la principal causa de morbilidad y mortalidad a nivel mundial, sobre todo en países en vías de desarrollo, en especial, en las ubicaciones geográficas más vulnerables. De este grupo de enfermedades, la neumonía tiene un mayor impacto en la mortalidad por esta causa, en especial en la población menor a 1 año(7).

Si se tienen en cuenta otras causas de mortalidad, se considera que anualmente cerca de 2 millones de las muertes de los niños menores de 5 años, están ocasionadas por la enfermedad diarreica aguda (EDA). Una enfermedad común que constituye la segunda causa de morbilidad y mortalidad a nivel mundial, presentando mayor incidencia en los países en vías de desarrollo, al no contar con condiciones sanitarias idóneas ni con una adecuada atención sanitaria(10).

Respecto a la situación nacional, Chocó posee la mayor mortalidad infantil por todas las causas siendo aproximadamente el doble respecto a la situación de otros departamentos, y 3,5 veces mayor respecto a San Andrés, que se estima tiene la menor tasa a nivel nacional. La tasa de mortalidad por todas las causas en Chocó se consideró para el bienio en 48,7 muertes por cada 1000 nacidos vivos. Otros departamentos aportan datos importantes al promedio nacional de la tasa de mortalidad infantil por todas las causas, siendo Boyacá, Tolima, Nariño, César, Atlántico, Norte de Santander, Córdoba, Bolívar,

Magdalena, Putumayo, Amazonas, Guaviare, Cundinamarca, Guajira, Cauca, Vichada, Caquetá, Guainía y Vaupés los más importantes. Respecto a la mortalidad por neumonía e influenza y diarrea, Vaupés tiene una mortalidad infantil de 4,5 superior que la del promedio nacional, seguido por departamentos como Guainía, Chocó, Atlántico y Magdalena que hacen importantes aportes a estas cifras. Por el contrario, Santander, Quindío, Risaralda y Valle del Cauca representan los departamentos con menor tasa de mortalidad por estas causas(7)

2.3 Estrategia AIEPI

2.3.1 Generalidades

La estrategia AIEPI constituye una serie de lineamientos de base clínica, elaborados con la pretensión de conservar la salud infantil y reducir la morbilidad y mortalidad de la población de 0 a 5 años, a través de políticas de prevención de la enfermedad y promoción de la salud aplicables en la comunidad en general, abordando problemas como enfermedades bacterianas graves (meningitis, septicemia y neumonía grave), infecciones agudas respiratorias (bronquitis, bronquiolitis, neumonía), enfermedad diarreica aguda y deshidratación secundaria, disentería, sarampión, malaria, desnutrición y anemia(7).

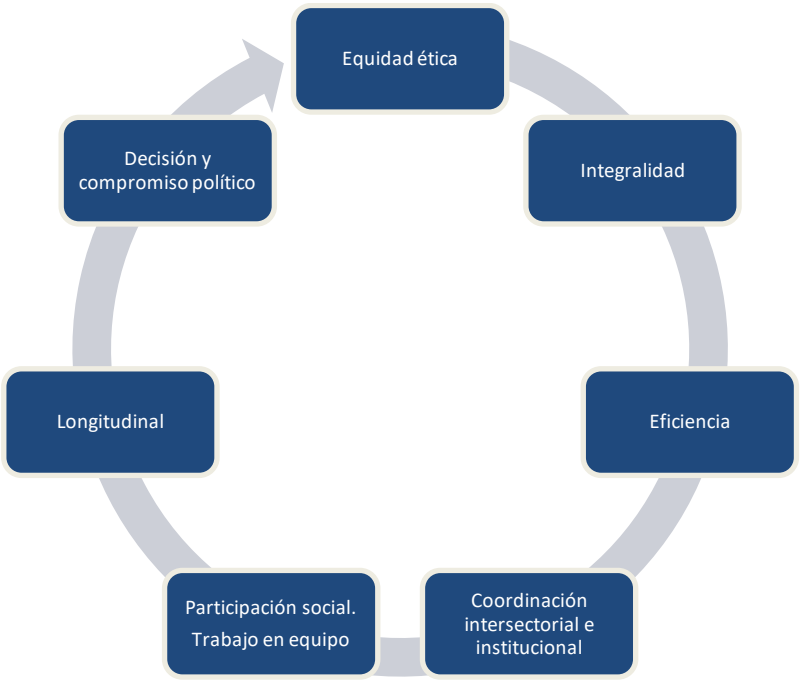
Esta estrategia fue creada en el año de 1996 en el marco de un trabajo conjunto entre la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo para las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), y, a través de los años, su implementación en países en vías de desarrollo ha permitido salvaguardar la vida de la población infantil(7).

En Colombia, la implementación de la estrategia se llevó a cabo en el marco legal de la Ley 100 de 1993, donde se establece el derecho esencial a la salud y la Resolución 412 de 2000 a través de la cual se adoptan normas técnicas y guías de prevención, detección, atención y recuperación de enfermedades en salud pública(8,10,11).

La estrategia AEIPI se encuentra edificada sobre la base de tres componentes: una organización local, uno comunitario y uno clínico. En el primer componente se gestiona la atención integral de los menores de 5 años, garantizando que las instituciones de la red

de apoyo tengan una adecuada y constante interacción entre sí, facilitando el trabajo integral con otros programas, estrategias y proyectos. El segundo componente a su vez fortalece la capacidad de la comunidad para atender y cuidar a sus niños a través de la promoción de las prácticas que se promueven en la estrategia. Y finalmente, en el tercer componente se mejoran las competencias del personal de salud respecto a la atención de los menores de 5 años y sus familias (ver figura 2-2)(11)

Figura 2-2. Principios de la Estrategia AIEPI

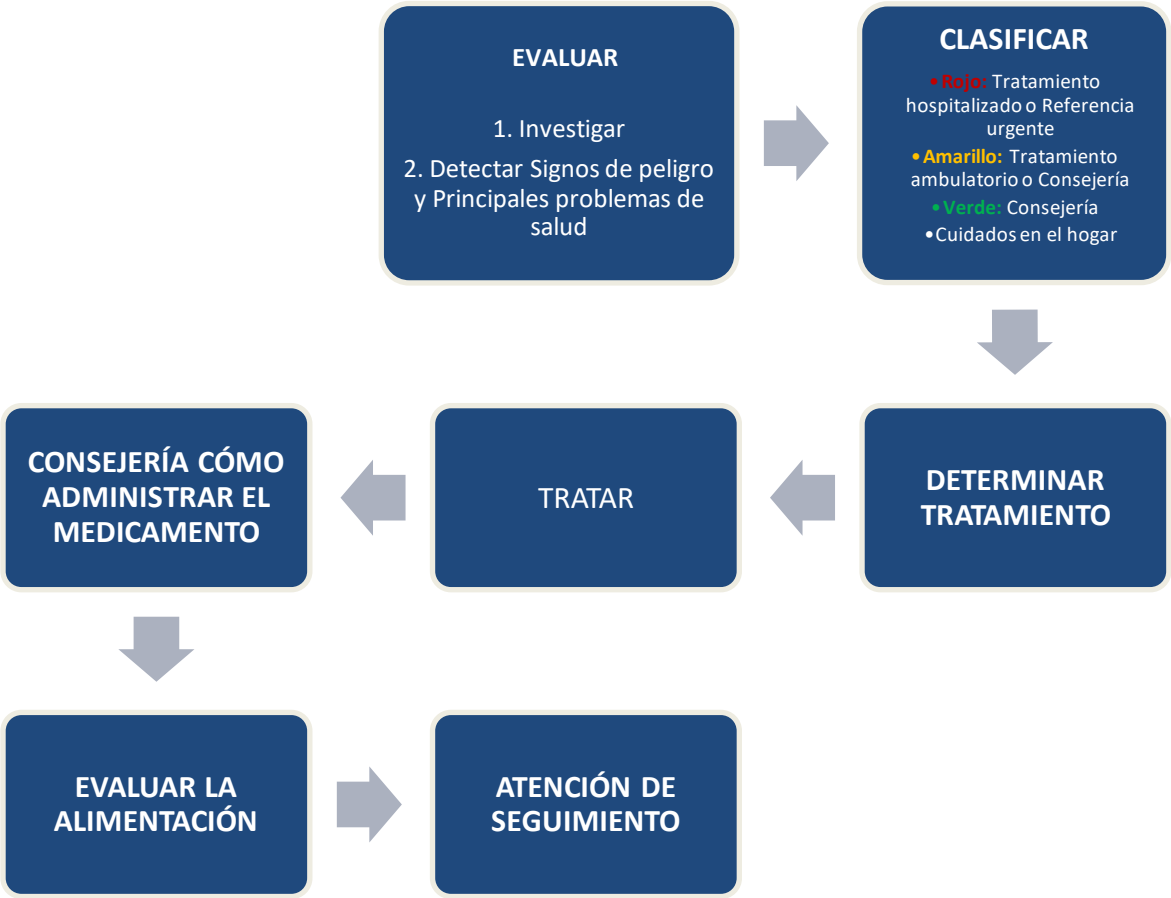


Realizado por la autora a partir de la información tomada de El Libro Clínico de la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia(11)

La atención médica basada en los lineamientos de la estrategia constituye un modelo destinado a detectar de manera oportuna los casos en la población de 0 a 5 años, a través de la identificación de signos clínicos característicos de cada patología, para clasificar de manera adecuada los casos y así generar un tratamiento oportuno. Con el fin de establecer

pautas claras en la atención, la población objetivo se encuentra divida en tres grandes grupos: atención para el grupo de mujeres gestantes y no gestantes en edad fértil, atención a menores de 2 meses de edad y atención para el grupo de 2 meses de edad a 5 años. Asimismo, se establecen 6 pasos en la atención que deben seguirse en cada caso (ver figura 2-3)(11)

Figura 2-3. Pasos de la Estrategia AIEPI



Realizado por la autora a partir de la información tomada de El Libro Clínico de la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia(11)

Si bien, el esquema de atención y seguimiento se enfoca en reducir la mortalidad por enfermedades prevalentes en la infancia, habrá patologías que se escapan a el abordaje del presente trabajo y deberán ser manejados de manera especial en otros contextos.

A continuación, se esquematiza el manejo integrado de casos para la población de 2 meses a 5 años visualizando la secuencia de pasos contemplados en el proceso de evaluación, clasificación y tratamiento de la población objetivo.

2.3.2 Evaluación y clasificación según la estrategia AIEPI

El objetivo de este cuadro de procedimientos es evaluar y clasificar las potenciales enfermedades con las que pueda cursar el menor, así como verificar que se cumpla la parte educativa con respecto a la promoción de medidas de protección; para esto el promotor o el médico de atención primaria en salud debe entablar una adecuada comunicación con el cuidador del menor encaminada a formular preguntas sobre los problemas puntuales del niño o niña verificando si además presenta signos generales de peligro. Posteriormente, se deben realizar preguntas acerca de los síntomas principales: haciendo énfasis en la tos o dificultad respiratoria, diarrea, fiebre, problemas de oído o de garganta. Si dentro de este proceso se logra identificar la presencia de un síntoma principal, es necesario realizar un interrogatorio más completo con el fin de clasificar la enfermedad. También, se debe verificar si hay problemas de salud bucal, malnutrición o anemia; interrogar si el menor ha recibido Vitamina A, hierro o antiparasitario, sin olvidar el estado de su esquema de vacunación al momento de la valoración. Asimismo, se debe evaluar el desarrollo y prácticas de buen trato(11)

La evaluación del niño debe ser integral, la mayoría presentan de ellos presentan signos o síntomas que se relacionan con una o varias patologías, la evaluación clínica se enfocará entonces en evaluar el estado general de salud del niño. Clasificar significa tomar una decisión sobre la gravedad de la enfermedad. No se trata de un diagnóstico preciso, sino de categorías de riesgo que le permiten al médico actuar y tratar de manera adecuada un caso específico. Para cada uno de los síntomas principales del niño se seleccionará una categoría de riesgo o clasificación de la enfermedad que corresponde a la gravedad de la misma(11)

Cada clasificación en los Cuadros de Procedimiento enumera signos clínicos de enfermedades y sus clasificaciones. Se dividen en 3 columnas: ***signos, clasificar como*** y ***tratamiento.*** La mayoría de los cuadros comprenden además tres o más filas de color ***rojo, amarillo*** o ***verde*** que indican la gravedad de la enfermedad (Ver figura 2-4)(11)

Figura 2-4. Ejemplo de clasificación por colores

SIGNOS	CLASIFICAR COMO	TRATAMIENTO
Inicie aquí ⇒	**Continúe aquí. ⇒**	⇒

Realizado por la autora a partir de la información tomada de El Libro Clínico de la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia(11)

Para el correcto uso de los cuadros, se debe iniciar por la columna de signos, leer la columna para determinar si el niño presenta o no el signo, si es así, detenerse y clasificar según el contenido de la fila. Este método, nos permite siempre asignar la clasificación más grave. Siempre se deberá empezar por la fila roja, en caso de que el niño no presente un signo correspondiente a esta categoría se deberá pasar a la fila amarilla y en caso de no presentar ninguno, pasar a la fila verde. Dicho sistema de clasificación deberá ser aplicado a cada uno de los problemas que resulten de la evaluación del niño, de esta manera se logrará un abordaje integral(11)

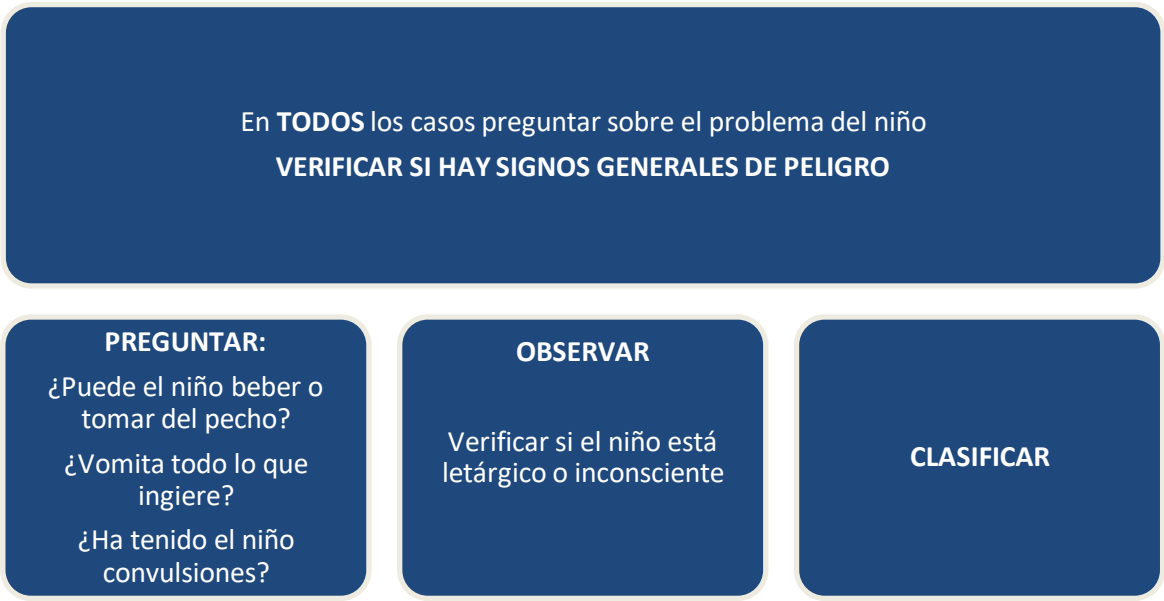
En este trabajo se presentan las patologías descritas en la estrategia de una forma más didáctica respetando la clasificación por colores.

2.4 Evaluar y clasificar a la niña o al niño de dos meses a cinco años de edad

2.4.1 Signos generales de peligro

Son signos generales que sin importar o conocer la patología causante implican que el menor cursa con un problema de salud grave que podría poner en peligro su vida y que deberá ser evaluado en un nivel de mayor complejidad y que en general debe recibir manejo intrahospitalario (ver figura 2-5) (11)

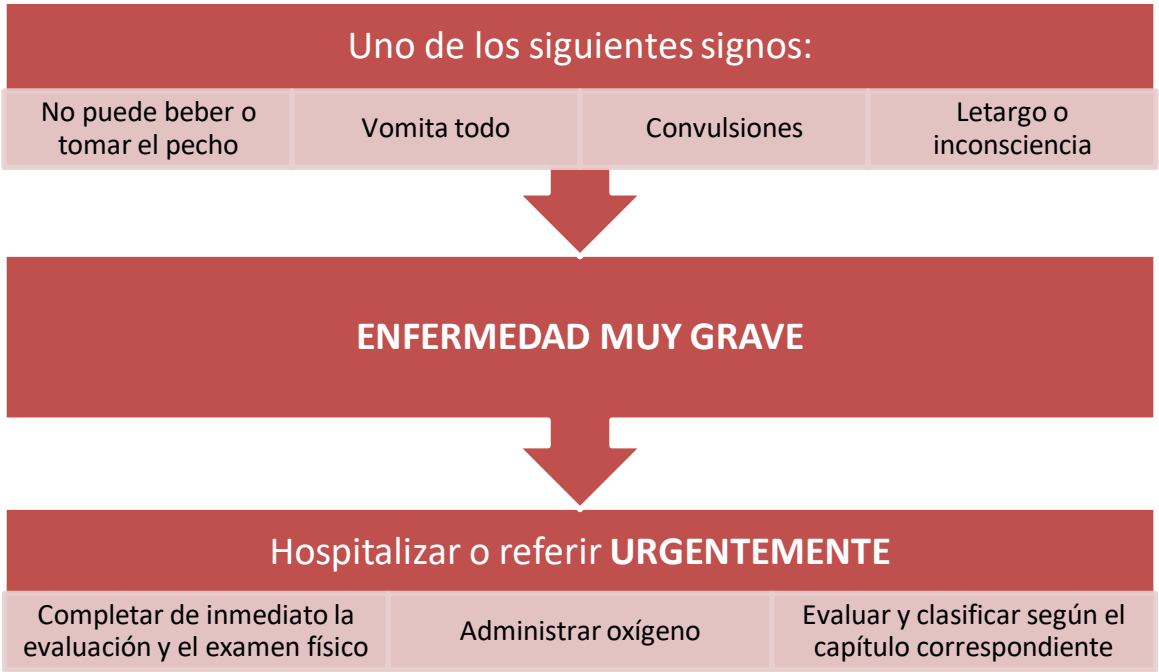
Figura 2-5. Verificación de signos generales de peligro



Realizado por la autora a partir de la información tomada de El Libro Clínico de la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia(11)

Un niño que presente un signo general de peligro es considerado como portador de enfermedad muy grave y debe recibir atención intrahospitalaria de manera inmediata o ser referido urgentemente a un nivel superior de complejidad (ver figura 2-6)(11)

Figura 2-6. Enfermedad grave



Realizado por la autora a partir de la información tomada de El Libro Clínico de la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia(11)

2.4.2 Evaluar y clasificar al niño con tos o dificultad para respirar

2.4.2.1 Enfermedad Respiratoria Aguda (IRA)

- ***Rinofaringitis o resfriado común***

La rinofaringitis o resfriado común es definido como un estado gripal de etiología viral de curso benigno y autolimitado, que puede durar de dos a cinco días en resolverse. Se caracteriza por un compromiso catarral de las vías respiratorias superiores, manifestado clínicamente por síntomas como rinorrea, obstrucción nasal, estornudos, odinofagia y fiebre en ocasiones puede estar asociado a tos. La rinofaringitis es la patología infecciosa

más frecuente en la edad pediátrica aumentando su incidencia durante el período de escolarización(11)

Aunque diversos tipos de virus pueden causar un resfriado común, la etiología más común son los grupos de rinovirus, myxovirus, paramyxovirus, adenovirus, picornavirus y coronavirus. Se estima que el Rhinovirus puede llegar a causar hasta un 35% del total de los resfriados comunes, afortunadamente produce un curso benigno de los síntomas y no es común que se derive en complicaciones. En contraparte, los virus de la influenza A y B, parainfluenza, virus sincitial respiratorio y enterovirus, si bien tienen una menor presentación como agentes causales de resfriados comunes, ya que tienen un potencial mayor de ocasionar infecciones severas del tracto respiratorio inferior en población lactante(11)

- ***Neumonía***

La neumonía es un proceso inflamatorio del parénquima pulmonar con compromiso ocasional de la pleura y cuya causa en general es de índole infecciosa bacteriana o viral dependiendo del grupo etario (ver tabla 2-1). Su presentación clínica es común y puede evolucionar tórpidamente hasta un desenlace fatal. Se caracteriza por síntomas como tos, fiebre, taquipnea, tirajes y compromiso variable del estado general. El diagnóstico clínico se basa en una adecuada auscultación, donde se encuentran signos como estertores, hipoventilación, matidez o submatidez, frémito vocal aumentado y soplo tubárico. Sin embargo, hay que tener presente que en lactantes o pacientes desnutridos estos signos pueden no ser tan claros e incluso pueden no estar presentes. Adicionalmente, se considera que la frecuencia respiratoria es el signo clínico que tiene mayor importancia como predictor de neumonía(11)

Tabla 2-1. Etiología de la neumonía según la edad

ETIOLOGÍA SEGÚN LA EDAD	BACTERIAS	VIRUS
RECIÉN NACIDO	Streptococcus beta hemolítico del grupo B Escherichia coli Listeria monocytogenes Staphylococcus aureus	Virus Sincitial respiratorio Citomegalovirus
3 SEMANAS A 3 MESES	Streptococcus pneumoniae Chlamydia trachomatis Bordetella pertussis Staphylococcus aureus Listeria monocytogenes	VSR Parainfluenza
4 MESES A 4 AÑOS	Streptococcus pneumoniae H. influenzae no tipificables H. influenzae tipo b Mycoplasma pneumoniae	VSR Parainfluenza Influenza A y B Adenovirus Rhinovirus Metapneumovirus
MAYORES DE 5 AÑOS	M. pneumoniae S. pneumoniae C. pneumoniae	Influenza A y B

Realizado por la autora a partir de la información tomada de El Libro Clínico de la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia(11)

- ***Laringotraqueítis***

El crup es un síndrome que incluye el crup espasmódico (crup recurrente), laringotraqueitis (crup viral), laringotraqueobronquitis y laringotraqueobronconeumonitis, siendo el primero el de mayor prevalencia en la población infantil. Es la causa más frecuente de obstrucción de la vía aérea superior en la infancia, constituye cerca del 15% de las consultas al servicio de urgencias pediátricas en los Estados unidos(12)

En nuestro país se estima que su frecuencia de presentación varia del 3 a 6% en niños menores de 6 años y se presenta principalmente en niños de tres meses a tres años que en la mayoría de los casos obedecen a una etiología infecciosa(11)

El crup viral, se presenta con mayor frecuencia en épocas de lluvias y frío y predomina en niños respecto a las niñas en una proporción de 2:1. Su transmisión se logra por contacto persona a persona o por contacto con secreciones infectadas. La infección inicia en la nasofaringe y se propaga hacia el epitelio de la laringe y la tráquea, y una vez en esta región anatómica, puede detenerse o continuar su expansión distal hacia el árbol respiratorio(12)

Clínicamente se caracteriza por grados variables de disfonía, estridor y dificultad respiratoria. Habitualmente los síntomas inician como una infección respiratoria aguda del tracto respiratorio superior, con febrícula, coriza y tos progresiva y la gran mayoría de los niños mejoran rápidamente al cabo de dos días, otros niños presentan afectación respiratoria como resultado de la inflamación difusa de las paredes de la tráquea y la movilidad de las cuerdas vocales. La inflamación progresiva y el edema mucoso y submucoso de la región subglótica asociado al aumento de la cantidad y viscosidad de las secreciones provoca disminución de la luz traqueal, ocasionando insuficiencia respiratoria e hipoxemia(13)

Hasta un 75% de los casos es causada por virus parainfluenzae tipo 1 y 3, siendo el tipo 1 el más común, también se encuentran otras etiologías virales como los enterovirus, virus sincitial respiratorio, rinovirus, virus influenza A y B, y adenovirus. Recientemente se ha involucrado el sarampión como un agente causal, sobre todo en aquellas poblaciones que no cuentan con un adecuado estado de inmunización. Cabe resaltar que, el virus influenza es el responsable de ocasionar los casos más severos. Aunque otros agentes causales como las bacterias se encuentran en una menor proporción, el Mycoplasma pneumoniae es el responsable de al menos el 3% de los casos y recientemente se ha visto involucrado el Corynebacterium diphtheriae(12)

Tabla 2-2. Etiología viral de Crup

ETIOLOGÍA	FRECUENCIA	SEVERIDAD
VIRUS PARAINFLUENZA TIPO 1 Y 3	Frecuente	Variable, usualmente severo con el tipo 3
ENTEROVIRUS	Ocasional a frecuente	Usualmente leve
VIRUS INFLUENZA TIPO A Y B	Ocasional a frecuente	Variable (severo con el tipo A)
VIRUS SINCITIAL RESPIRATORIO	Ocasional a frecuente	Leve a moderado
RINOVIRUS	Ocasional a frecuente	Usualmente leve
ADENOVIRUS	Ocasional	Leve a moderado
SARAMPIÓN	Raro	Moderado a severo

Realizado por la autora a partir de la información tomada de "Croup: An Overview(12)

- ***Bronquiolitis***

La bronquiolitis es un desorden del tracto respiratorio inferior. Se define como el primer episodio de broncoobstrucción en menores de dos años, precedido a una infección de vías respiratorias superiores en general 2 o 3 días antes(14)

Se caracteriza por presentar inflamación aguda, edema y posterior necrosis de las células epiteliales de las vías aéreas inferiores, que lleva a una producción de moco y fibrina aumentados dando como resultado la obliteración de la luz de la vía aérea con broncoespasmo en diferentes grados, atelectasias y en casos más severos, puede llevar a la pérdida de la relación ventilación/perfusión pulmonar causando hipoxemia(15)

La bronquiolitis es una patología de gran relevancia y se constituye como la primera causa de ingreso hospitalario en los menores de 1 año. Su incidencia ha ido en aumento a causa de múltiples factores entre ellos los medioambientales. Se considera que anualmente el 10% de los lactantes van a desarrollar un cuadro de bronquiolitis, con mayor presentación

entre los 2 y 6 meses de edad. De estos casos, hasta el 5% van a requerir manejo intrahospitalario y hasta el 70% de los niños con este diagnóstico van a presentar episodios sibilantes recurrentes durante su infancia(11)

En cuanto a su etiología es una patología de origen viral y tiene un comportamiento estacional. Clínicamente se caracteriza por presentar fiebre variable, secreción nasal y tos sibilante. Al examen físico se encuentran estertores crepitantes inspiratorios finos y/o sibilancias espiratorias. Los datos obtenidos a partir de la historia clínica y un adecuado examen físico permitirán establecer el diagnóstico, el cual es inminentemente clínico(11)

El Virus sincitial respiratorio es el responsable de cerca del 80% de los casos, otros virus involucrados son metapneumovirus humano (3 al 19%), rinovirus, adenovirus, virus influenza, parainfluenza (principalmente el tipo 3) y enterovirus(14)

La prematurez y los factores de riesgo individuales como enfermedades cardiopulmonares o inmunodeficiencia marcan la diferencia para el desenlace en cada uno de los casos. Cabe resaltar que, aunque los casos de mayor severidad se presentan con cianosis; se pueden manifestar inicialmente con apnea, sobre todo en pacientes prematuros. Sin embargo, es inusual encontrar un lactante tóxico por esta causa, por lo tanto, deberá pensarse en otro diagnóstico(11)

- ***Asma***

Existen diversas definiciones de asma. En general se adopta la definición planteada por *Global Strategy for Asthma Management and Prevention* (GINA*)* describiéndola como: *"una enfermedad heterogénea, usualmente caracterizada por inflamación crónica de la vía aérea con historia de síntomas respiratorios dados por sibilancias, disnea, opresión torácica y tos que varía en el transcurso del tiempo y en su intensidad, todo lo anterior asociado a limitación del flujo aéreo espiratorio"*(16)

Hasta un 18% de la población presenta asma y sus síntomas varían en frecuencia de presentación e intensidad acorde a factores externos como el ejercicio, exposición a alérgenos o irritantes, cambios climáticos o infecciones respiratorias virales. La historia familiar de atopia es el factor de riesgo más importante en niños, de hecho, se considera

que la presencia de dermatitis atópica en el niño mayor de tres años aumenta el riesgo de desarrollar asma entre los siete y los diez años de edad(17)

Aunque el asma puede tener un curso intermitente, mejorando de manera espontánea o requiriendo manejo farmacológico especifico, también puede presentar un curso persistente de la enfermedad, que, eventualmente podría progresar a estadios de mayor severidad. Esta entidad se puede diagnosticar a partir de síntomas y signos característicos como falta de aire, sibilancias, tos y presión torácica, con exacerbación nocturna o en la madrugada y en ocasiones puede correlacionarse con factores medioambientales externos(16)

A pesar de ello, el diagnóstico del asma durante la edad pediátrica representa un escenario más complejo respecto a la edad adulta, sobre todo en los menores de tres años, porque las sibilancias episódicas y la tos son síntomas muy comunes a enfermedades con clínica similar y etiopatonia distinta, por lo cual su tratamiento también deberá ser diferente(11)

2.4.2.2 Cómo evaluar a un niño con tos o dificultad para respirar?

En la evaluación y clasificación de todos los niños se debe preguntar si ¿el niño tiene tos o dificultad para respirar?; recordando que la dificultad para respirar es cualquier patrón anormal de respiración y puede ser descrito de muchas maneras por parte del cuidador como respiración “rápida”, “ruidosa”, “entrecortada” o “cansada”; si la respuesta es NO, se debe observar al menor buscando cualquier signo que indique que hay tos o dificultad para respirar. En caso de que lo anterior sea negativo, se debe continuar el abordaje hacia el siguiente síntoma principal, de lo contrario en la evaluación del niño procederá a preguntar ¿desde hace cuánto se presenta?, teniendo en cuenta que la tos crónica es aquella con duración mayor a 21 días y puede ser indicativa de tuberculosis, tos ferina u otros problemas que deben ser cuidadosamente estudiados para realizar un abordaje adecuado(11)

Adicionalmente, se debe evaluar las respiraciones por minuto. Para lo cual el niño debe estar tranquilo, mientras que el evaluador observa y escucha atentamente la respiración, contando el número de veces que respira el niño en un minuto (ver tabla 2-3)(11)

Tabla 2-3. Patrones de frecuencia respiratoria

SI EL NIÑO TIENE	***EL NIÑO TIENE RESPIRACIÓN RÁPIDA SI USTED CUENTA:***
MENOS DE 2 MESES	60 respiraciones o más por minuto
2 A 11 MESES	50 respiraciones o más por minuto
12 MESES A 5 AÑOS	40 respiraciones o más por minuto

Realizado por la autora a partir de la información tomada de El Libro Clínico de la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia(11)

Asimismo, se debe observar la presencia de tirajes subcostales y la saturación de oxígeno. La presencia de un tiraje subcostal es el signo más confiable para identificar la necesidad de manejo hospitalario, ya que indica que el niño usa los músculos abdominales y el diafragma para lograr respirar. Este debe evaluarse durante la inspiración y para ser positivo, deberá estar presente todo el tiempo. Se recomienda medir la saturación en todo menor con tos o dificultad para respirar, y un descenso en su valor normal determinará la necesidad de suministrar oxígeno suplementario o iniciar manejo intrahospitalario(11)

También se debe escuchar y auscultar si hay estridor o sibilancias. El estridor se produce durante la inspiración por una obstrucción de la vía aérea superior ya sea por inflamación laríngea, en tráquea o en epiglotis o por la presencia de un cuerpo extraño. Los cambios inflamatorios afectan el correcto flujo de aire hacia los pulmones y eventualmente podría poner en peligro la vida del menor. El niño con estridor puede tener o no respiración rápida o tiraje subcostal y cuando este se presenta durante el reposo, estamos ante un escenario de obstrucción grave de la vía aérea. La causa más común de estridor es la Laringotraqueítis o crup viral y en lactantes menores la causa más común es el estridor laríngeo congénito. Ante un caso de estridor súbito durante el reposo y audible a distancia siempre se debe sospechar la presencia de cuerpo extraño en la vía aérea(11)

Las sibilancias son ruidos suaves que se escuchan durante la espiración; y generalmente son causadas por un estrechamiento y obstrucción al paso del aire en los pulmones. La causa más frecuente de sibilancias en el lactante menor corresponde a bronquiolitis, en niños mayores y con episodios recurrentes, el asma es la causa más importante. Hay otras causas menos comunes de sibilancias pero que deben siempre ser evaluadas corresponden a otras infecciones como las neumonías virales o las infecciones por Mycoplasma. Durante la auscultación también se deben buscar signos de dificultad respiratoria(11)

Si el niño tiene sibilancias se debe indagar si ¿es el primer episodio? o ¿es recurrente? La recurrencia del cuadro da la pauta para la instauración del tratamiento. Un niño con episodios recurrentes de sibilancias podría tener asma y se deberá instaurar un correcto manejo de la crisis al igual que un seguimiento a largo plazo con el tratamiento correspondiente. Por el contrario, un lactante que cursa con su primer episodio sibilante, probablemente se deba a un cuadro de bronquiolitis y su manejo será diferente(11)

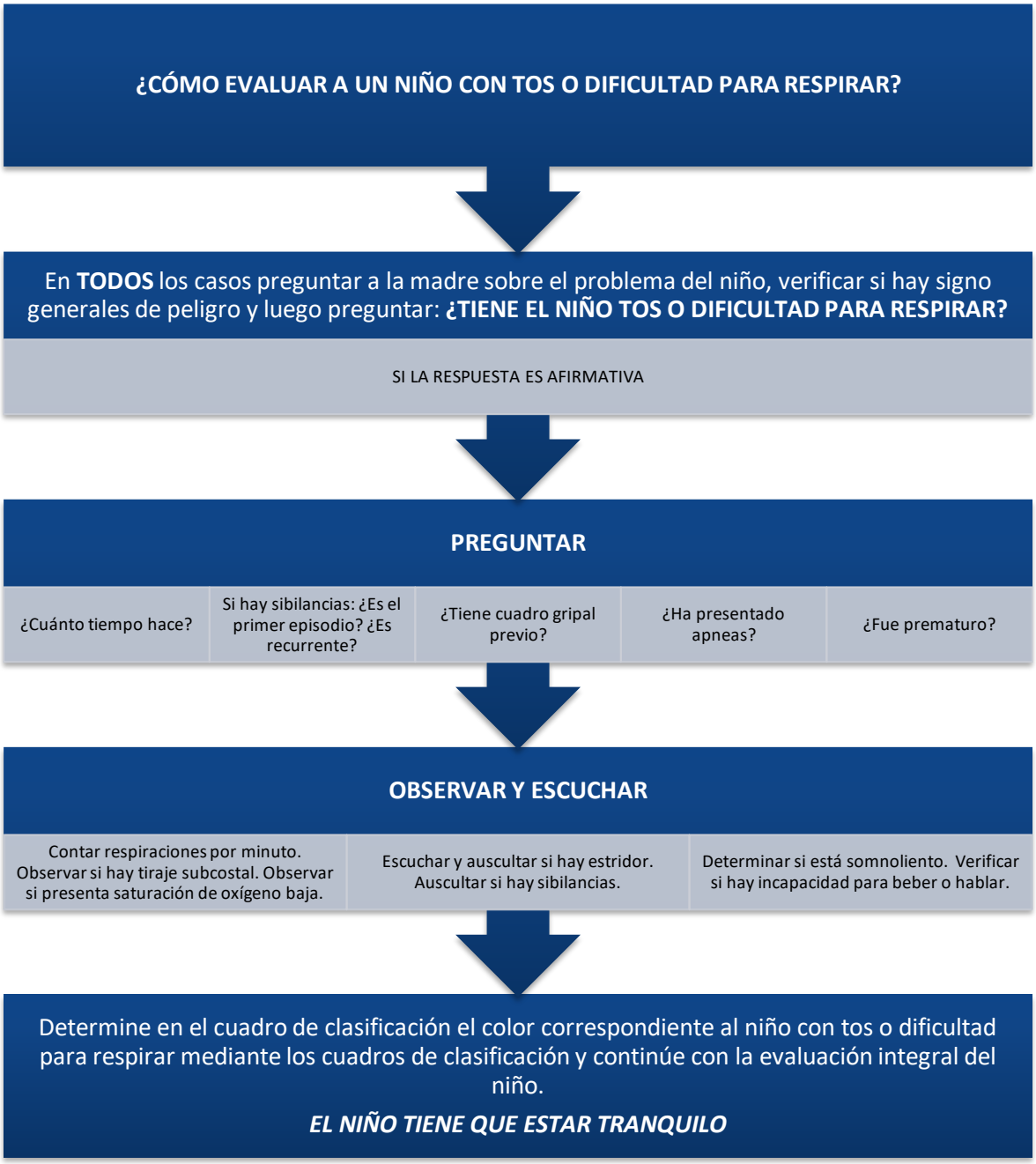
La siguiente pregunta para realizar pretende indagar si el niño ¿tiene cuadro gripal previo? ya que la presencia de un cuadro gripal 2 o 3 días antes del inicio de las sibilancias ayuda a sospechar bronquiolitis como posibilidad diagnóstica. Luego se indaga si ¿ha presentado apneas?, la apnea es una pausa respiratoria mayor de 20 segundos o a una pausa más corta asociada a cianosis, palidez, hipotonía o bradicardia. Es una forma de presentación frecuente de bronquiolitis en el lactante menor y obliga a dar un manejo intrahospitalario, la tos ferina es otra causa desencadenante de apneas(11).

Finalmente, se debe preguntar si ¿fue prematuro el niño?, la prematuridad es un factor de riesgo para desarrollar procesos respiratorios más severos. En el caso de la bronquiolitis en un menor de 6 meses, con antecedente de prematuridad, es necesario iniciar manejo intrahospitalario, ya que esta población presenta mayor riesgo de complicación y muerte(11)

Dentro de la evaluación se debe observar y determinar su estado general y su capacidad para beber y hablar. Para lo cual se observa si el menor ¿está somnoliento, confuso o agitado? La alteración del estado de conciencia es un signo de gravedad derivado de la hipoxemia. Un niño con sibilancias y presencia de agitación o confusión presenta un estado grave que indica manejo urgente intrahospitalario.

Por último, se observa si ¿tiene incapacidad para beber o hablar? La imposibilidad para beber o hablar derivados del síndrome de dificultad respiratoria, ubica al menor en un estado de severidad tal que deberá recibir manejo intrahospitalario de manera inmediata (ver figura 2-7)(11)

Figura 2-7. Evaluación del niño con tos o dificultad respiratoria



2.4.2.3 Clasificación de un niño con tos o dificultad para respirar

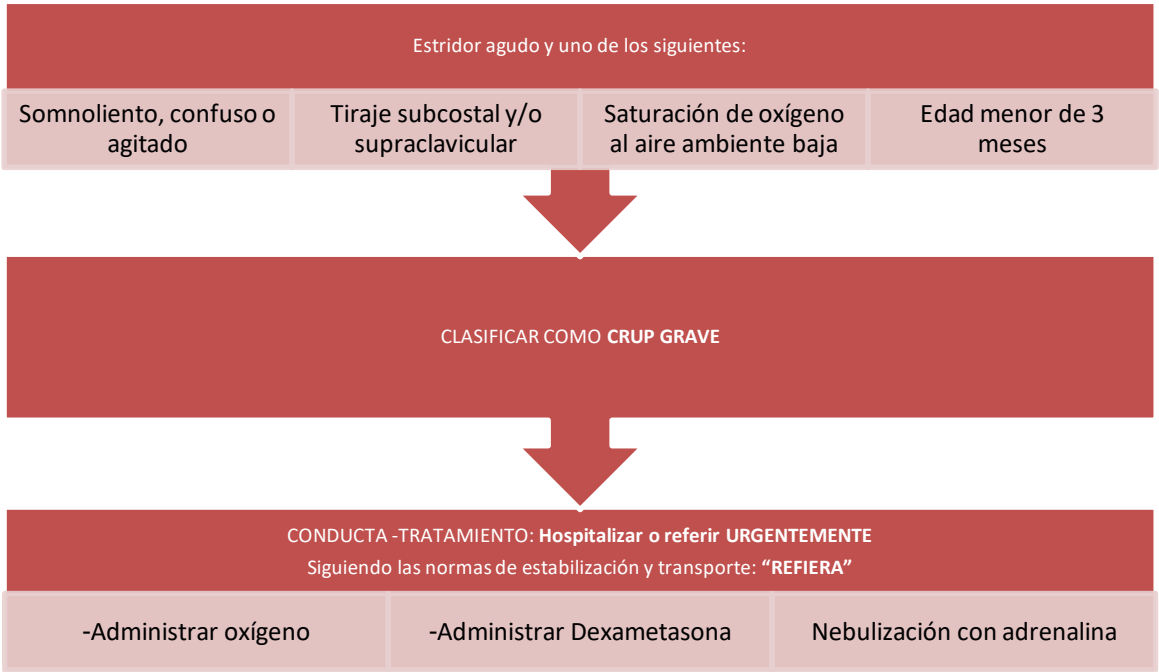
Para clasificar al niño que presenta tos o dificultad para respirar, se debe evaluar en primer lugar si presenta sibilancias o estridor, en caso de presentar algún ruido anormal clasificar la severidad de la obstrucción de la vía aérea. En caso contrario, no se deberá utilizar este cuadro de clasificación y se avanzará al siguiente cuadro para clasificar la tos o dificultad para respirar con el propósito de evaluar la posibilidad de una neumonía o la gravedad de la misma(11)

Si el niño tiene estridor o sibilancias se deberá clasificar la obstrucción de la vía aérea y tenemos seis maneras posibles para clasificarla(11):

- Crup grave.
- Bronquiolitis grave.
- Sibilancia grave o sibilancia recurrente grave.
- Crup.
- Bronquiolitis.
- Sibilancia o sibilancia recurrente.

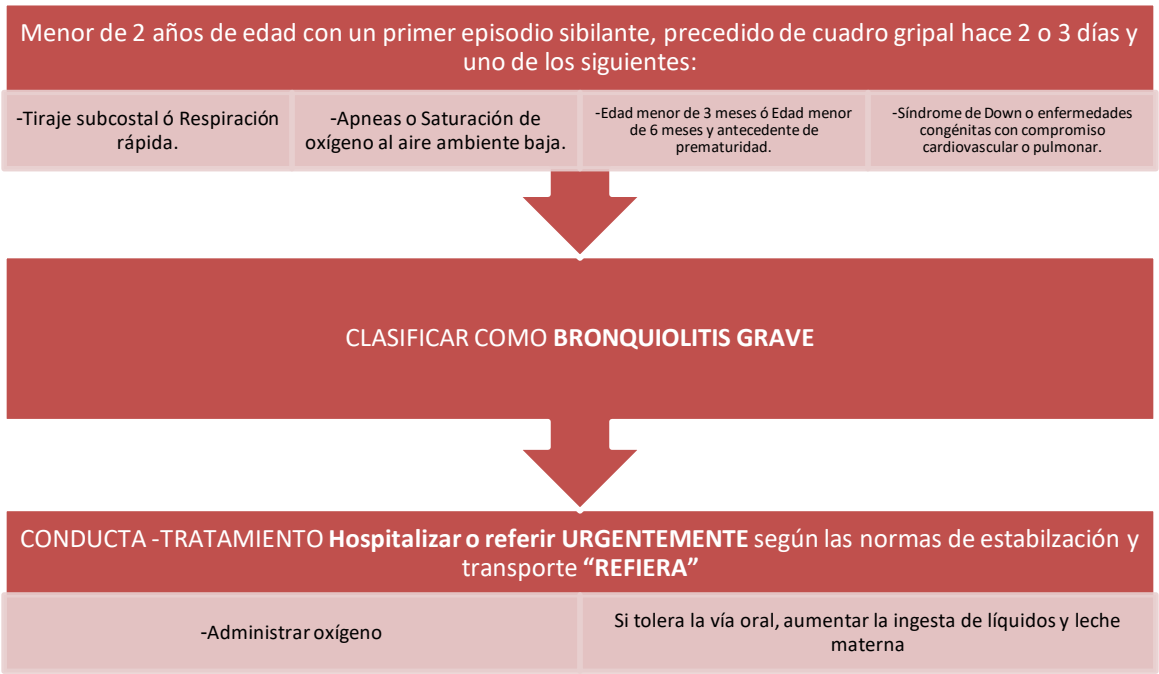
A continuación se esquematiza la clasificación de acuerdo a las categorías mencionadas:

Figura 2-8. Clasificación del niño con sibilancias o estridor, con obstrucción de la vía aérea: CRUP grave



Realizado por la autora a partir de la información tomada de El Libro Clínico de la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia(11)

Figura 2-9. Clasificación del niño con sibilancias, estridor, con obstrucción de la vía aérea: Bronquiolitis grave

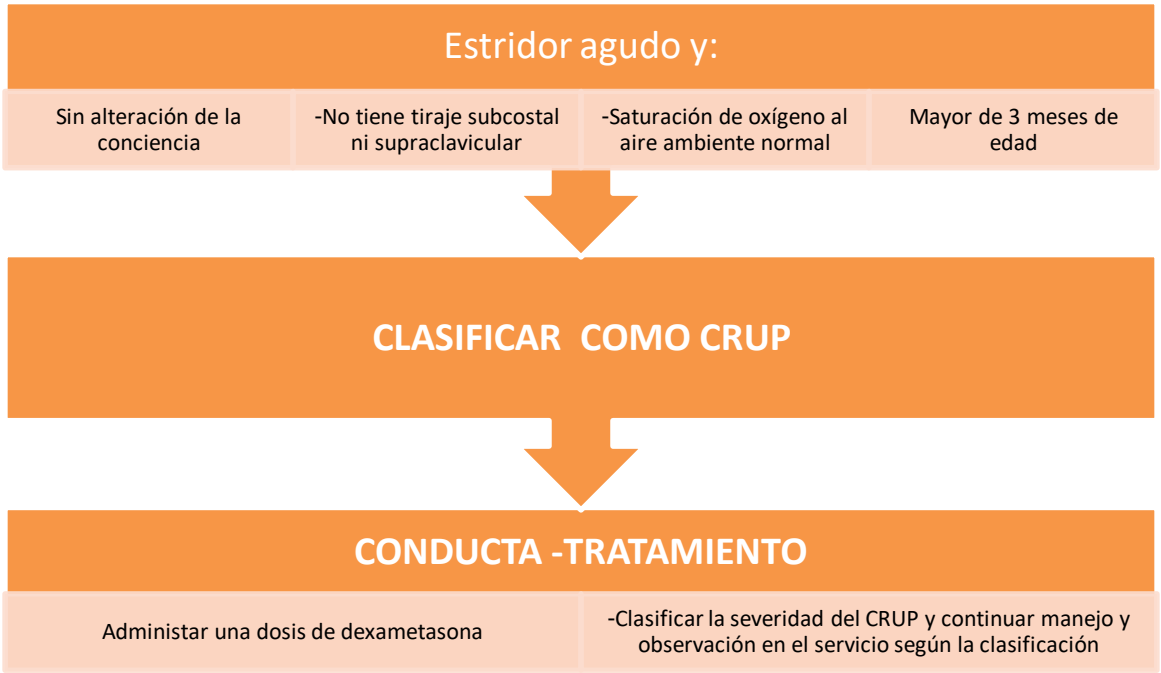


Realizado por la autora a partir de la información tomada de El Libro Clínico de la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia(11)

Figura 2-10. Clasificación del niño con sibilancias o estridor, con obstrucción de la vía aérea: Sibilancia grave o Sibilancia grave recurrente

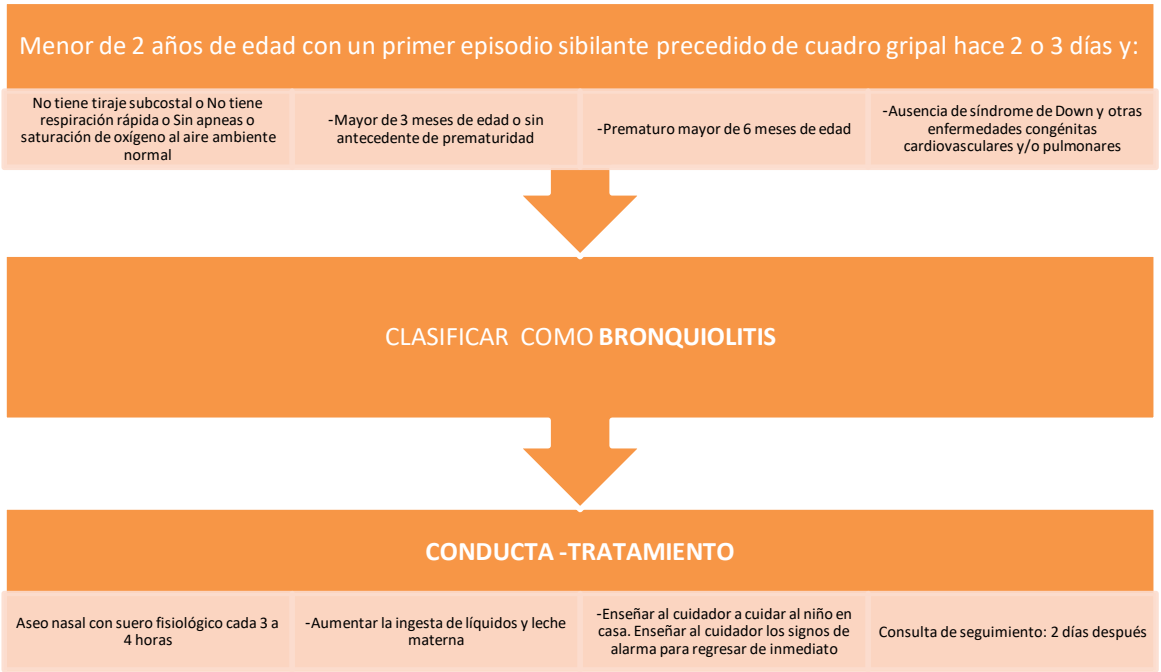
Realizado por la autora a partir de la información tomada de El Libro Clínico de la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia(11)

Figura 2-11. Clasificación del niño con sibilancias o estridor, con obstrucción de la vía aérea: CRUP



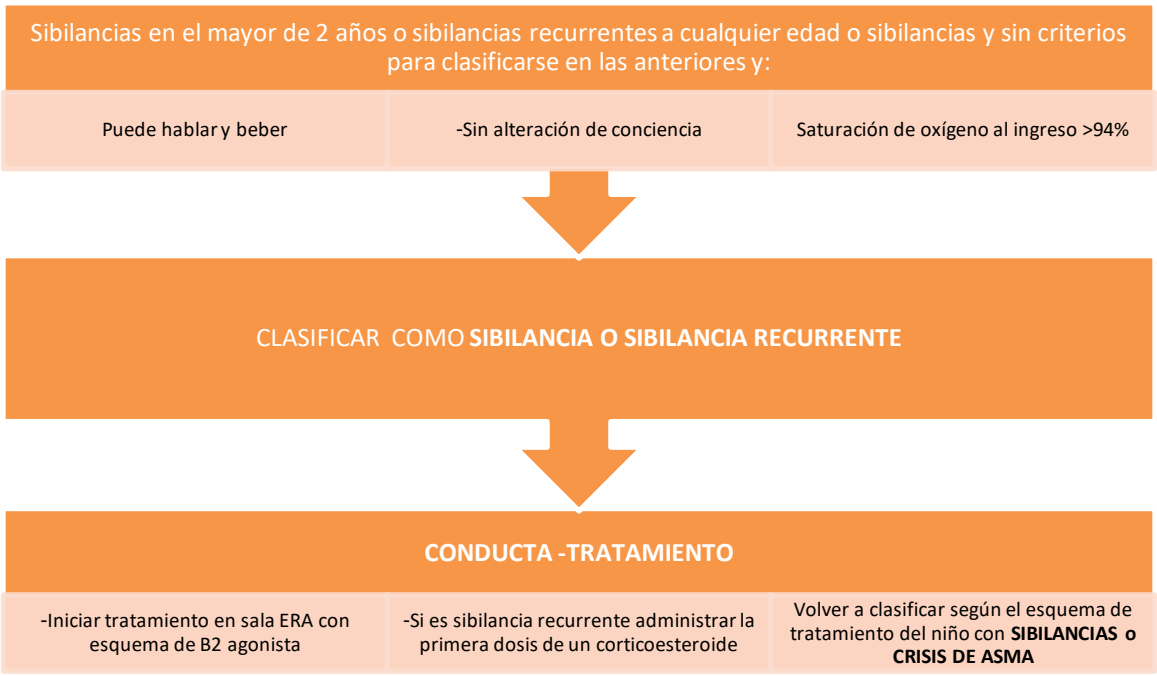
Realizado por la autora a partir de la información tomada de El Libro Clínico de la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia(11)

Figura 2-12. Clasificación del niño con sibilancias o estridor, con obstrucción de la vía aérea: Bronquiolitis



Realizado por la autora a partir de la información tomada de El Libro Clínico de la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia(11)

Figura 2-13. Clasificación del niño con sibilancias o estridor, con obstrucción de la vía aérea: Sibilancia o sibilancia recurrente

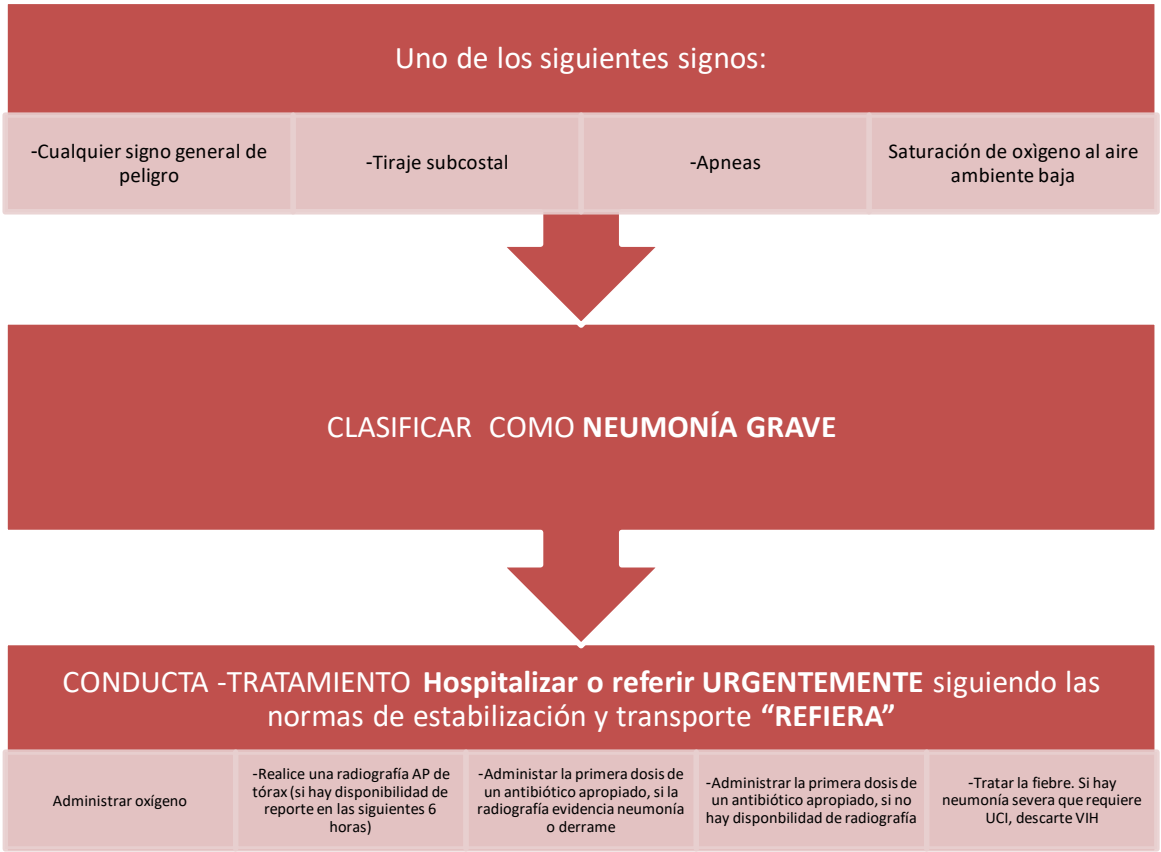


Realizado por la autora a partir de la información tomada de El Libro Clínico de la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia(11)

En el niño con tos o dificultad para respirar que no presenta estridor o sibilancias y no tiene criterios para la clasificación anterior se clasificará en el cuadro de tos o dificultad para respirar; hay tres posibles maneras para clasificar al niño(11)

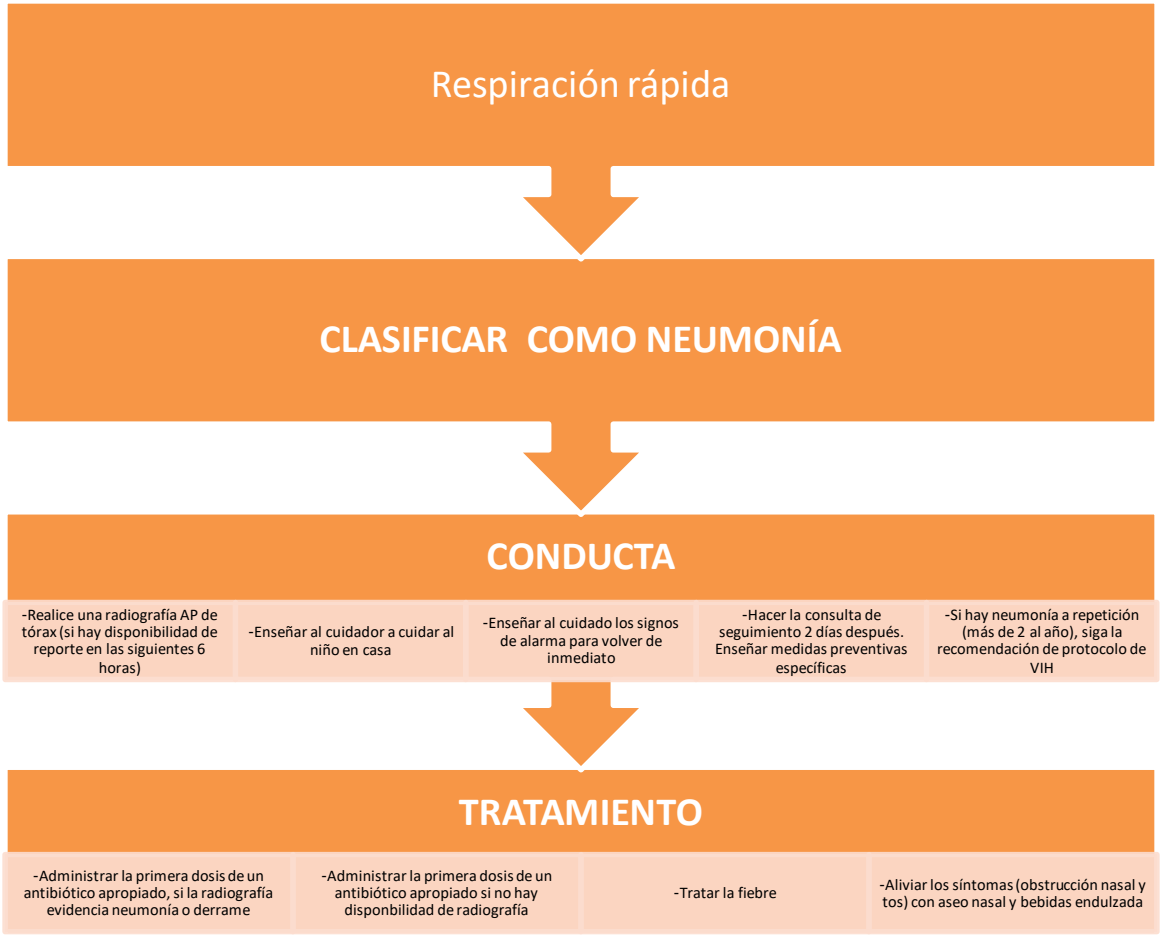
- Neumonía grave.
- Neumonía.
- Tos o resfriado.

Figura 2-14. Clasificación del niño con tos o dificultad para respirar, sin obstrucción de la vía aérea: Neumonía grave



Realizado por la autora a partir de la información tomada de El Libro Clínico de la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia(11)

Figura 2-15. Clasificación del niño con tos o dificultad para respirar, sin obstrucción de la vía aérea: Neumonía



Realizado por la autora a partir de la información tomada de El Libro Clínico de la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia(11)

Figura 2-16. Clasificación del niño con tos o dificultad para respirar, sin obstrucción de la vía aérea: Tos o resfriado

Realizado por la autora a partir de la información tomada de El Libro Clínico de la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia(11)

2.4.3 Evaluar y clasificar al niño con diarrea

La diarrea es una enfermedad que afecta frecuentemente a la población infantil y representa un riesgo importante para los menores de cinco años dado que presentan una mayor predisposición a desarrollar complicaciones como sepsis, deshidratación y muerte. Su definición contempla el aumento en el número de deposiciones y/o una disminución en su consistencia. Esta patología es de rápida instauración y puede estar acompañada de otros síntomas como náuseas o emesis y signos como fiebre o dolor abdominal(18)

Según el manual elaborado para la atención de enfermedades prevalentes de la infancia, se estima que más de un millón y medio de niños menores de cinco años mueren por diarrea anualmente. Ocho de cada diez de estos fallecimientos ocurren durante los primeros dos años de vida y los niños menores de tres años en los países en vías de

desarrollo presentan en promedio tres episodios de diarrea anualmente. La mayoría de los decesos son secundarios a deshidratación, condición que tiene un tratamiento relativamente sencillo si se emplea el uso de sales de rehidratación oral. Cabe resaltar que la disentería y la diarrea persistente con desnutrición son también causas importantes de muerte en esta población especifica(7)

- ***Enfermedad diarreica aguda (EDA)***

La Organización Mundial de la Salud define como enfermedad diarreica aguda (EDA) como *"la presencia de tres o más deposiciones en 24 horas, con una disminución en la consistencia habitual y una duración menor de 14 días"*(19)

La diarrea simple es definida como un cuadro clínico de diarrea usual, autolimitada en general, con pocos días de evolución y sin ninguna de las características de los demás tipos de diarrea. Aunque la deshidratación es el principal peligro que se afronta en con la diarrea simple, en general se logra controlar con medidas básicas como la hidratación oral(20)

- ***Disentería***

La diarrea con disentería es aquella que se acompaña de sangre en las heces y se interpreta como una diarrea invasora de origen bacteriano o amebiano. La etiología bacteriana es la responsable en la mayoría de los casos de la enfermedad diarreica aguda que se prolonga por más de 14 días. El daño de la mucosa intestinal, la sepsis y la desnutrición son los principales peligros de esta patología(18)

- ***Diarrea persistente***

La diarrea persistente que dura 14 o más días. En este tipo de diarrea el principal peligro que afronta el niño es el riesgo de desnutrición, sepsis e infecciones extraintestinales severas, también puede sobrevenir deshidratación(18)

Alrededor del 10% de los casos de diarrea aguda evolucionan a un estado persistente, generando deterioro nutricional importante que a su vez se asocia con una mayor mortalidad infantil. Del 35 al 50% de las muertes por diarrea obedecen a diarrea persistente, que, en la gran mayoría de los casos, ocurre en niños malnutridos y en quienes su presentación conlleva a un mayor impacto nutricional(20)

Finalmente, en los niños con diarrea asociado a desnutrición severa (marasmo o kwashiorkor), los principales riesgos son las infecciones sistémicas severas, la deshidratación, la falla cardíaca y la deficiencia de vitaminas y minerales. Este tipo de diarrea es la que aporta un mayor indicador de mortalidad en la población objeto(20)

El tratamiento de cada tipo de diarrea debe orientarse a prevenir o tratar los peligros principales que cada uno representa: la deshidratación, la desnutrición, la sepsis y la , muerte(11)

La principal causa de diarrea aguda con las infecciones entéricas, que pueden corresponder a la presencia de virus, bacterias, parásitos u hongos en el organismo. Sin embargo, aunque en algunas ocasiones se deben considerar otras causas; la etiología viral suele ser la más común en la población pediátrica(11,21)

Tabla 2-4. Causas de diarrea aguda

CAUSAS	***MENORES DE 5 AÑOS***	***MAYORES DE 5 AÑOS***
Infecciones entéricas	Diarrea viral: - Rotavirus grupo A. - Adenovirus entérico. - Astrovirus. - Calicivirus humanos: Norovirus y Sapovirus.	Campylobacter Salmonella Rotavirus Adenovirus

	Diarrea bacteriana: - Salmonella. - Shigella. - Campylobacter - Escherichia coli. - Aeromonas. Diarrea parasitaria: - Giardia lamblia. - Cryptosporidium parvum.	
Infecciones extraintestinales	Infecciones respiratorias	Gripe Infecciones virales
Alergia alimentaria	Alergia a proteínas leche de vaca Alergia a proteínas de soja	
Patología gastrointestinal		Color irritable Enfermedad inflamatoria intestinal
Endocrinopatías	Hipertiroidismo Diabetes mellitus Síndrome de Addison	
Neoplasias	Feocromocitoma Síndrome carcinoide	
Cuadros quirúrgicos	Invaginación	Apendicitis aguda
Fármacos	Antibióticos laxantes	
Intoxicaciones	Metales pesados (cobre, zinc).	

Realizado por la autora a partir de la información tomada de los artículos “Diarrea Aguda”, Revista Española de Enfermedades Digestivas, 2005 y “Gastroenteritis Aguda”, Pediatría Integral, 2011 (18,21)

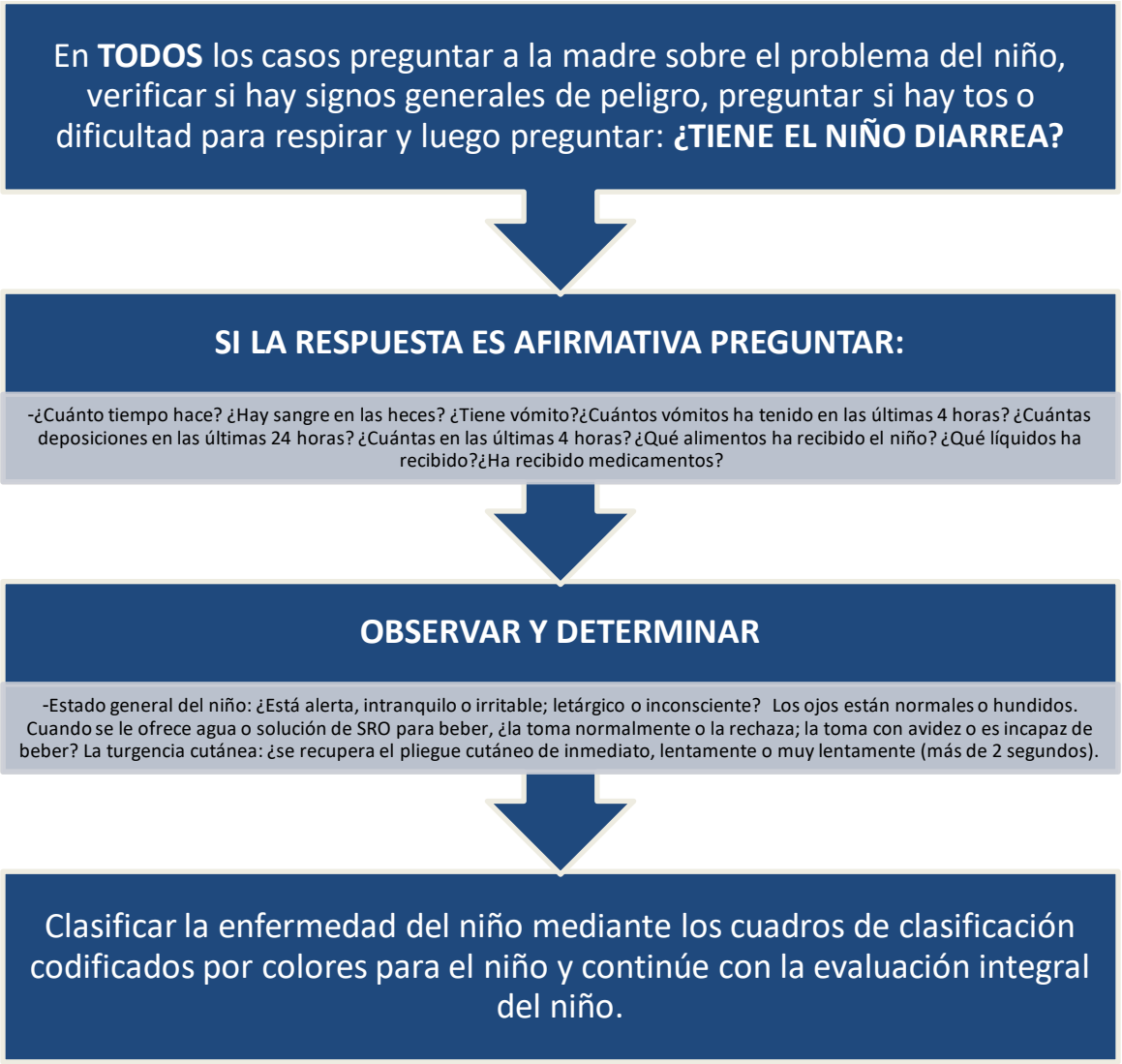
En la práctica clínica en la mayoría de las veces no es necesario conocer la etiología para iniciar un adecuado tratamiento ya que en muy pocas ocasiones es posible identificar los microorganismos en el examen de materia fecal (coprológico, coproscópico o coprocultivo)

y por lo tanto, no se recomienda realizar este examen de rutina para iniciar el tratamiento(21)

2.4.3.1 ¿Cómo evaluar al niño con diarrea?

La evaluación de un niño con diarrea se lleva a cabo teniendo en cuenta la evolución y la presencia o no de disentería. Sin embargo, el principal ítem a evaluar es el estado de hidratación ya que este dará la pauta del manejo. La estrategia AIEPI contempla un esquema de evaluación basado en cuatro signos de deshidratación, de fácil aplicación clínica que permite clasificar adecuadamente al niño(11)

Figura 2-17. ¿Cómo evaluar y clasificar a un niño con diarrea?



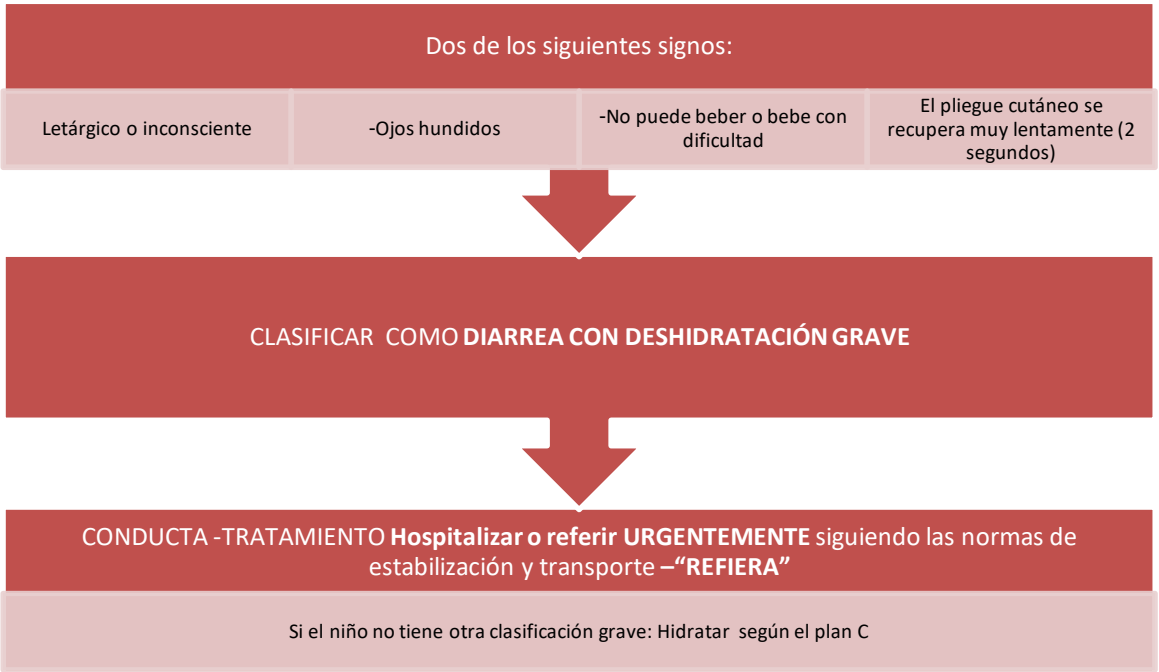
Realizado por la autora a partir de la información tomada de El Libro Clínico de la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (11)

2.4.3.2 Clasificación del niño con diarrea aguda

La diarrea aguda se puede clasificar según el estado de deshidratación(11)

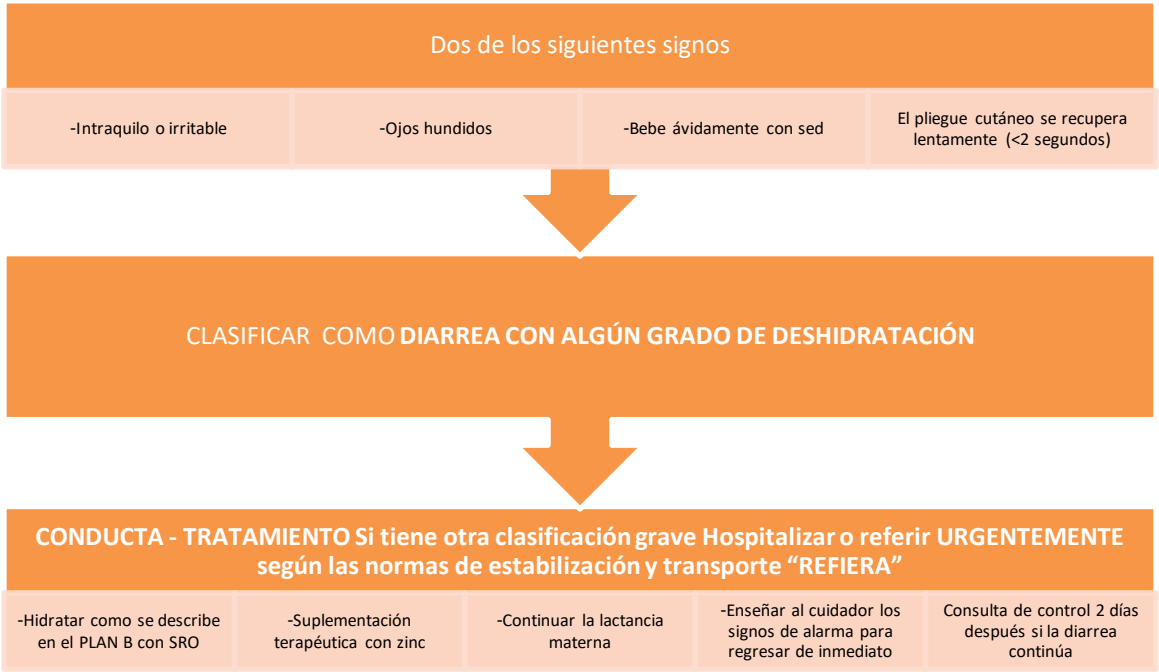
- Deshidratación grave.
- Algún grado de deshidratación.
- Alto riesgo de deshidratación.
- Sin deshidratación.

Figura 2-18. Clasificación del estado de hidratación en niños con diarrea con deshidratación grave



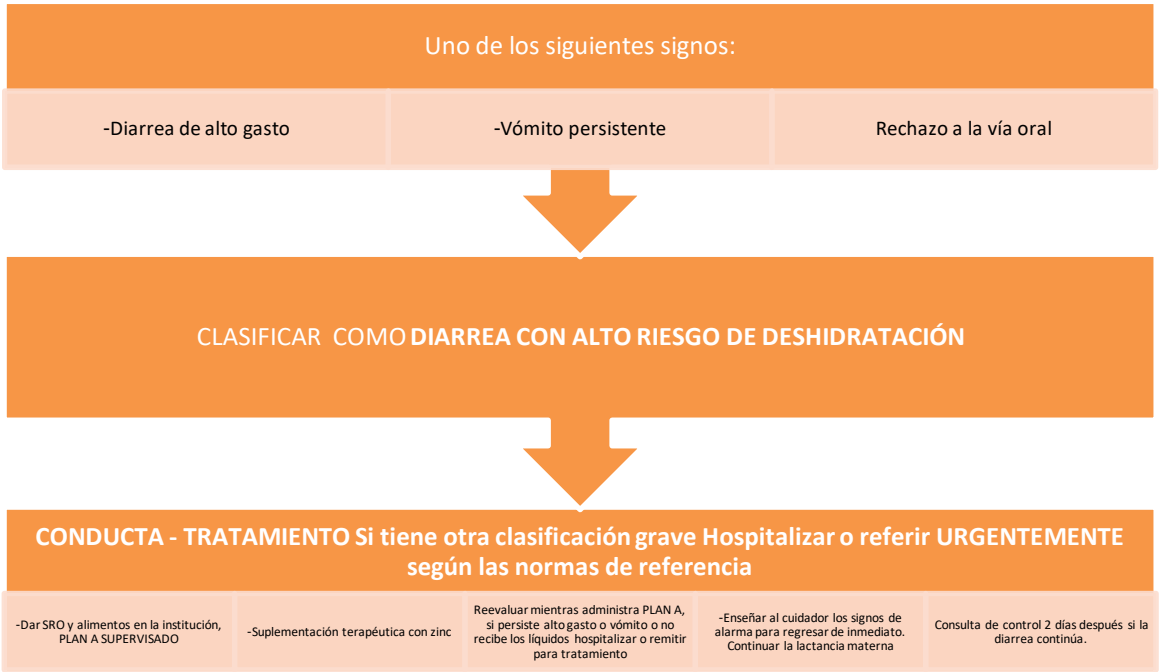
Realizado por la autora a partir de la información tomada de El Libro Clínico de la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia(11)

Figura 2-19. Clasificación del estado de hidratación con diarrea con algún grado de deshidratación



Realizado por la autora a partir de la información tomada de El Libro Clínico de la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia(11)

Figura 2-20. Clasificación del estado de hidratación en niños con diarrea con alto riesgo de deshidratación



Realizado por la autora a partir de la información tomada de El Libro Clínico de la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia(11)

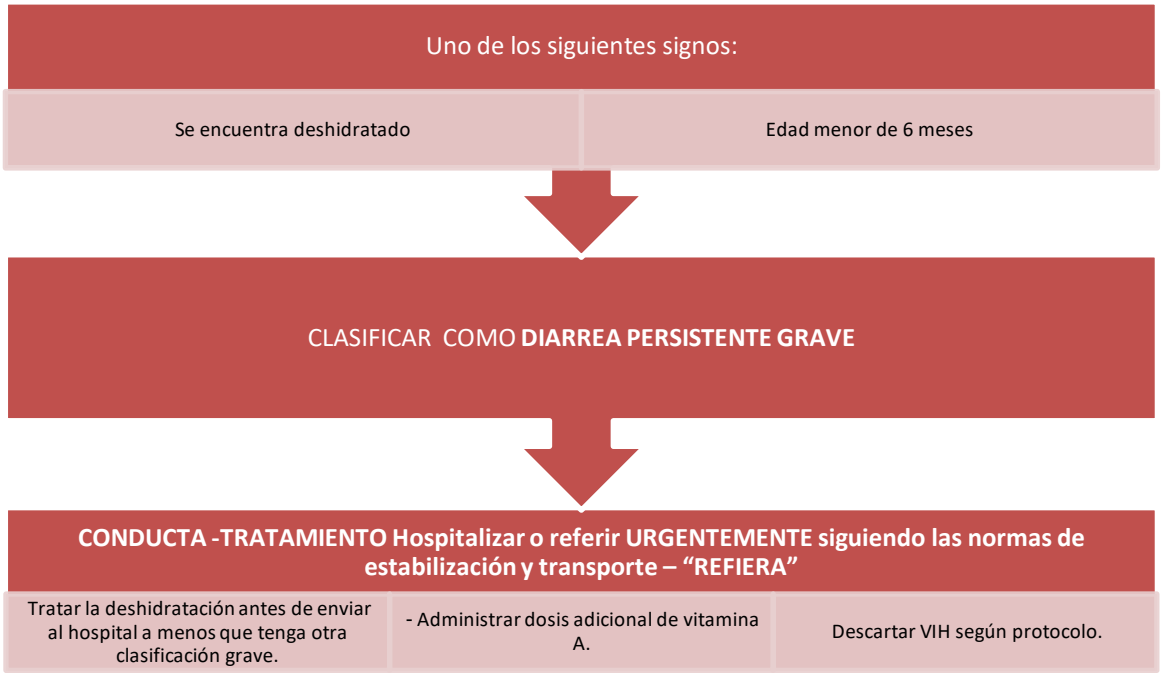
Figura 2-21. Clasificación del estado de hidratación en niños con diarrea sin deshidratación

Realizado por la autora a partir de la información tomada de El Libro Clínico de la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia(11)

2.4.3.3 Clasificación del niño con diarrea persistente

En cuanto al tiempo de duración de la diarrea se define diarrea persistente a aquella diarrea que presenta un inicio agudo, con o sin disentería y que se prolonga por 14 o más días, generalmente acompañada de pérdida de peso y de infecciones extraintestinales graves. Es común que antes del inicio de la diarrea el menor ya presenté algún grado de desnutrición. Bajo esta categoría se clasificará para el niño en dos categorías: diarrea persistente grave y diarrea persistente(11)

Figura 2-22. Clasificación del niño con diarrea persistente grave



Realizado por la autora a partir de la información tomada de El Libro Clínico de la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia(11)

Figura 2-23. Clasificación del niño con diarrea persistente

Realizado por la autora a partir de la información tomada de El Libro Clínico de la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia(11)

Otro parámetro que se debe evaluar es la presencia de sangre en las heces. Para ello solo existe una clasificación para el niño con diarrea con sangre: disentería.

La evaluación del niño con disentería debe incluir una adecuada historia clínica y un examen físico enfocado en descartar la presencia de invaginación intestinal a través de una adecuada palpación abdominal(11)

Figura 2-24. Clasificación del niño con diarrea con sangre

Realizado por la autora a partir de la información tomada de El Libro Clínico de la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia(11)

2.4.4 Evaluar y clasificar al niño con fiebre

La fiebre es un motivo de consulta frecuente en pediatría y constituye hasta un 30% de las atenciones ambulatorias. Durante los dos primeros años de edad hasta un 60% de los niños han sido llevados a consulta por este motivo y hasta el 90% de los cuadros febriles en los menores de 5 años corresponden a infecciones virales, autolimitadas y de pronta mejoría. Sin embargo, en algunas ocasiones la fiebre puede ser el primer síntoma de enfermedades graves como meningitis, sepsis, bacteriemia, infecciones del tracto urinario, neumonías, enfermedades tropicales, entre otras(11)

Existe controversia respecto a la definición de fiebre, se acepta que cualquier elevación de la temperatura por encima de 38Cº es válida para definir el concepto. Asimismo, otros trabajos la definen como cualquier temperatura corporal en reposo medida en axila sobre 37.5Cº(22)

La mayor parte de los síndromes febriles tienen una causa infecciosa y en general desaparecen solas. En su mayoría por infecciones virales del tracto gastrointestinal y respiratorio, sin embargo, hay diversas causas que se deben pensar al momento del abordaje clínico(23)

Tabla 2-5. Causas de fiebre

CAUSAS DE FIEBRE
▪ Infecciones
▪ Enfermedades del colágeno vasculares
▪ Neoplasias
▪ Enfermedades metabólicas (ejemplo: hipertiroidismo)
▪ Enfermedades inflamatorias crónicas
▪ Enfermedades hematológicas (ejemplo: enfermedad de células falciformes, reacciones transfusionales)
▪ Fiebre por drogas y reacciones por inmunizaciones
▪ Intoxicaciones
▪ Anormalidades del sistema nervioso central
▪ Fiebre ficticia

Realizado por la autora a partir de la información tomada de Fiebre en Niños, SCP, 2001(24)

La estrategia AIEPI aborda muchas de las causas de síndrome febril de manera individual como los problemas infecciosos respiratorios, gastrointestinales, de oído y de garganta, pero hay otras enfermedades de mayor gravedad que deben ser consideradas.

- ***Sepsis***

La sepsis es definida como una disfunción orgánica potencialmente mortal, causada por una respuesta inadecuada del huésped hacia la infección, y que ante la respuesta no homeostática del organismo ocasiona un daño de tejidos y órganos(23)

La infección introduce cambios que pueden interferir en la función de todos los órganos y sistemas corporales, desencadenando una secuencia de acontecimientos que no siempre

se pueden prevenir o interrumpir. Los microorganismos que se introducen en el cuerpo liberan toxinas que lesionan los tejidos del huésped generando la liberación de mediadores de la inflamación con el objetivo de evitar una lesión aún mayor. Sin embargo, estos mediadores pueden generar lesión tisular. Cabe resaltar que el resultado de esta secuencia de eventos incluye las alteraciones en la distribución del volumen de sangre, la disfunción cardíaca, el desequilibrio entre los aportes y las demandas de oxígeno y las alteraciones metabólicas(25)

La sepsis tiene su origen en el síndrome de respuesta inflamatoria sistémica, el cual se define a través de la presencia de al menos dos de los cuatro criterios siguientes:

- Temperatura corporal central superior a 38,5ºC o inferior a 36ºC.
- Taquicardia, definida como una frecuencia cardíaca media superior a dos desviaciones estándar por encima del valora normal respecto a la edad, en ausencia de estímulos externos, administración crónica de medicamentos y estímulos dolorosos.
- Frecuencia respiratoria media superior a 2DE por encima del valor normal respecto a la edad, o necesidad de ventilación mecánica por un proceso agudo que no está relacionado con una enfermedad neuromuscular subyacente ni con la aplicación de anestesia general.
- Recuento leucocitario aumentado o disminuido respecto a la edad (aparte de la leucopenia inducida por la quimioterapia), o bien un recuento leucocitario con más de un 10% de neutrófilos inmaduros(25).

Bajo este contexto, la sepsis se define también como la presencia de síndrome de respuesta inflamatoria sistémica asociado o secundario a una infección sospechada o demostrada, en la sepsis grave ya está presente una disfunción de un órgano cardiovascular o síndrome de dificultad respiratoria aguda o la aparición de una disfunción en dos o más órganos o sistemas distintos. El shock séptico, la sepsis y la disfunción del sistema cardiovascular conforman este concepto(23)

Clínicamente la sepsis puede manifestar con una apariencia tóxica (semblante de estar gravemente enfermo), con cambios en el estado mental: irritable, letárgico, ansioso, agitado, insensible o comatoso, o con signos de choque como piel fría, pegajosa, palidez,

cianosis y alteración de la conciencia. Dentro de los signos cutáneos asociados se encuentras aquellos relacionados con las anomalías en la coagulación como lo son la presencia de petequias, equimosis o el sangrado por sitios de venopunción. También se puede presentar disminución o ausencia de gasto urinario. En la exploración física puede manifestarse mal llenado capilar, pulsos débiles, hipotensión y signos de otras enfermedades graves como meningitis, epiglotitis, neumonía y celulitis, entre otras(25)

- ***Meningitis***

La meningitis es una enfermedad infecciosa que ha sido reconocida a nivel mundial como una de las más devastadoras. Se caracterizada tanto por inflamación de la aracnoides y la piamadre (leptomeninges), como por la alteración del líquido cefalorraquídeo, edema cerebral y necrosis local de las fibras nerviosas y de los vasos cerebrales. Puede ocasionarse por factores no infecciosos como son las neoplasias, las enfermedades autoinmunes y algunos fármacos (26)

Clínicamente puede manifestarse con cefalea (87% de los casos), fiebre (77%), alteración del estado mental (69%), rigidez nucal (31%), focalización neurológica como hemiparesia, alteración del campo visual o parálisis de pares craneales (30%) y convulsiones (5%). Otros síntomas que pueden estar presentes son vómitos, mialgias, fotofobia y adinamia(26)

Las erupciones petequiales que ocurren en la meningitis meningocócica, inicialmente se manifiestan como un exantema macular que se ubica por lo general en las extremidades inferiores, pero luego evolucionas hacia un exantema petequial. Cabe señalar que el 37% de los pacientes que cursan con esta patología no desarrollan este tipo de lesiones(26).

Durante la exploración física debe hacerse énfasis en identificar signos como rigidez nucal, erupción cutánea con petequias o púrpura, letargia, irritabilidad, abombamiento de la fontanela, respiración irregular y signos de aumento de la presión intracraneal como pupilas de tamaño desigual, postura rígida, parálisis focal de extremidades o tronco(11)

En cuanto a la etiología de la meningitis existen algunas diferencias por el grupo edad. En niños de 1 a 3 meses se reconocen al Streptococcus agalactiae, Escherichia coli, Listeria monocytogenes, Haemophilus influenzae Tipo B, Neisseria meningitides y Streptococcus pneumoniae como los gérmenes más frecuentes que causan esta patología. Mientras que

en niños mayores de 3 meses se identifican Streptococcus pneumoniae, Neisseria meningitides y Haemophilus influenzae Tipo B como los principales microrganismos(11)

- ***Dengue***

El dengue es una enfermedad de gran impacto epidemiológico, social y económico, que constituye un problema importante y creciente para la salud pública mundial. Se considera que aproximadamente 2500 millones de personas están en riesgo de contraer la infección, ubicándose al menos en 128 países endémicos a través de las zonas de clima tropical y subtropical. Las regiones más afectadas son las Américas, Asia Suroriental y el Pacifico Occidental(27)

En Colombia la tasa de incidencia de dengue ha sido fluctuante desde 1978 con tendencia de incremento a través del tiempo. La tasa de letalidad pasó del 1,3% en el año 1999 a 19% en el año 2016. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud la letalidad por dengue no debe superar el 2%, esto debido a que hasta el 98% de los casos es prevenible(27)

El dengue es una enfermedad viral febril aguda transmitida por la picadura de mosquitos infectados principalmente por la especie Aedes aegypti y en menor proporción por Aedes albopictus. El virus posee cuatro serotipos (DENV1, DENV2, DENV3, DENV4), los cuales circulan de manera simultánea en Colombia. Los serotipos no desencadenan inmunidad cruzada, por lo cual una persona puede infectarse hasta cuatro veces(27)

El período de incubación puede ir de 3 a 14 días. Para que la enfermedad sea transmitida, es necesario que el mosquito haya picado a una persona infectada con el virus dengue durante el período de viremia que ocurre después de un período de incubación de aproximadamente 7 días. La hembra del mosquito es transmisora después de un período de 7 a 14 días de incubación y puede transmitir la enfermedad por el resto de su vida, que en promedio es de 10 días(28)

El dengue tiene diversas formas clínicas desde cuadros indiferenciados y asintomáticos, hasta formas graves que llevan a choque y falla en órganos vitales. Puede tener un curso dinámico, y en general, no suele prolongarse más de una semana. Sin embargo, en un momento dado el paciente puede llegar agravarse de manera súbita desencadenando una

hepatitis, insuficiencia hepática, encefalopatía, miocarditis, hemorragias severas e incluso choque(29)

El curso de la enfermedad del dengue tiene tres etapas clínicas: la etapa febril, la etapa crítica y la etapa de recuperación. La etapa febril es la única etapa por la que pasan la mayoría de los enfermos. Tiene una duración variable y se asocia a la presencia del virus en sangre. Clínicamente se manifiesta con sudoración y astenia transitoria, fiebre alta que puede descender durante el proceso de curación o puede sugerir agravamiento del cuadro e inicio de la etapa crítica de la enfermedad, y la presencia de exantema(28)

La etapa crítica coincide con la extravasación de plasma, la manifestación más grave es el choque, y clínicamente se evidencia con frialdad en la piel, pulso filiforme, taquicardia e hipotensión. De igual modo, pueden presentarse hemorragias digestivas, alteraciones hepáticas y compromiso de otros órganos. En esta etapa el hematocrito se eleva y las plaquetas alcanzan sus niveles más bajos. Suele manifestarse entre el 3 y 6 día de evolución de la enfermedad. En esta etapa se debe hacer especial énfasis en identificar signos de alarma de choque como son hipotermia, dolor abdominal intenso y persistente, derrame pleural o ascitis, hepatomegalia, vómitos frecuentes, somnolencia y/o irritabilidad. En casos mucho más graves sobreviene un estado de choque con mal pronóstico(28)

Finalmente, en la etapa de recuperación, aunque se hace evidente la mejoría del paciente, en ocasiones se presenta un estado de sobrecarga líquida o una coinfección bacteriana. Dentro de las complicaciones de la enfermedad el choque es la principal causa de muerte, y se asocia a complicaciones como hemorragia masiva, coagulación vascular diseminada, edema pulmonar no cardiogénico, falla múltiple de órganos, que pueden llevar a un desenlace fatal. Por lo tanto, prevenir el choque o tratarlo de manera precoz y efectiva significa prevenir las demás complicaciones y evitar la muerte(28)

El diagnóstico se establece de manera presuntiva con base en los antecedentes del paciente, si vive o visitó en los últimos 15 días un área endémica de dengue, con enfermedad febril aguda de hasta siete días sin causa aparente, acompañado de dos o más de síntomas como malestar general, anorexia, náuseas, dolor (articular, muscular, cefalea), rash cutáneo, leucopenia o prueba de torniquete positiva, la cual, aunque permite evaluar la fragilidad capilar, resulta poco útil en la población infantil(11)

- ***Chikungunya***

El chikunguya es una enfermedad infecciosa emergente causada por el virus Chikv, virus de ARN del género Alphavirus de la familia Togaviridae, inicialmente descrito en una epidemia que tuvo lugar en Tanzania en la década de 1950. Su nombre se proviene del dialecto Kimakonde que significa “aquel que se dobla o inclina” o “estar contorsionado”. Los vectores son las mismas especies transmisores del Dengue y se presentan en latitudes menores a 2200mts del nivel del mar(30)

Desde el brote inicial, se han presentado varios brotes de esta enfermedad en África Occidental, Océano Índico, India y Sudeste asiático. En el año 2013 el virus fue detectado en la Isla de Saint Martin y de allí se extendió a la gran mayoría de Centro y Sur América en el año 2014. En las comunidades afectadas aunque la incidencia de la enfermedad estuvo entre el 38% y 63%, hasta el 28% de las infecciones fueron asintomáticas(30)

Para la transmisión de la enfermedad es necesario que el mosquito haya picado a una persona infectada durante su período de viremia, y, luego pique a otro ser humano. La hembra del mosquito Aedes aegypti es transmisora después de un período promedio de 10 días de incubación extrínseca. Generalmente los síntomas de la enfermedad en la persona afectada aparecen después de un período de incubación intrínseca de tres a siete días. Aunque se describen otras vías de transmisión de la enfermedad, como la vertical, rara vez ha sido documentada, se ha identificado su infección como causa de aborto. Otras vías de trasmisión teóricas incluyen la transfusión de hemoderivados y trasplantes de órganos y tejidos, aunque no están suficientemente documentadas(29)

A pesar de que esta enfermedad afecta a todas las edades, los lactantes pequeños y los ancianos son los que más frecuentemente desarrollan síntomas severos. Entre el 35-40% de los niños mayores pueden tener una infección asintomática(29)

El cuadro clínico habitual se presenta entre los 0 a 10 días después de la infección e inicia de manera súbita con fiebre alta, mayor de 39ºC, que dura entre 3 y 10 días, cefalea, dorsalgia, exantema cutáneo (erupción maculopapular muy pruriginosa en tronco y extremidades generalmente), mialgias y poliartralgias, además de adenomegalias supraclaviculares bilaterales múltiples (Ver tabla 2-6)(11)

El cuadro subagudo generalmente inicia a los 10 días y se extiende durante 3 meses, se presenta con reagudización de los síntomas articulares, presencia de trastornos vasculares y reumatológicos, uveítis anterior, retinitis, dolor ocular y neuritis óptica con pérdida súbita de la visión y trastornos psicológicos con fatiga y depresión. Finalmente, la etapa crónica puede presentarse desde los 15 meses hasta los 2,5 años, manifestándose en general con artritis capaz de impactar en la calidad de vida(11)

Es importante siempre evaluar la presencia de una infección concomitante con el virus dengue, dado que la distribución de la enfermedad y el vector es el mismo. Por lo tanto, siempre se debe descartar la coexistencia de esta enfermedad y evaluar signos de alarma como fiebre que persiste por más de cinco días, dolor abdominal intenso y continúo, vómito persistente (no tolerancia a la vía oral), petequias, hemorragia subcutánea o sangrado de mucosas, alteración del estado de conciencia, mareo postural, dolor articular intenso incapacitante por más de cinco días, extremidades frías, disminución en la producción de orina y sangrado por cualquier orificio. También se deben evaluar con mucha atención a los recién nacidos de madres virémicas que al momento del parto presenten signos y síntomas característicos de la enfermedad(29)

El diagnóstico de esta entidad es fundamentalmente clínico. Por tal motivo, se debe evaluar el día de inicio de la fiebre, la cronología de los síntomas, la presencia de signos de alarma y siempre considerar diagnósticos diferenciales del síndrome febril agudo, escenario en el cual se pueden aplicar diferentes pruebas de laboratorios(29)

- ***Zika***

El Zika es una enfermedad viral transmitida por vectores causada por el virus Zika. Tiene un comportamiento agudo y autolimitado. En general benigna y se transmite a través de la picadura de mosquitos del género Aedes. El diagnóstico de infección por virus Zika se debe contemplar en aquellos pacientes procedentes de zona de riesgo que presenten criterios de sospecha como lo son una temperatura superior a 37,5ºC, junto con la presencia de erupción cutánea descendente, inyección conjuntival no purulenta, artralgias, mialgias o síntomas gastrointestinales, odinofagia o edemas periféricos entre otros(29)

Tabla 2-6. Características clínica de las enfermedades transmitidas por vectores

	DENGUE	***CHIKUNGUNYA***	***ZIKA***
Fiebre	Brusca y elevada	Elevada	Moderada
Rash	Petequial	Maculopapular Vesiculoampolloso	Maculopapular Pruriginoso
Conjuntivitis	Rara	Rara	No purulenta
Artralgias	Presentes	Severas	Presentes
Otros síntomas	Cefalea, vómitos, postración, sangrados	Raros: mielitis, meningoencefalitis	Mialgias, dolor retro-orbitario

Realizado por la autora a partir de la información tomada de La Guía de Manejo en Atención Primaria de Pacientes con Dengue, Chikungunya y Zika(29)

- ***Malaria***

La malaria es una de las enfermedades infecciosas más importantes de Colombia, presenta un alto poder epidémico y es endémica en regiones por debajo de los 1500 metros sobre el nivel del mar(11)

Es producida por un protozoo intracelular del género Plasmodium, del cual existen 5 especies que pueden infectar al hombre: *Plasmodium falciparum, vivax, ovale, malariae y knowlesi.* Aunque en el país predominan los casos por P. vivax, la proporción de casos de malaria por P. falciparum es una de las más altas de Sur América, al menos del 30% del total(31)

El P. falciparum predomina en los departamentos del litoral pacífico como Nariño, Cauca, Valle y Chocó y en la Amazonía; mientras que el P. vivax predomina en el Urabá Antioqueño, Bajo Cauca, Córdoba, Cesar, Norte de Santander, Magdalena Medio, Boyacá, Santander, Antioquia, Orinoquía y Amazonía(32)

El parásito es transmitido al hombre a través de la picadura de mosquitos hembra infectados del género Anopheles, quienes inoculan la forma infectante del parásito que se conoce como esporozoito. También puede ocurrir transmisión a través de inoculación

directa de glóbulos rojos infectados por vía transfusional, por transmisión vertical de madre a hijo o por pinchazos con jeringas contaminadas(11)

El período de incubación varía entre especies de Plasmodium, para P. falciparum 10 a 12 días, P. vivax y ovale 8 a 30 días (14 días en promedio), P. malariae 18-40 días y P. knowlesi 11 días aproximadamente(31)

La crisis palúdica inicia con elevación de la curva térmica con registros habitualmente superiores a 39ºC y con duración entre seis a ocho horas, con escalofríos que preceden los picos febriles, seguidos de sudoración intensa, cefalea o síntomas digestivos o respiratorios. Generalmente los síntomas se repiten cada 48 a 72 horas según la especie de Plasmodium. Los escalofríos se caracterizan por frío intenso y progresivo, seguido por temblor incontrolable con duración hasta de treinta minutos. El período febril se acompaña de cefalea intensa, mialgias, artralgias, náuseas, vómito y malestar general. Con el descenso de la curva térmica se observa una etapa de intensa sudoración y mejoría de los síntomas(11)

Dada la prevalencia de la enfermedad, todo niño procedente de un área tropical que curse con un síndrome febril debe ser sometido a búsqueda de malaria. Cabe señalar que el diagnóstico se basa en criterios clínicos y la detección del parásito en sangre a través de gota gruesa y extendido de sangre periférica con recuento parasitario(11)

- ***Infección de vías urinarias***

La infección del tracto urinario es una de las infecciones bacterianas más frecuentes en pediatría y hace referencia a la colonización y posterior multiplicación de microorganismos en el aparato urinario (habitualmente estéril), asociada a síntomas específicos o no, dependiendo de la edad(11)

En función de la localización de la infección se puede dividir en alta (afectación de parénquima renal y/o pelvis renal, conocida como pielonefritis aguda) o baja (afectación de la vejiga urinaria y/o uretra recibiendo el nombre de cistouretritis). Además, de la bacteriuria asintomática, la cual se describe como la colonización bacteriana en un recuente significativo obtenido a través de una adecuada muestra de orina tomada adecuadamente, condición que no requiere medicación(33)

La infección del tracto urinario se presenta hasta en un 10% de las niñas y 3% de los niños hasta los 7 años de edad, siendo más frecuente en varones durante los primeros tres meses de vida, a partir del primer año de edad, las niñas resultan más afectadas(11)

La vía habitual de llegada de microorganismos al aparato urinario es la ascendente a partir de gérmenes del intestino que colonizan la uretra o la zona perineal. Por esta vía la bacteriana que se aísla con mayor frecuencia es la Escherichia coli (hasta en un 80% de los casos). En otros grupos poblacionales o bajo condiciones específicas del paciente puede darse diseminación a través de vía hematógena. En general la patogenia es compleja y multifactorial, ya que influyen factores bacterianos, inmunitarios, anatómicos, urodinámicos y genéticos, que determinan una localización, curso y pronóstico especial de la misma patología(34)

La sintomatología de la infección de vías urinarias varía en función de la edad. En lactantes y niños pequeños los síntomas pueden ser inespecíficos, mientras que en niños mayores la presencia de síntomas urinarios específicos suele ser más frecuente (ver tabla 2-7)(11)

El diagnóstico se debe sospechar con base en las características de presentación del cuadro clínico. El uroanálisis y el urocultivo son necesarios para confirmar o descartar el diagnóstico. En este caso se considera un cultivo de orina positivo cuando en la muestra por punción suprapúbica hay más de 10000/UFC o 100000/UCF en la orina recolectada a través de cateterismo vesical(11)

Los niños con infección del aparato urinario, en especial aquellos con pielonefritis deben recibir manejo intrahospitalario, al menos hasta que se logre controlar la fiebre y se garantice la adecuada tolerancia a la vía oral(11).

Tabla 2-7. Síntomas de infección urinaria según grupo etario

GRUPO DE EDAD		SIGNOS Y SÍNTOMAS MÁS COMÚN ⇔ MENOS COMÚN		
LACTANTES MENORES DE 3 MESES		Fiebre, vómito, letargia, irritabilidad.	Pobre alimentación, falla en crecimiento.	Dolor abdominal, ictericia, hematuria, orina fétida.
LACTANTES Y NIÑOS MAYORES DE 3 MESES DE EDAD	Preverbal	Fiebre	Dolor abdominal, decaimiento marcado, pobre alimentación	Letargia, irritabilidad, hematuria, falla para crecer, orina fétida.
	Verbal	Polaquiuria, disuria.	Evacuación disfuncional, cambios en la continencia, dolor abdominal, marcado decaimiento.	Fiebre, malestar, vómito, hematuria, orina turbia o fétida.

Tomado sin modificar del Libro Cínico Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia(11)

- ***Bacteremia***

Se conoce como bacteriemia al cuadro febril que se origina en la circulación de microorganismos en la sangre del niño, sin presentar un foco infeccioso identificable y sin evidencia clínica de sepsis. Puede ser la manifestación de patologías más graves que ameritan un abordaje oportuno. En la literatura se identifica una prevalencia hasta del 4%, incrementándose a un 10% si el niño presenta deterioro de su estado general(11)

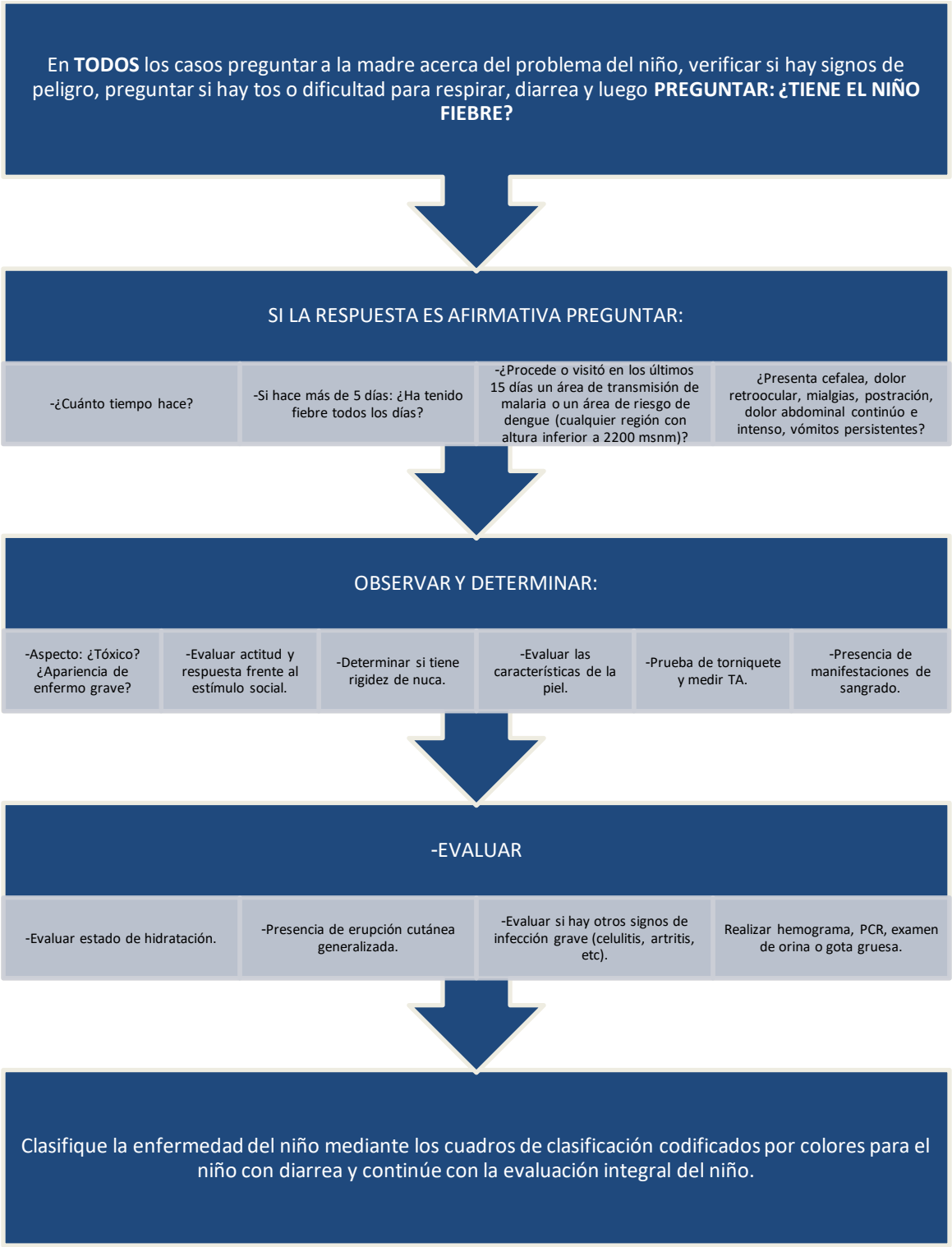
Entre los factores que se deben tener en cuenta para sospechar bacteriemia oculta en un niño febril sin causa aparente son una edad menor de dos años, una temperatura mayor o igual a 39ºC, el deterioro del estado general, una leucocitosis mayor o igual a 15000, un recuento absoluto de neutrófilos mayor o igual a 10000, y una PCR mayor de 4mg/dl. Su

tratamiento oportuno tiene un efecto positivo en la reducción del riesgo para desarrollar neuroinfección(11)

2.4.4.1 ¿Cómo evaluar y clasificar a un niño con fiebre?

La evaluación del niño con fiebre se esquematiza a continuación (ver figura 2-25):

Figura 2-25. Evaluación del niño con fiebre



Realizado por la autora a partir de la información tomada de El Libro Clínico de la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia(11)

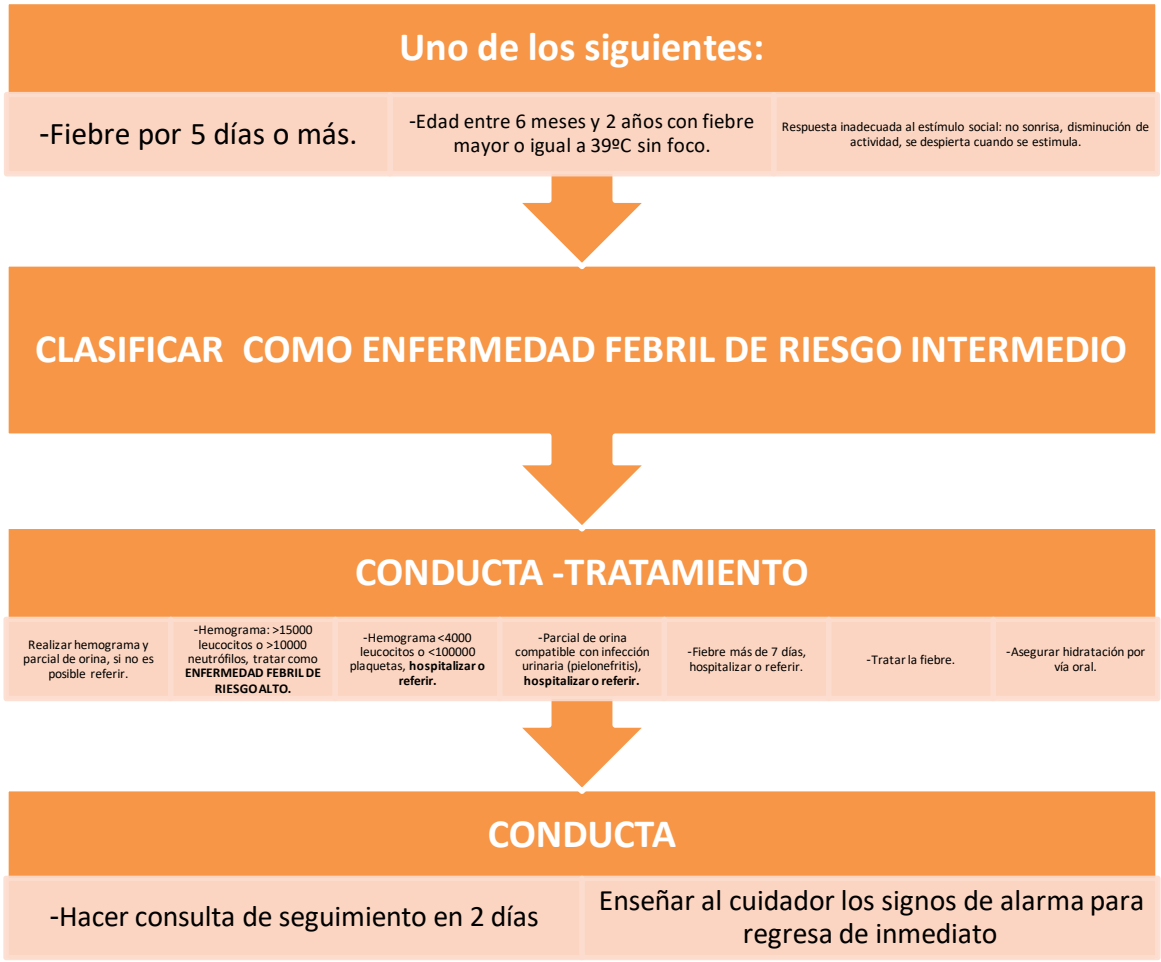
2.4.4.2 Clasificación del niño con fiebre

Todo niño con fiebre debe ser clasificado según el riesgo o gravedad, independientemente de la etiología. Una vez se clasifica la gravedad de la enfermedad y de su estado se podrá definir la posibilidad de padecer malaria o dengue de acuerdo con su lugar de procedencia. Hay tres posibles clasificaciones de riesgo de la enfermedad febril: alto riesgo, riesgo intermedio y bajo riesgo(11)

Figura 2-26. Clasificación del niño con enfermedad febril de alto riesgo

Realizado por la autora a partir de la información tomada de El Libro Clínico de la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia(11)

Figura 2-27. Clasificación del niño con enfermedad febril de riesgo intermedio



Realizado por la autora a partir de la información tomada de El Libro Clínico de la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia(11)

Figura 2-28. Clasificación del niño con enfermedad febril de bajo riesgo

Realizado por la autora a partir de la información tomada de El Libro Clínico de la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia(11)

En los niños que viven o tienen antecedente de visita de área endémica de malaria en las dos semanas anteriores a la presentación del cuadro febril, se deberá clasificar la posibilidad de este diagnóstico. En casos de niños que vivan o hayan visitado dos semanas antes del inicio de los síntomas un área endémica de dengue y presenta fiebre de 39ºC a 40ºC de inicio súbito, sin foco y dos de los siguientes síntomas: malestar general, anorexia, náuseas, dolor (articular, muscular, cefalea), rash, leucopenia o prueba de torniquete positiva, se considera como caso probable de dengue y se debe clasificar al niño de acuerdo a su severidad(11)

2.4.5 Evaluar y clasificar al niño con problemas de oído

Los problemas de oído son frecuentes en la edad pediátrica, la otalgia es un motivo de consulta frecuente y que en general corresponde a procesos infecciosos. Esta patología constituye en muchas ocasiones un reto para el facultativo, dado que en los lactantes los síntomas pueden llegar a ser vagos e inespecíficos(11)

Se define como otitis media a la inflamación de la mucosa del oído medio, acompañada generalmente de la presencia de líquido en dicha cavidad, ya que se considera que la presencia de cualquier líquido sea exudado, trasudado, pus o sangre es siempre patológica(35)

Clínicamente se manifiesta con abombamiento de la membrana timpánica (movilidad limitada o ausente), niveles hidroaéreos, otorrea y eritema de la membrana y generalmente el niño manifiesta dolor franco o “incomodidad” que interfiere con la actividad normal y el sueño(11)

Habitualmente a la otitis media la precede una infección del tracto respiratorio superior que ocasiona disfunción de la trompa de Eustaquio. Se considera que su obstrucción permite que el gas del oído medio se difunda a través del tímpano generando una presión negativa en la cavidad con la subsecuente retracción de la membrana timpánica. Una vez se equilibran las presiones entre el oído medio y la nasofaringe puede producirse aspiración de microorganismos (virus y bacterias). A veces, mientras la trompa se encuentra obstruida se desarrolla un derrame en el oído medio que da lugar a un ambiente óptimo para la multiplicación bacteriana(36)

Usualmente la OMA causada por Streptococcus pneumoniae hasta en el 40% de los casos, Haemophilus influenzae hasta 25-30%, Moraxella catarrhalis hasta 10-20% y otros organismos como Streptococcus del grupo A, Staphylococcus aureus y organismos Gram negativos como Pseudomonas. Aunque se considera que los virus respiratorios constituyen un factor favorecedor, en menos del10% de los casos se identifican como única causa. Por lo tanto, se considera que la OMA es un proceso fundamentalmente bacteriano(11)

Por otro lado, aunque la otitis media crónica se define como el proceso inflamatorio asociado a perforación timpánica y exudación por más de seis semanas, en la estrategia

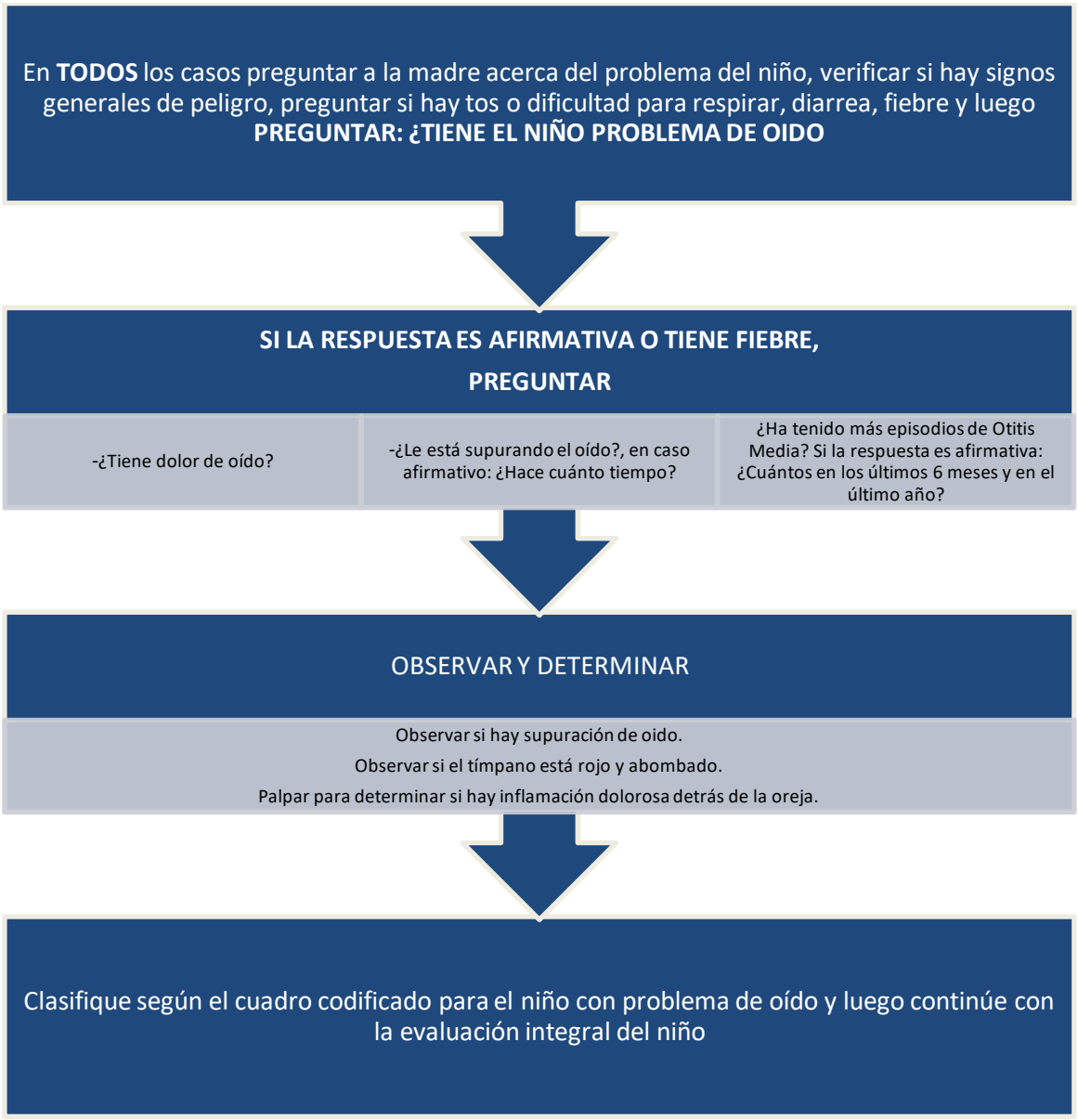
AIEPI es considerada como toda supuración que persista por más de dos semanas incluyendo todos los procesos subagudos(11)

Finalmente, si un niño presenta tres o más episodios de otitis media aguda en 6 o menos meses o 4 episodios en 12 o menos meses, se considera que presenta otitis media recurrente. En estos casos el pilar de tratamiento es la prevención de un nuevo episodio, para lo cual se deben modificar factores de riesgo tales como bajo nivel socioeconómico, meses fríos, asistencia a guardería, sexo masculino, historia familiar de OMA, ausencia de lactancia, alimentación con biberón, tabaquismo domiciliario e inicio precoz del primer episodio(35)

Hay cinco clasificaciones para los problemas de oído:

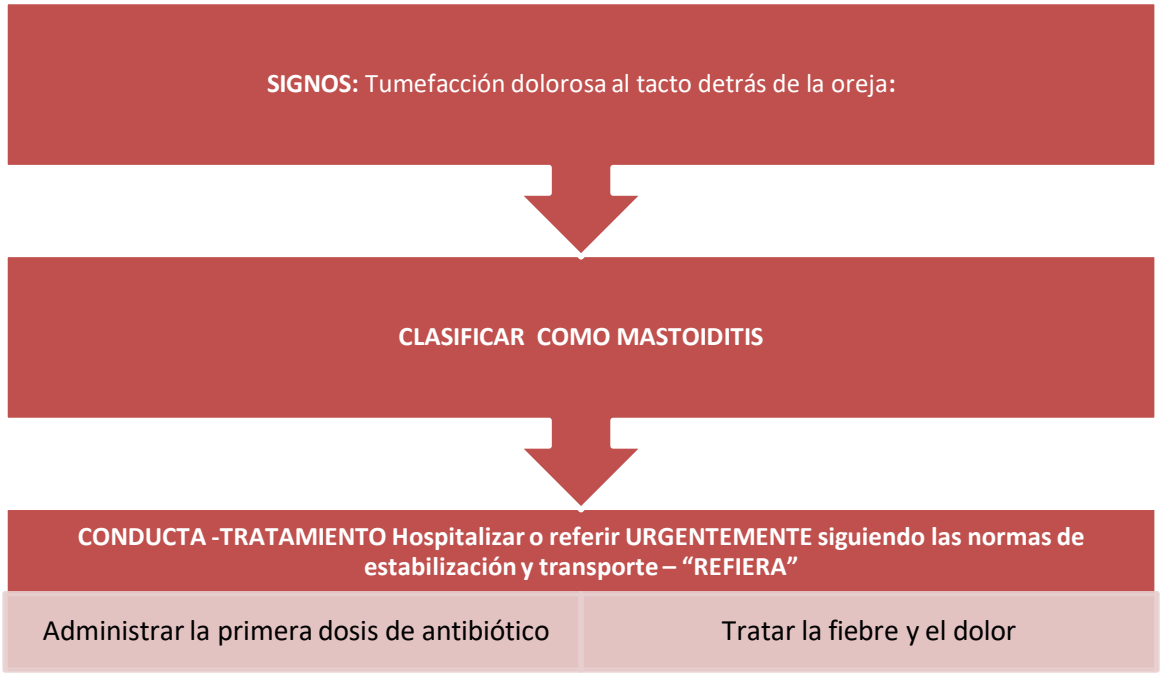
- Mastoiditis.
- Otitis media crónica.
- Otitis media recurrente.
- Otitis media aguda.
- No tiene otitis media.

Figura 2-29. Evaluación del niño con problemas de oído



Realizado por la autora a partir de la información tomada de El Libro Clínico de la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia(11)

Figura 2-30. Clasificación del niño con problemas de oído



Realizado por la autora a partir de la información tomada de El Libro Clínico de la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia(11)

Figura 2-31. Clasificación del niño con problemas de oído: Otitis media crónica

Realizado por la autora a partir de la información tomada de El Libro Clínico de la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia(11)

Figura 2-32. Clasificación del niño con problemas de oído: Otitis media recurrente

Realizado por la autora a partir de la información tomada de El Libro Clínico de la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia(11)

Figura 2-33. Clasificación del niño con problemas de oído: Otitis media aguda

Realizado por la autora a partir de la información tomada de El Libro Clínico de la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia(11)

Figura 2-34. Clasificación del niño con problemas de oído: No tiene otitis media

Realizado por la autora a partir de la información tomada de El Libro Clínico de la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia(11)

2.4.6 Evaluar y clasificar al niño con problemas de garganta

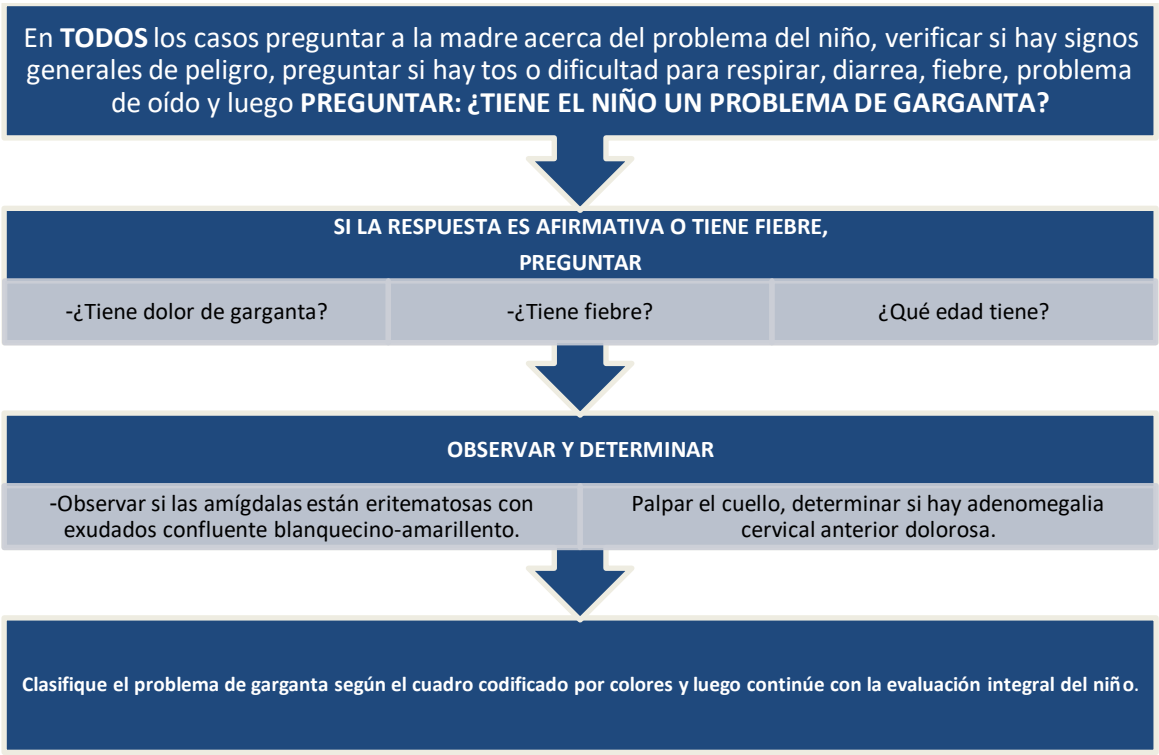
Uno de los síntomas más frecuentes de las infecciones respiratorias es la odinofagia. La gran mayoría de las infecciones son de etiología viral y mejoran rápidamente con medidas de cuidado en casa. La amigdalitis es un proceso agudo, febril, con inflamación de mucosas del área faringoamigdalar, que puede presentarse con eritema, edema, exudado, úlceras o vesículas, puede ser viral o bacteriana, siendo más común la etiología viral, que en los niños pequeños tiene un curso benigno y autolimitado. De las bacterias que causan amigdalitis en los niños, el Streptococcus beta hemolítico del grupo A (EbhGA) es la más importante y es en la única en la que la antibioticoterapia está claramente indicada(11)

Aunque el diagnóstico clínico resulta desafiante al no haber signos o síntomas característicos, la presencia de rinorrea, disfonía, tos, conjuntivitis, diarrea o aftas hacen pensar que la amigdalitis es de etiología viral(37)

Un paciente mayor de cinco años con fiebre de más de 38ºC, con amígdalas inflamadas y con presencia de exudado junto con adenopatías cervicales anteriores, tiene una probabilidad del 66% de que sea causado por EbhGA. Por el contrario, esta etiología es muy rara que se presente en menores de tres años. Debido a esto, se debe ser muy cuidadoso para no prescribir antibióticos de forma innecesaria(11)

Clínicamente la amigdalitis estreptocócica se caracteriza por un inicio brusco de fiebre asociado a dolor de garganta de intensidad variable con presencia o no de dificultad para tragar. Se describe inflamación de faringe y úvula e hipertrofia del tejido linfoide en faringe posterior, con presencia de un eritema difuso, las amígdalas pueden estar eritematosas, inflamadas y con presencia de exudados blanquecino-amarillento en 50-90% de los casos. También se pueden encontrar petequias y/o lesiones anulares en paladar blando, úvula o faringe posterior. Es frecuente que se acompañe con adenomegalias cervicales anteriores, dolorosas al tacto (30-60%) y aliento fétido. Además, se pueden desarrollar síntomas generales como cefalea, mialgias, náuseas, vómito y dolor abdominal. Otros síntomas descritos en la literatura incluyen la presencia de erupción escarlatiforme, ausencia de tos, rinorrea, ronquera, conjuntivitis, aftas o ulceraciones en mucosa oral y diarrea(11)

Figura 2-35. Evaluación del niño con problemas de garganta



Realizado por la autora a partir de la información tomada de El Libro Clínico de la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia(11)

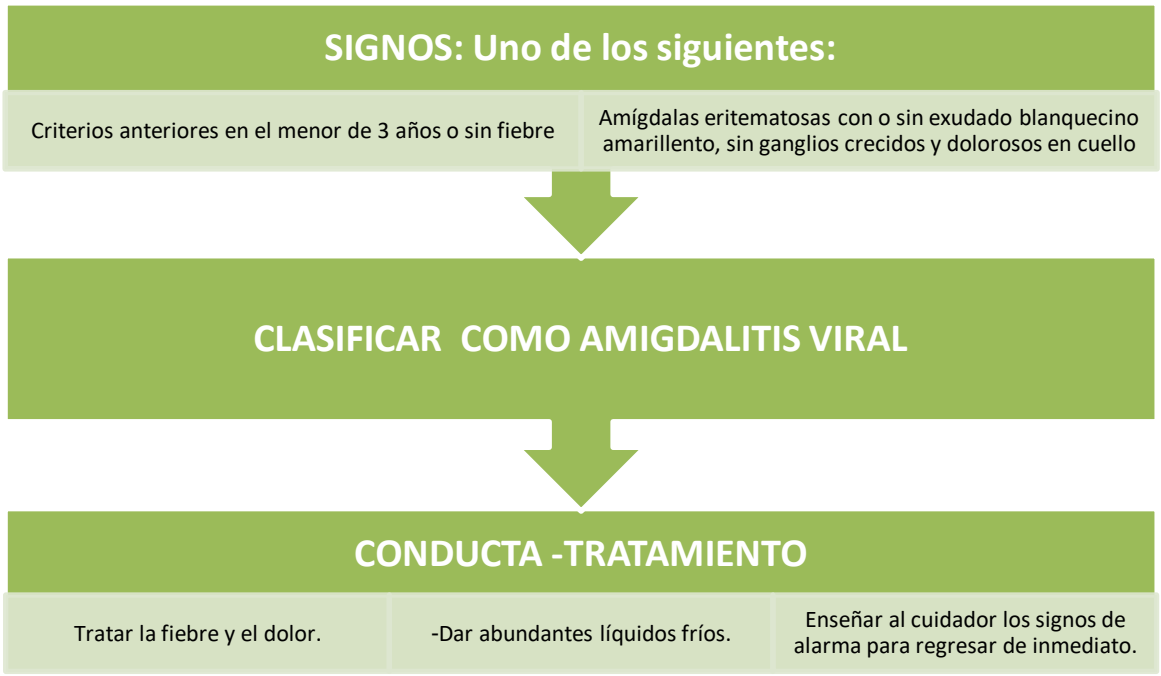
El problema de garganta se puede clasificar en(11):

- Amigdalitis estreptocócica.
- Amigdalitis viral.
- No tiene amigdalitis.

Figura 2-36. Clasificación del niño con problemas de garganta: amigdalitis estreptocócica

Realizado por la autora a partir de la información tomada de El Libro Clínico de la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia(11)

Figura 2-37. Clasificación del niño con problemas de garganta: amigdalitis viral



Realizado por la autora a partir de la información tomada de El Libro Clínico de la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia(11)

Figura 2-38. Clasificación del niño con problemas de garganta: No tiene faringoamigdalitis

Realizado por la autora a partir de la información tomada de El Libro Clínico de la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia(11)

3. Homeopatía aplicada a la Estrategia AIEPI

Como se ha mencionado en capítulos anteriores, la estrategia AIEPI determina conductas clínicas con base en parámetros observables en la práctica diaria.
Al tener clara la definición de cada categoría contemplada por la estrategia, se considera llevar a cabo la traducción al lenguaje repertorial. El ejercicio se elaboró para la clasificación del niño de 2 meses a 5 años y se consideró un abordaje de acuerdo a la clasificación según gravedad y según las características clínicas descritas en cada categoría.

3.1 Opciones terapéuticas para el niño con sibilancias o estridor, con obstrucción de la vía aérea

3.1.1 Crup

El ejercicio repertorial nos permite visualizar las opciones terapéuticas que tenemos en homeopatía. La evidencia soporta el uso de medicamentos homeopáticos para el tratamiento de enfermedades respiratorias de etiología infecciosa y de comportamiento agudo, siendo los remedios más utilizados en la edad pediátrica Belladona, Pulsatilla, Hepar sulphuris, Mercurius solubilis, Phosphorus, Bryonia alba, Calcárea carbónica, Lycopodium clavatum, Sulphur y Phytolacca decandra(38,39), encontramos sin embargo, que una vez elaboradas las repertorizaciones la homeopatía ofrece diversas opciones que se ajustan de una manera más individual a las necesidades del niño enfermo.

Tomando en cuenta los criterios contemplados en la estrategia (figura 2-8 y 2-11), se consideró tomar como parámetro para realizar la repertorización los indicadores de gravedad y los síntomas/signos característicos de la enfermedad:

Tabla 3-1. Repertorización CRUP grave

SÍNTOMA	CAPÍTULO	RUBRO	SUBRUBRO	COLUMNA	PÁGINA
Somnoliento, confuso o agitado	PSIQUISMO	*Confusión mental*		2	16
	PSIQUISMO	*Estupor*		1	30
Tiraje subcostal o supraclavicular	RESPIRACIÓN	*Difícil con tos*		3	486
	RESPIRACIÓN	*Estridulosa*		1	487
Saturación de oxígeno al aire ambiente baja	GENERALIDADES	*Cianosis*		3	817
Características distintivas de la enfermedad: - Disfonía. - Estridor. - Febrícula. - Coriza. - Tos progresiva	LARINGE Y TRÁQUEA	*Voz*	Ronquera	2	479
	TOS	*Crupal*		3	497
	LARINGE Y TRÁQUEA	*Crup*		2	473
	FIEBRE	*Calor febril*	En general	1	771

Realizado por la autora usando el Moderno Repertorio de Kent(40)

Una vez realizada la repertorización correspondiente se simplifica la tabla en la cual se evidencian las siguientes opciones terapéuticas:

Tabla 3-2. Opciones terapéuticas para el manejo del crup grave

	acon	apis	ars	bar-c	bell	bry	calc	carb-v	caust	cham	chin	ferr	gels.	hep	hyos	ign	kali-bi	kali-c	kali-sil	lach	lyc	merc	nat-m	nit-ac	nux-m	nux-v	ph-ac	phos	puls	rhus-t	ruta	sabad	sep	sil	staph	stram	sulph	verat
PSIQUISMO, Confusión mental	2	1	2	2	3	3	3	3	1	1	2	2	2	1	2	1	1	2	1	3	2	3	3	1	3	3	2	2	2	3	1	2	3	3	2	2	2	2
PSIQUISMO, Estupor	3	2	2	2	3		2	2		2	1	1	2	2	2	2		1		1	1	1	3	1	3	3	3	3	2							2	2	1
LARINGE Y TRÁQUEA, Voz, ronquera	3	2	2	2	3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	2		3	2	2	3	2	3	3	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	3		3	2	2
TOS, crupal	3	1	2		2					1	2		2	3			3		1	3								3			2	3		3		3		
LARINGE Y TRÁQUEA, Crup	3		2		2	1	2	2	1	2			1	3		1	3			2			2	2				3				2		3				2
GENERALIDADES, Cianosis	1		2	1	2	1	1	3	1	1		1		1	1	1				3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1		1		1	1	3
RESPIRACIÓN, Difícil con tos	1		3	1	2	2	1	2	2					2		1	2	1		2	2	1	1	1	2	3		3		1		1	2	1			1	
RESPIRACIÓN, Ruidosa	2	2	3	2	2	1	2	2	3	2	3	3		3	2		2	2	3	2	3	1	2	2	2	2	2	3	3		1		2	2		2	2	2
	18	8	**18**	10	**19**	11	14	17	11	12	10	9	9	**18**	9	6	14	8	7	**19**	11	10	15	10	13	14	10	**21**	10	8	7	11	9	16	2	13	10	12

Realizado por la autora usando el Moderno Repertorio de Kent(40)

Con base en los resultados de la repertorización ilustrados previamente, se consideró que, para el caso de manejo de CRUP grave, los medicamentos que cubren la totalidad de los síntomas con puntajes altos son:

- ***Aconitum napellus***: describe a un niño hipersensible, con un marcado miedo a la muerte que origina un estado basal de ansiedad con tensión nerviosa, situación de alerta con hipersensibilidad emocional y sensorial(41) Está indicado en casos agudos de presentación brusca y violenta; la tos característica es seca, ronca, sofocante, fuerte, áspera, dura, sonora y silbante y en general se desencadena por exposición a vientos fríos, secos y corrientes de aire. Hay hipertermia elevada que sobreviene a los escalofríos y se acompaña de eretismo cardíaco, enrojecimiento y calor en la piel seca, sed intensa de agua fría, su hora de agravación media noche(42)

- ***Arsenicum álbum:*** Arsenicum álbum es mentalmente inquieto, pero físicamente está muy débil para moverse, tiene gran temor ansioso a la muerte; es un niño introvertido, solitario, poco comunicativo. Coriza violento con rinorrea excoriante, tos agrava por el frío y mejora con bebidas calientes, obliga al enfermo a sentarse por miedo a sofocarse. Su horario de agravación es de 1-3am y tiene sensación ardorosa(41,43)

- ***Belladona:*** se caracteriza por presentar hipertermia de rápida instauración con eretismo cardíaco y enrojecimiento, calor radiante en la piel y sudoración de predominio en cara, aspecto que lo diferencia de Aconitum. Tiene temor a cosas imaginarias y se asocia a delirio violento. Su tos es atormentadora, violenta, agotadora, paroxística, seca como un ladrido, ronca, hueca, persistente, puede haber expectoración sanguinolenta rojo vivo(42)

- ***Hepar sulphur:*** son muy sensibles física y mentalmente, son propensos a la supuración; son extremadamente sensibles al frío, presentan odinofagia intensa con sensación de espina que encoleriza al enfermo. La tos es crupal y sobreviene a la exposición al viento frío y seco, tos profunda y áspera como ladrido, con ronquera y estertores de mucosidad(44,45)

- ***Lachesis:*** niño con impresión de haber sido abandonado, traicionado y con una profunda sensación de abandono, locuaz y ansioso, reacciona siendo agresivo y violento. Tos característica nocturna desde que empieza a dormir, pero no lo despierta, es violenta, inagotable, irritante y ronca, en ocasiones con expectoración mucosa o mucosanguinolenta. En general corresponde a estados infecciosos adinámicos violentos y severos(44).

- ***Phosphorus:*** los niños phosphorus se caracterizan por ser sensibles en todos los sentidos, los más ansiosos de la materia médica(41) son inquietos y agitados, también muestran una apatía a querer hablar, manifiestan carencia afectiva, abandono, miedo a la soledad, a la oscuridad, a las enfermedades, presentan dolor agudo en el pecho, con sensación de pesadez, el cual agrava con la presión y el decúbito lateral izquierdo. Laringe muy dolorosa que le impide hablar, está seca, desollada y áspera; la tos se presenta al ir del calor al aire frío y agrava al reírse, hablar, leer, beber y comer, se presenta con hemoptisis. Agrava antes de la medianoche y su sudoración característicamente tiene olor a azufre(42,44)

Para realizar la repertorización del crup sin signos de gravedad se tomaron los rubros y subrubros correspondientes a las características de la enfermedad:

Tabla 3-3. Repertorización CRUP

SÍNTOMA	CAPÍTULO	RUBRO	SUBRUBRO	COLUMNA	PÁGINA
Febrícula	FIEBRE	*Calor febril*	En general	1	771
Rinorrea	NARIZ	*Coriza*	Con fiebre	2	229
Tos progresiva	LARINGE Y TRÁQUEA	*Aspereza*		1	471
	LARINGE Y TRÁQUEA	*Catarro*		1	472
	TOS	*Crupal*		3	497
	TOS	*Ladrante, perruna*		2	502
Estridor	LARINGE Y TRÁQUEA	*Ruidosa*		2	477
	LARINGE Y TRÁQUEA	*Inflamación*	Laringe aguda		
	TOS	*Constricción*	Laringe	3	495
	LARINGE Y TRÁQUEA	*Crup*		2	473
Disfonía	LARINGE Y TRÁQUEA	*Voz*	Ronquera	2	479

Realizado por la autora usando el Moderno Repertorio de Kent(40)

Se realiza la repertorización con la hoja modelo y una vez simplificada, las opciones terapéuticas para el manejo del crup son:

Tabla 3-4. Opciones terapéuticas para el manejo del crup

	acon	apis	ars	aur	bell	bry	calc	carb-v	caust	cham	chel	chin	cupr	dros	dulc	gels.	hep	kali-bi	kali-c	lach	lyc	merc	nat-m	nit-ac	nux-m	nux-v	ph-ac	phos	puls	rhus-t	rumex	samb	sil	spong	stram	sulph
FIEBRE, Calor febril	3	3	3		3	3	2	1	1	2	2	2	1	1	2	3	2	1	1	2	3	2	3	2	2	3	2	3	3	3		2	3	3	3	2
NARIZ, Coriza con fiebre	2		2		2	3										1	2			1		3		1												
LARINGE Y TRÁQUEA, Aspereza		1	1				2	3	2			1		1		1	2	2	1	1	1	1		1	1		2	2	1	1			2			2
LARINGE Y TRÁQUEA, Catarro	1		3		1		3	3	2	2		2		1	2	1	2	3	3		2	3	2		3	3	2	2			2		2	2		3
TOS, Crupal	3	1	2		2					1		2	1	1		2	3	3		3								3			2	3		3	3	
TOS, Ladrante - perruna	3				3									3	2		3	2			1	1		2	1			1			2				3	3	1
LARINGE Y TRÁQUEA, Ruidosa	2	2	3		2	1	2	2	3	2	2	3	3		3		3	2	2	2	3	1	2	2	2	2	2	3	3		1		2	2	2	2
TOS, Constricción laringe			2		2		2			2			3	2		2	2		2	2				1				3	2				2	2	1	2
LARINGE Y TRÁQUEA, Crup	3		2		2	1	2	2	1	2		1	2	1		1	3	3		2	1		2	2				3				2		3		
LARINGE Y TRÁQUEA, Voz Ronquera	3	2	2	1	3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	2	2	3	3	2	3	2	3	3	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	3	3	2
LARINGE Y TRÁQUEA, Inflamación, Laringe aguda	3	2	2		3	1	2	2	2	2	2			3	2	3	3	3		2		2	2	2		2	1	3	2	2	3	2		2		2
	23	11	22	1	23	12	18	16	14	16	8	13	12	16	13	16	28	22	11	18	13	16	14	15	11	12	11	26	13	8	12	11	13	23	15	16

Realizado por la autora usando el Moderno Repertorio de Kent(40)

Para el manejo de casos de crup, según los resultados de la repertorización elaborada, tenemos como opciones terapéuticas:

- ***Chamomilla matricaria:*** niños irritables con un sistema nervioso sensible, tos espasmódica y paroxismal durante el sueño, no despierta al niño, tos por irritación laríngea o cosquilleo en el hueco supraesternal. Sensación de obstrucción nasal(46).

- ***Drosera rotundifolia:*** fue descrita por Hahnemann como el principal medicamento para el coqueluche dada su acción sobre la mucosa laríngea y grandes bronquios. Produce inflamación de mucosa laríngea con sensación de cosquilleo, sequedad y raspadura en la garganta, así como de laringe cerrada por cuerpo extraño, los ataques de tos son de naturaleza espasmódica. Durante el día los ataques de tos se siguen de importante debilidad y con respiración sibilante, cesan cuando se produce emesis o expectoración, ésta última caracterizada por presentar estrías de sangre. Empeora por el calor y después de medianoche, mejora con el movimiento(44,46)

- ***Kali bichromicum:*** tiene como punto de afinidad las mucosas, las cuales inflama de manera violenta, generando hinchazón, secreción abundante de moco adherente, viscoso, filamentoso que produce ulceración. La sensación que predomina es el ardor, además describe sensación de pulsación en todo el cuerpo. Manifiestan gran debilidad y fatiga cuando el dolor ha pasado. Agrava entre las 2 y 3 de la mañana, por movimiento, por frío y al aire libre(44)

- ***Gelsemium:*** niño con fiebre y escalofríos, castañeo dental, estornudos violentos, coriza acre y excoriante, tos seca con pecho doloroso, afonía(44).

- ***Nitric acid:*** niño con gran ansiedad por su salud, dolor referido como punzante de astilla, gran debilidad con temblores, coriza violento con garganta dolorida, ronquera con aspereza traqueal. Tos como ladrido en la noche y mientras duerme(44).

- ***Spongia tosta:*** tiene una acción importante sobre mucosas generando inflamación de predominio en laringe y tráquea(44) La laringe tiene una sensación de sequedad y ardor, la voz es ronca y evoluciona hacia afonía; la tos es hueca, seca, perruna y que generan un dolor desgarrante en la tráquea, exacerba después de dormir y por el esfuerzo mental. Hay respiración ansiosa con sofocación en la noche, empeora durante la inspiración y antes de medianoche(42).

3.1.2 Bronquiolitis

Tomando en cuenta los criterios contemplados en la estrategia (figura 2-9 y 2-12), se consideró tomar como parámetro para realizar la repertorización los indicadores de gravedad y los síntomas/signos característicos de la enfermedad:

Tabla 3-5. Repertorización de la bronquiolitis grave

SÍNTOMA	CAPÍTULO	RUBRO	SUBRUBRO	COLUMNA	PÁGINA
Tiraje subcostal o respiración rápida	RESPIRACIÓN	*Difícil*	Con tos	3	486
	RESPIRACIÓN	*Acelerada*		1	481
Apneas o saturación de oxígeno baja	RESPIRACIÓN	*Detenida*		1	483
	GENERALIDADES	*Cianosis*		3	817
	TOS	*Irritación en bronquios*		1	502

Características distintivas de la enfermedad	TOS	*Mucus*	Pecho	2	503
	TOS	*Paroxística*		3	503
	TOS	*Seca*		1	506
	RESPIRACIÓN	*Sibilante*		3	488
Síndrome de Down o enfermedad pulmonar o cardiovascular congénita	PECHO	*Debilidad*		3	521
	PECHO	*Valvular*	Enfermedad	2	550

Realizado por la autora usando el Moderno Repertorio de Kent(40)

Con base en lo anterior, las opciones terapéuticas para el manejo de la bronquiolitis grave son:

Tabla 3-6. Opciones terapéuticas para el manejo de la bronquiolitis grave

	acon	ars	aur	bell	bry	calc-p	carb-v	caust	cham	chel	chin	cupr	dros	ferr	hep	hyos	ign	kali-bi	kali-c	kali-sil	lach	lyc	merc	nat-m	nit-ac	nux-m	nux-v	ph-ac	phos	puls	rhus-t	samb	sep	sil	spong	sulph	verat
RESPIRACIÓN, Dificil, con tos (486 - 3)	1	3		2	1	1	2	2			1	3	3	2	2		1	2	1	2	2	2	1	1	1	2	3		3		1	1	2	2	1	1	
RESPIRACIÓN, Acelerada	3	3	2	3	3	2	3		2	3	2	3			2	2	2	2	1			3	2	2		2	2		3	2	2	2	3	1	1	3	2
PECHO, Debilidad de pulmones (521 - 3)	1	2					3								2		2		2	1				1	1			2	2		1			2	2	2	
RESPIRACIÓN, Detenida (483, 1)		1		1	3		1	2			1	3					2		1		2	2	1	1	1	2	1		2	2		3	1	2		2	2
GENERALIDADES, Cianosis (817, 3)	1	2	1	2	1		3	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1				3	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	2		1	1	1	3
TOS, Irritación en bronquios (502, 1)													2					2			2	2															1
TOS, Mucus, pecho (503, 2)		1																3						1						3			2		2	1	
TOS, Paroxística	1	2		3	1		3	2	2	2	2	3	3	1	3	3	1	1	2	1	2	1	1	1	1		3	1	1	3			3	1	2	2	3
TOS, Seca	3	3	1	3	3	1	2	2	2	2	3	2	1	2	2	3	3	2	3	1	3	2	2	3	2	2	3	3	3	3	2	2	2	2	3	3	1
RESPIRACIÓN, Sibilante		3					3		2		2	2	2	1	1			2	3	2	2	2	1	2	2	2	1		1			2	1		1	1	
PECHO, Valvular, enfermedad	1	1												1							1								1		1				2		
	10	21	4	14	12	4	20	9	9	8	12	19	12	8	13	9	12	14	13	7	17	15	9	13	9	11	14	7	18	14	8	12	14	11	15	16	12

Realizado por la autora usando el Moderno Repertorio de Kent(40)

En este caso donde se considera al Síndrome de Down y a las enfermedades congénitas pulmonares y cardiovasculares como factor de riesgo para presentación grave de la enfermedad, es necesario incluirlo en la repertorización, sin embargo, la patología no se encuentra puntualmente descrita en el repertorio empleado en el presente trabajo. Vale la pena mencionar que existen otros repertorios digitales donde se incluye la enfermedad como rubro.

Con base en los resultados de la repertorización ilustrados previamente, se consideró que, para el caso de manejo de la bronquiolitis grave, los medicamentos que cubren la totalidad de los síntomas con puntajes altos son:

- ***Arsenicum album:*** la respiración es difícil, sibilante con tos y expectoración espumosa, cianosis peribucal. Tos violenta y seca en la mañana. Resulta especialmente útil cuando el cuadro se desarrolla en el contexto de una patología valvular cardíaca(44).

- ***Carbo vegetabilis:*** indicado para la bronquiolitis del lactante, sobre todo aquella que cursa con importante dificultad respiratoria(45). Hay sensación de debilidad y fatiga en el pecho; la tos es nocturna, sofocante, violenta, paroxística(44) Cuando hay compromiso de la función ventilatoria se recomienda una dosis 15CH la cual conviene repetir 24 horas hasta lograr normalización de dicha función(45).

- ***Cuprum metallicum:*** el compromiso ventilatorio es importante, con un patrón respiratorio con apneas y cianosis, respiración acelerada y ruidosa (estertorosa o sibilante). Silbidos con inspiración lenta (45).

- ***Phosphorus:*** existe un síndrome de dificultad respiratoria, acompañado de importante ansiedad y angustia, la tos con frecuencia provoca petequias en la cara. Es especialmente útil cuando subyace patología cardíaca valvular o crecimiento de cavidades derechas(44).

En este aparte vale la pena mencionar, la utilidad que puede tener el Antimonium tartaricum para el manejo de casos graves. Si bien no se contempla dicha medicación en la repertorización, quizás por diseño de la hoja repertorial empleada, la materia médica describe su utilidad en un paciente somnoliento, abatido, que presenta importante ocupación bronquial por moco espeso cuya expectoración es difícil, asociado a dificultad respiratoria con disnea, cianosis, aleteo nasal y frialdad cutánea(43,45).

Para realizar la repertorización de la bronquiolitis se tomaron los signos característicos de la enfermedad:

Tabla 3-7. Repertorización de la bronquiolitis

SINTOMA	CAPITULO	RUBRO	SUBRUBRO	COLUMNA	PAGINA
Rinorrea	NARIZ	*Coriza*	Con fiebre	2	229
	NARIZ	*Coriza*	Con secreción fluida	3	229
Tos	TOS	*Irritación*	Bronquios	1	502
	TOS	*Mucus*	Pecho	2	503
	TOS	*Paroxística*		3	503
	TOS	*Ruidosa*		3	505
Tipo de respiración	RESPIRACIÓN	*Asmática*		3	481
	RESPIRACIÓN	*Ruidosa*		3	505
	RESPIRACIÓN	*Sibilante*		1	508

Realizado por la autora usando el Moderno Repertorio de Kent(40)

Las opciones terapéuticas para el manejo de la bronquiolitis son:

Tabla 3-8. Opciones terapéuticas para el manejo de la bronquiolitis

	acon	ant-t	ars	bell	bry	calc	carb-v	caust	cham	chel	chin	Drosera	hep	Ip	kali-bi	kali-c	kali-sil	lach	lyc	merc	nat-m	nit-ac	nux-v	phos	puls	Rumex	sep	sil	sulph
NARIZ, Coriza, con secreción fluída	2	2	3	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2		2	2	1	2	2	3	3	3	3	1	3	1	2	2	3
NARIZ, Coriza con fiebre	2		2	2	3								2					1		3		1							
TOS, Irritación bronquios												2		1		2		2	2										
TOS, Mucus, pecho		1	1			2		1	1					1	3						1				3		1		1
TOS, Ruidosa		3		2	2	2	2	3	2	2			2	3	2		3	2	2	1	2		2	2	2	1	3	2	2
TOS, Paroxística	1		2	3	1	2	3	2	2	2	2	3	3	3	1	2		2	1	1	1	1	3	1	3	3	3	1	2
RESPIRACIÓN, Asmática	2	2	3	2	2	2	2	1	1	1	2	2	2	3		3	2	2	2	1	2	2	2	2	3	1	2	3	3
RESPIRACIÓN, Ruidosa	2	3	3	2	1	2	2	3	2	2	3		3	3	2	2	3	2	3	1	2	2	2	3	3	1	2	2	2
RESPIRACIÓN, Sibilante			3			1	3		2		2	2	1	3	2	3	2	2	2	1	2		1	1			1		1
	9	11	17	14	11	14	14	12	12	9	11	11	15	17	12	14	11	15	14	11	13	9	13	10	17	7	14	10	14

Realizado por la autora usando el Moderno Repertorio de Kent(40)

Para el manejo de casos de bronquiolitis, según los resultados de la repertorización elaborada, tenemos:

- ***Chamomilla:*** niño hipersensible, que presenta obstrucción nasal con rinorrea caliente y acuosa, tos seca durante el sueño con expectoración de presentación diurna que en ocasiones puede ser sanguinolenta y con respiración corta y sibilante(44). Se indica

su uso en bronquiolitis durante la etapa de dentición y cuando la tos es irritante y seca que agrava con el frío(46).

- ***Drosera:*** se caracteriza por una tos espasmódica, coriza seco con obstrucción nasal. La tos se presenta en accesos, sobre todo en las noches y durante el decúbito. La expectoración es difícil y alivia con el vómito(43,45).

- ***Ipecacuana:*** coriza con obstrucción nasal, anosmia, tos espasmódica, sofocante, disnea espasmódica, períodica (anual)(47).

- ***Kali carbonicum:*** catarro nasal crónico, ataques de tos en horas de la madrugada, tos seca, continúa, catarro bronquial, disnea continúa con períodos de agravación en horas de la madrugada.

- ***Sepia:*** presenta rinorrea espesa, blanca, que tiene a formar costras secas. Tos matutina con abundante expectoración, tos seca, espasmódica que fatiga y genera disnea. Tos constante, seca, extenuante durante toda la noche al acostarse(44).

3.1.3 Sibilancia o sibilancia recurrente

El uso de la homeopatía en el tratamiento del asma se lleva a cabo con la expectativa de lograr una reducción en la recurrencia de las crisis y suspender el tratamiento convencional, en especial los corticoides. Los medicamentos que con mayor frecuencia se prescriben para lo anterior son Kali carbonicum, Phosphorus y Sulphur(17,45)sin embargo, deberá siempre contemplarse otras opciones de acuerdo a la clínica del niño enfermo.

Tomando en cuenta los criterios contemplados en la estrategia (figura 2-10 y 2-13) se consideró tomar como parámetro para realizar la repertorización los indicadores de gravedad y los síntomas/signos característicos de la enfermedad:

Tabla 3-9. Repertorización de la sibilancia grave

SÍNTOMA	CAPÍTULO	RUBRO	SUBRUBRO	COLUMNA	PÁGINA
Incapaz de hablar o beber, somnoliento, confuso o agitado	PSIQUISMO	*Confusión mental*		2	16
	PSIQUISMO	*Irritabilidad en niños*		1	59
	PSIQUISMO	*Estupor*		1	30
Tirajes subcostal o respiración rápida	RESPIRACIÓN	*Difícil*		3	483
	TOS	*Asmática*		3	493
	RESPIRACIÓN	*Sibilante*		3	488
Saturación de oxígeno menor o igual a 84%	GENERALIDADES	*Cianosis*		3	817
Apneas	RESPIRACIÓN	*Detenida*		1	483
Recurrencia	RESPIRACIÓN	*Asmática*	Periódica	3	482

Realizado por la autora usando el Moderno Repertorio de Kent(40)

Las opciones terapéuticas para el manejo de la sibilancia grave son:

Tabla 3-10. Opciones terapéuticas para el manejo de la sibilancia grave

	acon	apis	ars	bell	blatta	bry	cact	calc	carb-v	cham	cupr	ferr	hep	ip	kali-c	kali-i	lach	lyc	merc	nat-m	nit-ac	nux-m	nux-v	phos	puls	rhus-t	samb	sep	sil	spong	stram	sulph	verat
PSIQUISMO, Confusión mental	2	1	2	3		3		3	3	1	2	2	1	1		2	3	2	3	3	1	3	3	2	2	3	1	3	3	1	2	2	2
PSIQUISMO, Irritabilidad en niños			1							3	1			1				1							1			2	2				
PSIQUISMO, Estupor	3	2	2	3		2	1	2	2	2	1	1	2		1	2	1	1	1	3	1	3	3	3	2						2	2	1
TOS, asmática	2	2	3	2	2	2	2	2	2	1	3	2	2	3	3	2	2	2	1	2	2	1	2	2	3		3	2	3	3	3	3	2
RESPIRACIÓN, Sibilante			3					1	3	2	2	1	1	3	3		2	2	1	2	2	2	1	1			2	1		1		1	
RESPIRACIÓN, Dificil	2	3	3	2	2	3	3	2	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	2		3	2	2	2	3	3	2	3	3
RESPIRACIÓN, Asmática, periódica			3						2														1	2								1	
RESPIRACIÓN, Detenida		1	1	1		3	2	2	1		3				1	1	2	2	1	1	1	2	1	2	2		3	2	2		1		2
GENERALIDADES, Cianosis	1		2	2		1		1	3		3	1	1	2			3	1	1	1	1	1	1	2	1	2	2		1	1	1	1	3
	10	9	20	13	4	14	8	13	19	11	18	10	10	13	11	10	16	14	10	14	10	15	14	14	14	7	13	12	14	9	11	13	13

Realizado por la autora usando el Moderno Repertorio de Kent(40)

Con base en los resultados de la repertorización ilustrados, se consideró que para el caso de manejo de la sibilancia grave y sibilancia grave recurrente los medicamentos que cubren la totalidad de los síntomas con puntajes altos son:

- ***Arsenicum álbum:*** asma que alterna con erupciones eccematosas; las crisis de asma por lo general tienden a aparecer hacia las 13 y 15 horas o en cualquier momento después de medianoche. La respiración es asmática y se acompaña de una sensación constrictiva torácica y sed. La crisis cursa con importante ocupación bronquial por secreciones. La respiración es caliente, irregular, estertorosa y silbante(47).

- ***Carbo vegetabilis:*** asma en tiempo caluroso y húmedo, de mañana o de noche, puede suceder a un cuadro de crup. Respiración silbante, tos violenta, paroxística, sofocante(44).
- ***Cuprum metallicum:*** episodios de tos que aparecen y desaparecen de manera súbita, disnea sofocante, inspiración silbante, casi no puede hablar, cara cianótica, diaforesis profusa. Agravación hacia las 23 y 1 horas(44). Ataques súbitos de asma espasmódica por emociones o exposición a frío. Las crisis broncoobstructivas alternan con eccema y al examinar encontramos respiración irregular con esfuerzos para respirar durante la tos, sibilancias con inspiración lenta(47).

- ***Nux moschata:*** gran somnolencia acompañados de escalofríos, cianosis generalizada, disnea opresiva y tos seca después de beber(44).

- **Nux vómica:** el asma se presenta con predominio durante el invierno y está mediada por procesos alérgicos desencadenados por polvo. La respiración es difícil, en ocasiones impedida al toser. Habitualmente durante la auscultación se encuentran estertores basales y respiración estridulosa(47).

- ***Phosphorus:*** asma espasmódica en niños pequeños, disnea con tos, sobre todo en la noche hasta las 22 horas. Al examinar se observa respiración abdominal, hiperventilación en niños nerviosos y sensibles y respiración estertorosa(41,47).

Para realizar la repertorización de Sibilancia y Sibilancia recurrente sin signos de gravedad, se tomaron los rubros y subrubros correspondientes a las características de la enfermedad:

Tabla 3-11. Repertorización de la sibilancia o sibilancia recurrente

SÍNTOMA	CAPÍTULO	RUBRO	SUBRUBRO	COLUMNA	PÁGINA
Tos	TOS	*Irritación*	Bronquios	1	502
	TOS	*Asmática*	espasmódica	3	493
	TOS	*Asmática*	En niños	3	493
Patrón respiratorio	RESPIRACIÓN	*Ruidosa*		2	488
	RESPIRACIÓN	*Sibilante*		3	488
Recurrencia	RESPIRACIÓN	*Asmática*	Periódica	3	482

Realizado por la autora usando el Moderno Repertorio de Kent(40)

Las opciones terapéuticas correspondientes a la repertorización son:

Tabla 3-12. Opciones terapéuticas para el manejo de la sibilancia y la sibilancia recurrente

	ant-t	ars	brom	carb-v	caust	cham	chel	cupr	dros	dulc	ferr	ip	kali-bi	kali-c	kali-sil	lach	lyc	merc	nat-m	nat-s	nit-ac	nux-m	nux-v	ph-ac	phos	puls	samb	sep	spong	stram	sulph
TOS, Irritación, Bronquios									2			1	2			2	2														
TOS, Asmática, espasmódica	2	3			1	1		2	2		2	3		2		2		1		1		1	2	1	1	2	1	2	3	2	1
TOS, asmática en niños						3						3								3			1		1	3	3			1	1
RESPIRACIÓN, Ruidosa	3	3	2	2	3	2	2	3		3	2	3	2	2	3	2	3	1	2	2	2	2	2	2	3	3		2	2	2	2
RESPIRACIÓN, Sibilante		3	2	3		2		2	2		1	3	2	3		2	2	1	2	2	2	2	1		1		2	1	1		1
RESPIRACIÓN, Asmática, periódica	1	3		2			2																1		2						1
	6	12	4	7	4	8	4	7	6	3	5	13	6	7	3	8	7	3	4	8	4	5	7	3	8	8	6	5	6	5	6

Realizado por la autora usando el Moderno Repertorio de Kent(40)

Para el manejo de la sibilancia o sibilancia recurrente sin signos de gravedad tenemos:

- ***Chamomilla:*** ataques de asma repentinos que sobrevienen a un resfriado, clima seco o emociones. La respiración es irregular y estertorosa, con inspiración fuerte con exhalación forzada y respiración sollozante, sensación de tener un hilo en la garganta(43,47).

- ***Ipecacuana:*** las crisis de asma se presentan de manera brusca, se asocian a sudoración frontal y lengua limpia con náuseas(43).

- ***Natrum sulphuricum:*** el asma sobreviene a un resfriado y a procesos alérgicos. La respiración asmática se presenta al momento de dormir y la disnea se exacerba con cada esfuerzo físico. Deseo constante de inspirar profundamente y la disnea en los niños es marcada entre las 4 y 5 am. Al examen físico sibilancias universales con estertores(47).

- ***Sambucus:*** crisis de disnea que interrumpen el sueño hacia las 3 am, el niño logra conciliar el sueño para nuevamente despertarse con una crisis de disnea. Transpira al despertarse(43).

- ***Spongia tosta:*** crisis de asma de aparición violenta que sobreviene a la exposición de ambientes húmedos. Su uso cobra relevancia cuando existen patologías cardíacas concomitantes(43).

Para los casos recurrentes, Nux vómica y sulphur son los recomendados, sin embargo, posterior a la revisión de la materia médica Natrum sulphuricum resulta útil sobre todo aquellos casos que se presentan con el clima húmedo y frío.

3.2 Opciones terapéuticas para el niño con tos o dificultad para respirar, sin obstrucción de la vía aérea

3.2.1 Neumonía

Tomando en cuenta los criterios contemplados en la estrategia (figura 2-14 y 2-15) se consideró tomar como parámetro para realizar la repertorización los indicadores de gravedad y los síntomas/signos característicos de la enfermedad:

Tabla 3-13. Repertorización de la neumonía grave

SÍNTOMA	CAPÍTULO	RUBRO	SUBRUBRO	COLUMNA	PÁGINA
Cualquier signo general de peligro	PSIQUISMO	*Irritabilidad en niños*		1	59
	PSIQUISMO	*Estupor*		1	30
	PSIQUISMO	*Confusión mental*		3	17
Tiraje subcostal	PECHO	*Inflamación*	Pulmones	2	542
	RESPIRACIÓN	*Difícil*		3	483
Saturación de oxígeno al ambiente baja	PECHO	*Congestión pulmonar*		1	520
	PECHO	*Hepatización*		2	541
	PECHO	*Hidropesía*		2	541
	RESPIRACIÓN	*Acelerada*		1	481
	RESPIRACIÓN	*Estertorosa*		3	486
Síntomas característicos de la enfermedad	FIEBRE	*Ardiente*	Calor febril	1	773
	PECHO	*Dolor*	Respiración	1	524
	PECHO	*Dolor*	Durante la tos	2	524
	TOS	*Sofocante*		1	508
	EXPECTORACIÓN	*Copiosa*		3	511
	EXPECTORACIÓN	*Purulenta*		3	514

Realizado por la autora usando el Moderno Repertorio de Kent(40)

Con base en lo anterior, las opciones terapéuticas para el manejo de la neumonía grave son:

Tabla 3-14. Opciones terapéuticas para el manejo de la neumonía grave

	acon	ant-t	apis	ars	bell	bry	calc	carb-v	cham	chin	ferr	gels.	hep	hyos	ip	kali-bi	kali-c	lach	lyc	merc	nat-m	nux-m	nux-v	ph-ac	phos	puls	rhus-t	sep	sil	stram	sulph	verat
PSIQUISMO, Irritabilidad en niños		1		1					3	2					1				1							1		1	2			
PSIQUISMO, Estupor	3	1	2	2	3	2	2	2	2	1	1	2	2	2			1	1	1	1	3	3	3	3	3	2				2	2	1
PSIQUISMO, Confusión mental	2	2	1	2	3	3	3	3	1	2	2	2	1	2	1	1	2	3	2	3	3	3	3	2	2	2	3	3	3	2	2	2
FIEBRE, Ardiente, calor febril	1	1	3	3	3	2		2	2			3	2		1			1	2	1	1	2			3	3	2			1	1	1
PECHO, Congestión pulmonar	3		2		3	3	2			2	2	2			3		2	3	2	2			3		3	2	3	3	2		3	2
PECHO, Dolor, respiración	1	1				3	2		2								3		2		1			1				2			1	1
PECHO, Dolor, durante la tos	2	1	1	1	3	3	2	3	2	2	1	1				1	1	1	3	2	2	1	1	1	3	3		2	2	1	3	2
PECHO, Hepatización		1									1						2	2	2	1			2		3						3	
PECHO, Hidropesía		2	3	3		3	1	2		1							3	2	3	2	2								2		2	
PECHO, Inflamación pulmones	3	3	2	3	2	3	2	3		2	2	2	3	2	2	2	2	2	3	3	2		1	2	3	3	3	3	2	2	3	2
TOS, sofocante	1	2	2	2	1	2		3	2	3			3	3	3	1	2	2	1	2	1	2	3			2		2	1	1	3	1
RESPIRACIÓN, Acelerada	3	3	1	3	3	3	1	3		2		3	2	2	3	2	1		3	2	2	2	2		3	2	2	3	2	2	3	2
RESPIRACIÓN, Difícil	2	3	3	3	2	3	2	3	2	3	3	2	3	1	3	2	3	3	3	2	2	3	2			3	2	2	3	2	3	3
RESPIRACIÓN, Estertorosa	1	2	2	2	1				1	2		2		1		1		2	2			2	2		1	2				2		
EXPECTORACIÓN, Copiosa		1		3		1	3	2		2	2		3			2	2	1	3					2	3	3		3	2		2	1
EXPECTORACIÓN, Purulenta	1	2		2	1	1	3	1			1	1	1	1	1	1	3	1	3	2	1	2	1	2	3	2	2	3	3		2	1
	23	26	22	30	25	32	23	27	17	24	15	20	20	14	18	13	27	24	36	23	20	20	23	13	30	30	17	27	24	15	33	19

Realizado por la autora usando el Moderno Repertorio de Kent(40)

Para el manejo de la neumonía grave, los medicamentos que cubren la totalidad de los síntomas con puntajes altos son:

- ***Antimonium tartaricum:*** se indica en cuadros de neumonía en niños con lengua seca y café, en especial aquellas neumonías que llevan a insuficiencia respiratoria. Clínicamente encontramos cianosis importante, presencia de atelectasias, hepatización y edema pulmonar(47).

- ***Arsenicum album:*** indicado durante la etapa inicial de la neumonía, sobre todo aquella asociada a colapso. El niño se encuentra extremadamente ansioso, cianótico y pálido. Frecuentemente se asocian arritmias cardíacas como fibrilaciones. El niño se queja constantemente que no puede respirar y debe sentarse para lograrlo(47).

- ***Bryonia alba:*** el niño se siente caliente con transpiración profusa, cefalea frontal supraorbitaria. Es de apariencia congestionada, somnolienta y mareada, cara cianótica. Mientras tose el niño se sostiene el pecho(45).

- ***Lycopodium clavatum:*** la neumonía de este medicamento por lo general es derecha. Respiración acelerada, difícil, impedida, estertorosa y corta, empeora con el decúbito dorsal. La tos es paroxística, espasmódica y violenta con escasa expectoración. Neumonía recurrente en pediatría. Fiebre que inicia alrededor de las 16 horas. Su uso se indica cuando la evolución clínica completa 3 a 4 días, momento en el cual el niño presenta mayor actividad mental(47).

- ***Phosphorus:*** neumonía con opresión que empeora con el decúbito lateral izquierdo. Edema pulmonar, expectoración en ocasiones hemoptoica. Especialmente útil en el caso de neumonía recurrente(47).

- ***Pulsatilla:*** neumonía en niños con coloración blanquecina de la lengua. Clínicamente se encuentran signos de consolidación pulmonar, enfisema y edema pulmonar(47).

- ***Sulphur:*** neumonía descuidada, auscultación estertorosa. Presenta consolidación neumónica en base pulmonar izquierda, coexiste el derrame pleural, atelectasia y empiema(47).

Para realizar la repertorización neumonía se tomaron los rubros y subrubros correspondientes a las características de la enfermedad:

Tabla 3-15. Repertorización de neumonía

SÍNTOMA	CAPÍTULO	RUBRO	SUBRUBRO	COLUMNA	PÁGINA
Fiebre	FIEBRE	*Ardiente*	Calor febril	1	773
Dolor pleurítico	PECHO	*Dolor*	Respiración	1	524
	PECHO	*Dolor*	Durante la tos	2	524
Tos	TOS	*Mucus*	pecho	2	503
	EXPECTORACIÓN	*Copiosa*		3	511
	EXPECTORACIÓN	*Purulenta*		3	514
	RESPIRACIÓN	*Acelerada*		1	481

Patrón respiratorio	RESPIRACIÓN	*Estertorosa*		3	486
Inflamación pulmonar	PECHO	*Congestión pulmonar*		1	520
	PECHO	*Hepatización*		2	541
	PECHO	*Inflamación*	Pulmones	2	542

Realizado por la autora usando el Moderno Repertorio de Kent(40)

Las opciones terapéuticas de acuerdo a la repertorización realizada son:

Tabla 3-16. Opciones terapéuticas para el manejo de la neumonía

	acon	ant-t	ars	bell	bry	calc	carb-v	cham	chin	ferr	gels.	hep	ip	kali-bi	kali-c	lach	lyc	merc	nat-m	nit-ac	nux-v	phos	psor	puls	rhus-t	sep	sil	stram	sulph	verat
FIEBRE, Ardiente, calor febril	1	1	3	3	2		2	2			3	2	1			1	2	1	1	1		3	1	3	2			1	1	1
FIEBRE, Escalofrío, con	3		3	3	2	3		3	1	2			1				1	2	1	3	3	1		2	3	2	1	2	3	2
PECHO, Congestión pulmonar	3			3	3	2	2		2	2	2		3		2	3	2	2		2	3	3		2	3	3	2		3	2
PECHO, Dolor inspirando	3		2		3	3	1	2		1					1		2	2	1			2	2			1	2		1	
PECHO, Dolor, respiración	1	1			3	2		2							3		2		1				3			2			1	1
PECHO, Dolor, durante la tos	2	1	1	3	3	2	3	2	2	1	1			1	1	1	3	2	2	1	1	3	1	3		2	2	1	3	2
PECHO, Dolor pulmones																	2					3							2	
PECHO, Hepatización		1								1					2	2	2	1			2	3							3	
PECHO, Inflamación pulmones	3	3	3	2	3	2	3		2	2	2	3	2	2	2	2	3	3	2	2	1	3	2	3	3	3	2	2	3	2
TOS, Agotadora		1	3	3			2	1	1	1			2	1	2	2	2	2			2	2		2	2	3	2	1	1	1
TOS, Mucus, pecho		1	1			2		1					1	3					1					3		1			1	
RESPIRACIÓN, Acelerada	3	3	3	3	3	1	3		2		3	2	3	2	1		3	2	2		2	3		2	2	3	2	2	3	2
RESPIRACIÓN, Estertorosa	1	2	2	1				1	2		2			1		2	2			2	2	1		2				2		
EXPECTORACIÓN, Copiosa		1	3		1	3	2		2	2		3		2	2	1	3					3		3		3	2		2	1
EXPECTORACIÓN, Purulenta	1	2	2	1	1	3	1			1	1	1	1	1	3	1	3	2	1	2	1	3	1	2	2	3	3		2	1
	21	17	26	22	24	23	19	14	14	13	14	11	14	13	19	15	32	19	12	13	17	33	10	27	17	26	18	11	29	15

Realizado por la autora usando el Moderno Repertorio de Kent(40)

Para el manejo de la neumonía se proponen las siguientes opciones:

- ***Aconitum napellus:*** fiebre que aparece de manera repentina, neumonía de predominio izquierdo, dolor pleurítico con la inspiración(46).

- ***Calcárea carbónica:*** neumonías descuidadas, lengua sucia. Adenopatías axilares induradas, cianosis. Expectoración purulenta, en ocasiones hemoptoica(47).

- ***Mercurius:*** respiración acelerada mientras duerme. Tos espasmódica y seca que fatiga rápidamente con expectoración acre y purulenta. No puede acostarse sobre el lado derecho(44).

- ***Sepia:*** estertores de moco al toser, tos constante que obliga al enfermo a sentarse en la cama. Expectoración lechosa, ofensiva. Se sostiene el pecho con ambas manos al toser(47).

- ***Silicea:*** neumonía descuidada con recuperación lenta. Transpiración ofensiva en la axila. Empiema(47).

3.2.2 Tos o resfriado

Teniendo en cuenta los criterios contemplados en la estrategia (figura 2-16), se consideró tomar como parámetro para realizar la repertorización los síntomas/signos característicos de la enfermedad:

Tabla 3-17. Repertorización de la tos o resfriado

SÍNTOMA	CAPÍTULO	RUBRO	SUBRUBRO	COLUMNA	PÁGINA
Cefalea	CABEZA	*Dolor*	Con coriza	1	118
Estornudos	GARGANTA INTERNA	*Carraspera*		1	302
	NARIZ	*Estornudos*		1	236
	TOS	*Con estornudo*		3	499
Rinorrea	NARIZ	*Obstrucción*		1	238
	NARIZ	*Coriza*	Con secreción fluida	3	229
	NARIZ	*Secreción acuosa*		1	241

	NARIZ	*Coriza*	Con fiebre	2	229
	NARIZ	*Coriza*	Con tos	2	230
Epífora	OJO	*Lagrimeo*	Durante la coriza	2	190

Realizado por la autora usando el Moderno Repertorio de Kent(40)

Las opciones terapéuticas de acuerdo a la repertorización son:

Tabla 3-18. Opciones terapéuticas para el manejo de la tos o resfriado

	acon	anac	ars	aur	bell	bry	calc	carb-v	caust	cham	chin	gels.	hep	kali-bi	kali-c	lach	lyc	merc	nat-m	nit-ac	nux-v	ph-ac	phos	psor	puls	rhus-t	sabad	sep	sil	staph	sulph	thuj
CABEZA, Dolor, con coriza	3		2	2	3	3	2	1	1	1	2	2	1	2	2	2	3	3		1	3		2	1	2	1		2	1		2	2
GARGANTA INTERNA, carraspera	1	3	2	1	1	1	2	2	2		3		2	1	2	2	1	1		1	3	1	2	2	2	1	2	1	1	1	3	1
NARIZ, Estornudos	2	2	3	2	2	3	2	3	2		2	1	1	2	1	2	2	3	2	2	3	2	2	1	3	3	3	2	2	2	3	1
NARIZ, Obstrucción	2	1	3	3		1	3	3	3	2	2	2	2	3	2	2	3	2	3	3	3	1	3	2	3	2	2	2	3	1	2	1
OJO, Lagrimeo, durante coriza	1	2	2					3			2				2	1	1				3		2		2		2			1		
NARIZ, Coriza, con secreción fluída	1	1	3	1	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	1	1	1	3	1	3	2	2	1	3	
NARIZ, Secreción acuosa	2		3		1	2	2	2		3	2	1		2		1		3	2	3	3		1		1		2	1	2	1	2	
NARIZ, Coriza, con fiebre	1	2	3		2	3						2	2			1		3		1												
NARIZ, Coriza, con tos	1		2		3		2	1	2	2		2	1			1	2	1	2	2		1	2	1		1		1	1	1	2	2
TOS, con estornudo		1			2	2		1			1		1					1	2	1	2							1	1		2	
	14	12	23	9	17	17	16	18	12	10	16	12	12	12	11	14	14	20	14	17	23	6	15	8	16	9	14	12	13	8	19	7

Realizado por la autora usando el Moderno Repertorio de Kent(40)

Con base en los resultados se consideró que, para el manejo de la tos y el resfriado los medicamentos que cubren la totalidad de los síntomas con puntajes altos son:

- Arsenicum álbum: Coriza aguda con secreción acuosa y excoriante. Crisis de estornudos violentos, resfriado que evoluciona a crisis asmática. Catarro en clima frío(44).

- Belladona: Coriza con tos y con fiebre. Epistaxis rojo brillante. Secreción acuosa, espesa y blanca(47).

- China: coriza acompañado de diarrea. Secreción gelatinosa, goteante y ofensiva. Epistaxis al momento de levantarse. Estornudos violentos(42,46).

- Mercurius: coriza con el clima húmedo. Catarro nasal que se extiende a senos frontales. Secreciones espesas, copiosas que corroen el labio. Secreciones verdosas, amarillentas y ofensivas(43)

- Nux vómica: coriza copioso, excoriante durante el día. Catarro que se extiende a senos frontales. Costras en fosas nasales(47).

- Sulphur: obstrucción nasal durante el calor. Epistaxis al sonarse la nariz. Obstrucción nasal, estornudos paroxísticos, úlceras septales(44)

3.3 Opciones terapéuticas del niño con diarrea

El tratamiento de la enfermedad diarreica aguda se basa principalmente en el uso de sales de rehidratación oral y cuidados nutricionales(18); el uso de la homeopatía como parte del manejo sin duda se constituye en un recurso que estimula en forma positiva los mecanismos de autocuración del individuo.

La estrategia AIEPI, contempla categorías de clasificación de acuerdo a la gravedad de presentación clínica como se ilustra en las figuras 2-18 a 2-24.

3.3.1 Diarrea con deshidratación grave

Teniendo presente los criterios contemplados en la estrategia se consideró tomar como parámetro para realizar la repertorización los indicadores de gravedad y los síntomas/signos característicos de la enfermedad:

Tabla 3-19. Repertorización de la diarrea con deshidratación grave

SÍNTOMA	CAPITULO	RUBRO	SUBRUBRO	COLUMNA	PÁGINA
Letárgico o inconsciente	PSIQUISMO	*Inconsciencia*	Coma	2	49
Ojos hundidos	OJO	*Hundido*		3	187
No puede beber o bebe con dificultad	GENERALIDADES	*Debilidad*	Por diarrea	1	826
Recuperación lenta del pliegue cutáneo	GENERALIDADES	*Pérdida de líquidos*		1	847
	GENERALIDADES	*Pulso débil*		1	849
	ORINA	*Escasa*		1	434
Características de la enfermedad	MATERIA FECAL	*Acuosa*		1	402
	MATERIA FECAL	*Copiosa*		1	404
	MATERIA FECAL	*Frecuente*		3	404
	RECTO	*Diarrea en niños*		1	390

Realizado por la autora usando el Moderno Repertorio de Kent(40)

Con base en los resultados de la repertorización, las opciones terapéuticas de las que disponemos para el manejo de la enfermedad diarreica aguda con deshidratación grave son:

Tabla 3-20. Opciones terapéuticas para el manejo de la diarrea con deshidratación grave

	acon	apis	ars	bell	bry	calc	calc-p	carb-v	cham	chin	fer	hell	kali-bi	kali-c	lach	lyc	merc	nat-m	nit-ac	nux-m	nux-v	ph-ac	phos	podo	psor	puls	rhus-t	sep	sil	staph	stram	sulph	thuj	verat
PSIQUISMO, Inconsciencia, coma	3	2	2	3	2	1		2	2	2	1	3	1	2	3	2	1	2	1	3	2	3	2		1	3	2	1	2	1	2	2		2
MATERIA FECAL, Acuosa	2	3	2	1		3	2	2	3	2	2	2	3	1	2		3	3	2	1	3	2	3	3	3	3	1	1	2		1	3	3	3
MATERIA FECAL, Copiosa		2	3		1	2	2	3		3	2			1	2	2	2	1		2		3	3	3	2		1	2	2			2	2	3
MATERIA FECAL, Frecuente	1	1	3	2	2	2	1	2	3	2	2	1	2	2	2	2	3	2	2		3	2	3	3	2	1	1	2	2			2	2	3
RECTO, Diarrea en niños	2	1	2			3	2		3		2	1					3	2		1			2	3	3	2		1	3	2	3	3		
GENERALIDADES, Debilidad por diarrea		2	3		1			1			2			1			1		3		2			3					1	3				3
GENERALIDADES, Pérdida de líquidos			2	1	1	3	3	3	1	3	2			2		1	2	1	1	2	2	3	2			3	1	3	2	3		2	1	1
GENERALIDADES, Pulso débil	1	1	3	1	1			3		2		1	2		3	2	2	1			1	3	2	1		2	2	1		2	2			1
OJO, Hundido			2	1		1		2		3	1	1		2	1	2	2		1		1	2	2	1		3		1		2	1	2	1	2
ORINA, Escasa	2	3	3	2	2	1		1	2	2	2	3	2	2	2	2	3	1	3	2	3	1	2	2	2	2	2	3	1	3	2	3	1	2
	11	15	25	11	10	16	10	19	14	19	16	12	10	13	15	13	22	13	13	11	17	19	24	19	13	19	10	16	17	13	11	19	10	20

Realizado por la autora usando el Moderno Repertorio de Kent(40)

Los medicamentos útiles para el manejo de la enfermedad diarreica con deshidratación grave, según los resultados de la repertorización realizada son:

- ***Arsenicum:*** dolor abdominal urente después de la ingesta de sólidos o líquidos, deshidraración temprana con colapso, gran postración y sequedad de mucosas, el niño no bebe. Importante diaforesis en especial después de la defecación. Pliegue cutáneo. Choque por deshidratación(47). Heces fecales como agua de arroz o negruzcas que queman el ano, también se pueden encontrar helmintos(45).

- ***Phosphorus:*** vómitos persistentes postprandiales, avidez por tomar líquidos, en especial fríos. Heces como agua de arroz con emaciación e hipoperfusión periférica. Diarrea dolorosa en chorro, ofensiva, flatos ofensivos en las heces(47).

3.3.2 Diarrea con algún grado de deshidratación

Con base en los criterios de clasificación contemplados en la estrategia (figura 2-19), se consideró tomar como parámetro para realizar la repertorización los indicadores de gravedad y los síntomas/signos característicos de la enfermedad:

Tabla 3-21. Repertorización de la diarrea con algún grado de deshidratación

SÍNTOMAS	CAPÍTULO	RUBRO	SUBRUBRO	COUMNA	PÁGINA
Intranquilo o irritable	PSIQUISMO	*Irritabilidad*	En niños	1	59
Deshidratación - **Ojos hundidos** - **Bebe con avidez** - **Pliegue cutáneo**	BOCA	*Sequedad*	Con sed	2	286
	ESTÓMAGO	*Sed*	Ardiente - vehemente	1	343
	ESTÓMAGO	*Sed*	De grandes cantidades	3	343
	GENERALIDADES	*Pérdida de líquidos*		1	847
Síntomas propios de la enfermedad	MATERIA FECAL	*Acuosa*		1	403
	MATERIA FECAL	*Copiosa*		1	404
	MATERIA FECAL	*Frecuente*		3	404
	RECTO	*Diarrea en niños*		1	390
	ESTÓMAGO	Vómitos	Durante la diarrea	3	346
	ESTÓMAGO	Vómitos	incesante	1	347

Realizado por la autora usando el Moderno Repertorio de Kent(40)

Las opciones terapéuticas de las que disponemos para el manejo de la enfermedad diarreica aguda con algún grado de deshidratación son:

Tabla 3-22. Opciones terapéuticas para el manejo de la diarrea con algún grado de deshidratación

	acon	apis	ars	bry	calc	calc-p	carb-v	chin	merc	nat-m	nit-ac	ph-ac	phos	podo	psor	puls	sep	sil	staph	stram	sulph	tarent	thuj	verat
IRRITABILIDAD, en niños			1					2								1	1	2	1					
MATERIA FECAL, Acuosa	2	3	2		3	2	2	2	3	3	2	2	3	3	3	3	1	2		1	3		3	3
MATERIA FECAL, Copiosa		2	3	1	2	2	3	3	2	1		3	3	3	2		2	2			2	2	2	3
MATERIA FECAL, Frecuente	1	1	3	2	2	1	2	2	3	2	2	2	3	3	2	1	2	2			2		2	3
RECTO, Diarrea en niños	2	1	2		3	2			3	2			2	3	3	2	1	3	2	3	3			
BOCA, Sequedad, con sed	1							2		3	2		2							2	1			1
ESTOMAGO, Sed, ardiente - vehemente	2	1	2	3	2		2	1	3		1	1	3			1		2		2	2	3	1	1
ESTOMAGO, Sed, de grandes cantidadades	2		3	3				2		3			3							2	3			3
ESTOMAGO, Vómitos, durante la diarrea		2	3					1	1				1	2		2	º			1				3
ESTÓMAGO, Vómitos, incesante	1		2				1				2		2											1
GENERALIDADES, Pérdida de líquidos			2	1	3	3	3	3	2	1	1	3	2			3	3	2	3		2		1	1
	11	10	23	10	15	10	13	18	17	15	10	11	24	14	10	13	10	15	6	11	18	5	9	19

Realizado por la autora usando el Moderno Repertorio de Kent(40)

En el apartado anterior se hizo referencia a la materia médica de Arsenicum album y Phosphorus, constituyéndose en la primera opción terapéutica de la enfermedad diarreica aguda con deshidratación grave o moderada, en ésta última categoría se considera además el uso de Veratrum álbum que se caracteriza por presenta distensión dolorosa abdominal, vómitos violentos con diarrea profusa descritos como en aguda de arroz y de olor ácido. Las deposiciones son coleriformes, con transpiración fría, su evacuación es indolora y se produce en alto gasto(47).

3.3.3 Diarrea con riesgo de deshidratación

Con base en los criterios de clasificación contemplados en la estrategia (figura 2-20), se consideró tomar como parámetro para realizar la repertorización los indicadores de gravedad y los síntomas/signos característicos de la enfermedad:

Tabla 3-23. Repertorización de la diarrea con riesgo de deshidratación

SÍNTOMAS	CAPÍTULO	RUBRO	SUBRUBRO	COLUMNA	PÁGINA
Diarrea de alto gasto	MATERIA FECAL	*Acuosa*		1	403
	MATERIA FECAL	*Copiosa*		1	404
	MATERIA FECAL	*Frecuente*		3	404
	RECTO	*Diarrea en niños*		1	390
Vómito persistente	ESTÓMAGO	*Vómitos*	Durante la diarrea	3	346
Rechazo a la vía oral	ESTÓMAGO	*Vómitos*	Incesante	1	347

Realizado por la autora usando el Moderno Repertorio de Kent(40)

Las opciones terapéuticas para el manejo de la diarrea con riesgo de deshidratación son:

Tabla 3-24. Opciones terapéuticas para el manejo de la diarrea con riesgo de deshidratación

	acon	ant-c	apis	ars	calc	calc-p	carb-v	cham	chin	ferr	hell	kali-bi	lach	lyc	merc	nat-m	nit-ac	nux-v	ph-ac	phos	podo	psor	puls	sep	sil	sulph	verat
MATERIA FECAL, Acuosa	2	3	3	2	3	2	2	3	2	2	2	3	2		3	3	2	3	2	3	3	3	3	1	2	3	3
MATERIA FECAL, Copiosa		1	2	3	2	2	3		3	2			2	2	2	1			3	3	3	2		2	2	2	3
MATERIA FECAL, Frecuente	1		1	3	2	1	2	3	2	2	1	2	2	2	3	2	2	3	2	3	3	2	1	2	2	2	3
RECTO, Diarrea en niños	2		1	2	3	2		3		2	1				3	2				2	3	3	2	1	3	3	
ESTOMAGO, Vómitos, durante la diarrea		1	2	3					1		2		1		1					1	2		2	º			3
ESTÓMAGO, Vómitos, incesante	1	1		2			1					1					2			2							1
	6	6	9	15	10	7	8	9	8	8	6	6	7	4	12	8	6	6	7	14	14	10	8	6	9	10	13

Realizado por la autora usando el Moderno Repertorio de Kent(40)

Arsenicum album y Veratrum album son nuevamente opciones útiles para la enfermedad diarreica aguda de alto gasto, además podofilum surge como una nueva alternativa; este medicamento se caracteriza por presentar deposiciones diarreicas acuosas o mucosas,

abundantes, cuya evacuación fecal se precede por dolor abdominal y borborigmos. Las heces fecales son fétidas, amarillentas, expulsadas a chorro y la deposición va seguida de tenesmo y extrema debilidad(45,46).

3.3.4 Diarrea persistente

Con base en los criterios de clasificación contemplados en la estrategia (figura 2-22 y 2-23), se consideró tomar como parámetro para realizar la repertorización los indicadores de gravedad y los síntomas/signos característicos de la enfermedad para la enfermedad diarreica persistente grave:

Tabla 3-25. Repertorización de la diarrea persistente grave

SÍNTOMAS	CAPÍTULO	RUBRO	SUBRUBRO	COLUMNA	PÁGINA
Intranquilo o letárgico	PSIQUISMO	*Irritabilidad*	En niños	1	59
	PSIQUISMO	*Inconsciencia*	coma	2	49
Deshidratación	GENERALIDADES	*Pérdida de líquidos*		1	847
Desnutrición	GENERALIDADES	*Emaciación*		3	836
Síntomas característicos	MATERIA FECAL	*Acuosa*		1	403
	MATERIA FECAL	*Copiosa*		1	404
	MATERIA FECAL	*Frecuente*		3	404
	RECTO	*Diarrea crónica*		1	389

Realizado por la autora usando el Moderno Repertorio de Kent(40)

La repertorización para ambas categorías comparten rubros excepto aquellos incluidos para referir gravedad del caso, por lo anterior, el resultado es similar en ambos categorías:

Tabla 3-26. Opciones terapéuticas para el manejo de la diarrea persistente grave

	ant-c	apis	ars	bry	calc	calc-p	carb-v	cham	chel	chin	coff	ferr	ferr-ar	hell	hep	hyos	ip	kali-bi	kali-c	lach	lyc	merc	nat-m	nux-v	ph-ac	phos	podo	psor	puls	sep	sil	stram	sulph
IRRITABILIDAD, en niños	1		1					3		2							1				1								1	1	2		
PSIQUISMO, Inconsciencia, coma	1	2	2	2	1		2	2	2	2	2	1	1	3	2	3	3	1	2	3	2	1	2	2	3	2		1	3	1	2	2	2
MATERIA FECAL, Acuosa	3	3	2		3	2	2	3	2	2	2	2	1	2	2	2		3	1	2		3	3	3	2	3	3	3	3	1	2	1	3
MATERIA FECAL, Copiosa	1	2	3	1	2	2	3		1	3	2	2	2		1		2		1	2	2	2	1		3	3	3	2		2	2		2
MATERIA FECAL, Frecuente		1	3	2	2	1	2	3	1	2	1	2	1	1	1	1		2	2	2	2	3	2	3	2	3	3	2	1	2	2		2
RECTO, Diarrea crónica			2		1							1														1							
GENERALIDADES, Emaciación	1	2	3	2	3	2	2	2	2	3		3	2	3	2		2	1	2	2	3	2	3	3	2	3		2	2	1	3	2	3
GENERALIDADES, Pérdida de líquidos	1		2	1	3	3	3	1		3	1	2	1		1				2		1	2	1	2	3	2			3	3	2		2
	8	10	18	8	15	10	14	14	8	17	8	13	8	9	9	6	8	7	10	11	11	13	12	13	15	17	9	10	13	11	15	5	14

Realizado por la autora usando el Moderno Repertorio de Kent(40)

Tabla 3-27. Opciones terapéuticas para el manejo de la diarrea persistente

	apis	ars	calc	carb-v	cham	chin	ferr	ferr-ar	hell	hep	kali-bi	kali-c	lach	lyc	merc	nat-m	nit-ac	nux-v	ph-ac	phos	podo	psor	puls	rhus-t	sep	sil	sulph	tarent	thuj	verat
MATERIA FECAL, Acuosa	3	2	3	2	3	2	2	1	2	2	3	1	2		3	3	2	3	2	3	3	3	3	1	1	2	3		3	3
MATERIA FECAL, Copiosa	2	3	2	3		3	2	2		1		1	2	2	2	1			3	3	3	2		1	2	2	2	2	2	3
MATERIA FECAL, Frecuente	1	3	2	2	3	2	2	1	1	1	2	2	2	2	3	2	2	3	2	3	3	2	1	1	2	2	2		2	3
RECTO, Diarrea crónica		2	1				1													1										
	6	10	8	7	6	7	7	4	3	4	5	4	6	4	8	6	4	6	7	10	9	7	4	3	5	6	7	2	7	9

Realizado por la autora usando el Moderno Repertorio de Kent(40)

En esta categoría las opciones terapéuticas son similares para ambas divisiones, siendo importante el uso de arsenicum para aquellas enfermedades diarreicas que muestran una periodicidad en el tiempo y en el caso de ferrum phosphoricum su uso resulta especialmente útil en el manejo de la enfermedad diarreica aguda persistente cuya etiología se relaciona con helmintiasis y ascariasis.

3.3.5 Disentería

Con base en los criterios de clasificación contemplados en la estrategia (figura 2-24), se consideró tomar como parámetro para realizar la repertorización los indicadores de gravedad y los síntomas/signos característicos de la enfermedad para la enfermedad diarreica persistente grave:

Tabla 3-28. Repertorización de la disentería

SINTOMAS	CAPÍTULO	RUBRO	SUBRUBRO	COLUMNA	PÁGINA
Deposiciones líquidas y frecuentes	MATERIA FECAL	*Acuosa*		1	403
	MATERIA FECAL	*Copiosa*		1	404
	MATERIA FECAL	*Frecuente*		3	404
Sangrado	RECTO	*Disentería*		3	390

Realizado por la autora usando el Moderno Repertorio de Kent(40)

Según los resultados de la repertorización las opciones terapéuticas de las que disponemos para el manejo de la enfermedad diarreica con disentería son:

Tabla 3-29. Opciones terapéuticas para el manejo de la disentería

	acon	ant-c	apis	ars	bell	bry	calc-p	carb-v	cham	chin	coff	ferr	hep	ip	kali-bi	kali-c	lach	lyc	merc	nat-m	nit-ac	nux-v	ph-ac	phos	podo	psor	puls	rhus-t	sep	sil	sulph	tarent	thuj	verat
MATERIA FECAL, Acuosa	2	3	3	2	1		2	2	3	2	2	2	2		3	1	2		3	3	2	3	2	3	3	3	3	1	1	2	3		3	3
MATERIA FECAL, Copiosa		1	2	3		1	2	3		3	2	2	1	2		1	2	2	2	1			3	3	3	2		1	2	2	2	2	2	3
MATERIA FECAL, Frecuente	1		1	3	2	2	1	2	3	2	1	2	1		2	2	2	2	3	2	2	3	2	3	3	2	1	1	2	2	2		2	3
RECTO, diarrea, disentería	2		2	3	2	2		3	2	2			2	3	2		2	2	3		2	3		3		2	2	3			3			1
	5	4	8	11	5	5	5	10	8	9	5	6	6	5	7	4	8	6	11	6	6	9	7	12	9	9	6	6	5	6	10	2	7	10

Realizado por la autora usando el Moderno Repertorio de Kent(40)

- ***Apis mellifica:*** deposiciones sanguinolentas, mucoides, ofensivas y en ocasiones con pus, diarrea con heces de moco y como salsa de tomate. Lengua y piel secas. Heces involuntarias con ano abierto, el paso de la materia fecal ocasiona excoración anal, con hemorragia y prolapso rectal(47).

- ***Arsenicum album:*** el sangrado característico de arsenicum se describe como oscuro, negro, acre, se asocia prolapso rectal y prurito anal(44).

- ***China:*** deposiciones debilitantes con heces melénicas. Deposiciones son de predominio matutino y está indicado sobre todo cuando distensión abdominal, timpanismo e hipersensiblidad abdominal(45).

- ***Lachesis:*** la diarrea por lo general es infecciosa, con heces purulentas, ofensivas y melénicas(44)

- ***Mercurius:*** disentería con decoloración blanca de la lengua, tenesmo severo, encopresis. Diarrea indolora. Al examen físico, prolapso rectal, excoriación del ano por defecar(47).

- ***Sulphur:*** prolapso rectal durante y después de defecar, enrojecimiento y ulceraciones alrededor del ano. Humedad sanguinolenta anal por prurito. Fisura o formación de fístula anal(47).

3.4 Opciones terapéuticas para el niño con fiebre

La fiebre es un capítulo extenso que incluye patologías de diversas etiologías; la estrategia AIEPI considera los síndromes febriles de acuerdo al riesgo de la patología como se ilustra en las figuras 2-24 a 2-28; para efectos de elaborar una propuesta de manejo se tomará un modelo basado en la repertorización de patologías específicas, en este caso meningitis, considerando la estructura de clasificación según el riesgo.

3.4.1 Enfermedad febril de alto riesgo

Con base en los criterios de clasificación contemplados en la estrategia (figura 2-26), se consideró tomar como parámetro para realizar la repertorización los indicadores de gravedad y los síntomas/signos característicos de una enfermedad específica, en este caso meningitis.

Tabla 3-30. Repertorización de la enfermedad febril de alto riesgo: meningitis

SÍNTOMAS	CAPÍTULO	RUBRO	SUBRUBRO	COLUMNA	PÁGINA
Signos generales de peligro	ESTÓMAGO	*Vómitos*	Violentos	3	347
Convulsiones	GENERALIDADES	*Convulsiones*	En niños	3	822
	GENERALIDADES	*Convulsivos*	Movimientos	2	823
Letargo o inconciencia	PSIQUISMO	*Confusión mental*	Durante el calor febril	1	17
	PSIQUISMO	*Estupor*		1	30
Rigidez de nuca	ESPALDA	*Rigidez*	Región cervical	2	584
Aspecto tóxico	FIEBRE	*Cerebroespinal*		1	774
	RESPIRACIÓN	*Irregular*		2	487
	CABEZA	*Inflamación de meninges*		3	164
Ninguna respuesta al estímulo social	PSIQUISMO	*Inconciencia*	En meningitis	2	50
Rash o eritema que no cede a la presión	PIEL	*Púrpura*		3	803

Realizado por la autora usando el Moderno Repertorio de Kent(40)

Según los resultados de la repertorización, las opciones terapéuticas de las que disponemos para el manejo de la enfermedad febril de alto riesgo aplicada a la meningitis son:

Tabla 3-31. Opciones terapéuticas del manejo de la enfermedad febril de alto riesgo: meningitis

	acon	alum	ant-t	apis	arg-nit	ars	bar-c	bell	bry	calc-c	canth	caust	cham	cic	cocc	cuprum	gels	glon	hell	hyos-c	ign	iod	ip	lach	lyc	merc	nat-m	nat-sul	nux-v	op	phos	phos-ac	plumb	puls	rhus-tox	stram	sulphur	tarent	verat-a
FIEBRE, Cerebroespinal	1		1	3	2	1		3	1		1			2	1	1	3	1	1	2	2				1		2	3	2	3	2		1		2			1	1
ESTOMAGO, Vómitos, violentos			1			3		1						2		2						2	2	1		1			1		3		2						3
ESPALDA, Rigidez, región cervical	1	2	2	2		2	3	3	2	3	2	3		3	2		2	2	3	1	3			3	3	2	2	2	3		2	1	1	2	3	1	2	2	1
PIEL, Púrpura	1					2		1	1															2		1					2	1			1				
PSIQUISMO, Confusión mental, durante el calor febril		1							1				1							2	1		1							1	1			1					1
PSIQUISMO, Estupor	3	2	1	2	2	2	2	3	2	2			2	2	1		2	1	3	2	2	1		1	1	1	3		3	2	3	3	2	2		2	2	1	1
PSIQUISMO, Inconsciencia, meningitis				2													1																		2				2
CABEZA, Inflamación de meninges	1			2	1			3	2	2	1				2	2	2	2	3	2				2		2	2			2	2		2		2	3	2		
EXTREMIDADES, Parálisis durante meningitis	2																																						
RESPIRACIÓN, Irregular			2			2		3			1		2	1	1	3	2			1	2	2				1			2	3	1		1	2		1			
GENERALIDADES, Convulsivos, movimientos	1	2	1	1	2	1	1	3	1	2	2	2	3	3	3	3			2	3	3	2	3	1	1	1			2	3	1	1	2		1	3	1	2	1
	10	7	8	12	7	13	6	20	10	9	7	5	8	13	10	11	12	6	12	13	13	7	6	10	6	9	9	5	13	14	17	6	11	7	11	10	7	6	10

Realizado por la autora usando el Moderno Repertorio de Kent(40)

- ***Aconitum:*** fiebre alta, seca, con piel roja y caliente. Sed ardiente de grandes cantidades de agua fría, con ansiedad, inquietud y miedo. Convulsiones en niños en proceso de dentición. Sacudidas y contracciones de músculos aislados, los niños se muerden los puños, están inquietos y gritan(42).

- ***Apis:*** congestión y plenitud de la cabeza, hunde la cabeza en la almohada y grita durante la meningitis. Cabeza hacia atrás, caliente a nivel occipital. Kernig presente. Edema cerebral y formación de abscesos cerebrales(47).

- ***Belladona:*** estupor por congestión cerebral, midriasis, cara roja, piel seca y caliente, pulso carotídeo violento, meningitis. Movimientos convulsivos en cara, rigidez de nuca, marcha tambaleante, espasmos, convulsiones.
  Escalofrío con palidez facial seguidos de calor intenso, ardiente, con cara roja, transpiración caliente(42).

- ***Hyosciamus:*** delirio agudo con excitación que alterna con abatimiento o que se suaviza para dar lugar a un estado de inconsciencia y postración. Convulsiones, sacudidas musculares, clónicas que se resuelven en la inconciencia(44).

- ***Nux vómica:*** escalofríos violentos que lo hacen temblar, aversión a destaparse; antes de las convulsiones eructos, durante las convulsiones diplopía, disnea, micción involuntaria, transpiración, rabia; hay completo estado de conciencia durante la crisis convulsiva. Las extremidades inferiores están alternadamente flexionadas y extendidas. Después de las convulsiones insomnio o sueño profundo(47).

3.4.2 Enfermedad febril de riesgo intermedio

Con base en los criterios de clasificación contemplados en la estrategia (figura 2-27), se consideró tomar como parámetro para realizar la repertorización los indicadores de gravedad y los síntomas/signos característicos de una enfermedad específica, en este caso infección de vías urinarias.

SÍNTOMAS	CAPÍTULO	RUBRO	SUBRUBRO	COLUMNA	PÁGINA
Respuesta inadecuada al estímulo social	PSIQUISMO	*Confusión mental*	Durante el calor febril	1	17
	PSIQUISMO	*Irritabilidad en niños*		1	59
Síntomas característicos	FIEBRE	*Ardiente*	Calor febril	1	773
	ESTÓMAGO	*Vómitos*	Durante el calor febril	1	346
	ORINA	*Sanguinolenta*		3	435
	ORINA	*Olor ofensivo*		2	435
	VEJIGA	*Micción frecuente*		2	413
	VEJIGA	*Urgencia*	Dolorosa	3	417
	VEJIGA	*Micción*	Disuria	2	412
	VEJIGA	*Tenesmo*		2	416
	ORINA	*Sedimento*	Turbio	2	437
	GENERALIDADES	*Debilidad en niños*		1	827

Tabla 3-32. Repertorización de la enfermedad febril de riesgo intermedio: infección de vías urinarias

Realizado por la autora usando el Moderno Repertorio de Kent(40)

Las opciones terapéuticas para el manejo de la enfermedad febril de riesgo intermedio son:

Tabla 3-33. Opciones terapéuticas para el manejo de la enfermedad febril de riesgo intermedio: infección de vías urinarias

	acon	ant-c	apis	am	ars	bell	bry	calc	canth	carb-v	caust	cham	dulc	gels.	hell	hyos	ign	ip	lach	lyc	merc	merc-c	nat-m	nit-ac	nux-v	ph-ac	phos	psor	puls	rhus-t	sep	sil	stagh	sulph	thuj	tub	verat
FIEBRE, Ardiente, calor febril	1		3	1	3	3	2		1	2		2	2	3	1		1	1	1	2	1	2	1	1	2		3	1	3	2			1	1	1	3	1
ESTOMAGO, Vómitos, calor febril durante	1	2			2	1	2					2					1	2	1	2			3		1				1							1	2
PSIQUISMO, Confusión mental, durante el calor febril							1					1				2	1	1									1		1		1				1		1
PSIQUISMO, Irritabilidad en niños		1			1							3	1					1		1									1		1	2	1			2	
ORINA, Sanguinolenta	2	1	3	3	3	2		3	3	2	2		1		2			3	2	2	2	3	2	2	2	2	3	1	3	2	2			2	1	1	
ORINA, Olor, ofensivo			3	3	2			3		3	2		3		1				1	2	2		1	3	2	2	2		2		3			3			
GENERALIDADES, Debilidad en niños						1		1											1	2					1							1		2			
VEJIGA, Micción frecuente	1	2	3	1	1	2	2	3	3	2	3		1	3		2	3	2	3	3	3	3	2	1	3	2	1	2	3	2	2	1	3	3	2	1	1
VEJIGA, Urgencia, dolorosa	3		2						3						1					2					3				2						2	1		1
VEJIGA, Micción, disuria	3	1	2	2	3	3		1	3				2	2	2	2				3	2	3	2	2	3	1	1	1	3	2	2		1	3	2		2
VEJIGA, Micción, involuntaria	2	1	3	2	3	3	2	1	2	2	3	1	3	2	2	2	2		2	3	2	1	3	2	2	2	3	3	3	3	3	1	3	2	2		2
VEJIGA, Tenesmo	2	2	2	2	3	2		1	3		1	1		2		1		1	2	2	2	3		2	3		1	1	3	2	1	2	1		3		1
ORINA, Sedimento, turbio							1				1	1							1		1					2	1								2		
	15	10	21	14	21	17	10	13	18	11	12	11	13	12	9	9	8	11	14	24	15	15	14	13	22	11	16	9	25	13	15	7	10	18	15	8	11

Realizado por la autora usando el Moderno Repertorio de Kent(40)

- ***Apis mellifica:*** el niño llora antes y durante la micción, retención de orina en infantes. Orina escasa, ofensiva y lechosa con delirio. Deseos inefectivos de orinar en especial durante la fiebre. Micción involuntaria al toser. Enuresis nocturna. Orina con olor a violetas(47).

- ***Cantharis vesicatoria:*** indicado en las cistitis con ardor intenso, antes, durante y después de la micción. Micciones frecuentes y escasas, produce irritación en el meato, la orina es oscura y en ocasiones sanguinolentas(43).

- ***Lycopodium clavatum:*** micción involuntaria, el niño llora y grita antes de la micción. Moja la cama, deseos frecuentes de orinar durante la fiebre. La orina parece nebulosa, lechosa o con color rojizo. Arena roja o amarilla(47).

- ***Pulsatilla:*** el niño grita y llora al final de la micción, supuración sanguinolenta de la uretra. Deseos frecuentes de orinar al exponerse al clima frío o húmedo. Sedimento de arena rojiza. Constricción espasmódica de la uretra(47).

3.5 Opciones terapéuticas para el niño con problemas de oído

Las infecciones del oído medio motivan la prescripción de antibióticos de manera sistemática en la práctica clínica, siendo muchas veces innecesario dado que la etiología viral continúa siendo la de mayor prevalencia, optar por mecanismos distintos de manejo sin duda benefician al menor y disminuye el riesgo de resistencia bacteriana. Una vez más la homeopatía es una excelente opción para lograr este propósito(48)

La estrategia AIEPI contempla entonces tres categorías para enfocar los problemas de oído del niño.

3.5.1 Mastoiditis aguda

Con base en los criterios de clasificación contemplados en la estrategia (figura 2-30), se consideró tomar como parámetro para realizar la repertorización los indicadores de gravedad y los síntomas/signos característicos de la enfermedad para mastoiditis aguda:

Tabla 3-34. Repertorización de la mastoiditis aguda

SÍNTOMA	CAPÍTULO	RUBRO	SUBRUBRO	COLUMNA	PÁGINA
Dolor retroauricular	OIDO	*Dolor*	Detrás del oído	3	209
Inflamación de la mastoides	OIDO	*Hinchazón*	Detrás del oído	3	215
	OIDO	*Tensión detrás*		3	223
	OIDO	*Caries*	Proceso mastoideo	1	207
Fiebre	ARDIENTE	*Calor febril*		1	703

Realizado por la autora usando el Moderno Repertorio de Kent(40)

Las opciones terapéuticas según la repertorización son:

Tabla 3-35. Opciones terapéuticas para el manejo de la mastoiditis aguda

	acon	apis	ars	aur	bar-c	bell	bry	calc	calc-p	caps	caust	cham	chel	chin	cimic	dulc	hep	ind	ign	kali-bi	kali-c	lyc	merc	nat-m	nit-ac	nux-v	phos	psor	puls	rhus-t	ruta	sabad	sep	sil	sulph	tarent	thuj
OIDO, Hinchazón, detrás de oido	2	2	1			2	1	3	1		1									2	2	1	2	2	1		1	1	3	2			2	2			
FIEBRE, Ardiente, calor febril	1	3	3		1	3	2			1		2	1	1		2	2		1			2	1	1	1	2	3	1	3	2					1	2	1
OIDO, Dolor, detrás del oido	1		2	2	1	2	1		1	2	2		2	1			2		1	1	2	1	1	1	2	1	1			1			1	3	2		2
OIDO, Tensión detrás											1											1			1												
OIDO, Caries, proceso mastoideo				3						3							2								2									3			
	4	5	6	5	2	7	4	3	2	6	4	2	3	2	0	2	6	0	2	3	4	5	4	4	7	3	5	2	6	5	0	0	3	8	3	2	3

Realizado por la autora usando el Moderno Repertorio de Kent(40)

- ***Capsicum:*** niño extremadamente sensible, que no se adapta fácilmente a los cambios de la vida cotidiana. Tiene una marcada tendencia a formar abscesos periauriculares y en la mastoides. La radiología característica presenta erosión ósea, pobre neumatización mastoidea y signos de esclerosis(42,47).

- ***Nitric acid:*** son niños insatisfechos, obstinados y sensibles al ruido. Presenta sordera, por otitis media recurrente. Catarro de la Trompa de Eustaquio por infecciones respiratorias superiores recurrentes. Eccema atópico retroauricular. Supuración fétida derecha. Adenopatías dolorosas y palpables pre y retroauriculares(47).

- ***Silicea terra:*** niño afectivo y refinado, inteligente. Hay una historia de parto difícil que deriva en problemas respiratorios y circulatorios al nacimiento. Otorrea crónica, espera o acuosa. Periostitis del hueso mastoideo. Parotiditis indurada concomitante a la infección de oído. Abcedación retroauricular(47).

3.5.2 Otitis media crónica:

Con base en los criterios de clasificación contemplados en la estrategia (figura 2-31), se consideró tomar como parámetro para realizar la repertorización los indicadores de gravedad y los síntomas/signos característicos de la enfermedad para otitis media crónica:

Tabla 3-36. Repertorización de la otitis media crónica

SÍNTOMA	CAPÍTULO	RUBRO	SUBRUBRO	COLUMNA	PÁGINA
Inflamación tubárica	OIDO	*Catarro*	Trompa de Eustaquio	1	207
	OIDO	*Inflamación*	Trompa de Eustaquio	1	216
	OIDO	*Plenitud*	Sensación	2	216
Otorrea	OIDO	*Supuración*	Oído medio	2	223
	OIDO	*Ulceración*	Tímpano	1	224
Hipoacusia	AUDICIÓN	*Disminuida*	Deteriorada	2	225

Realizado por la autora usando el Moderno Repertorio de Kent(40)

Las opciones terapéuticas son:

Tabla 3-37. Opciones terapéuticas para el manejo de la otitis media crónica

	acon	apis	ars	aur	bar-c	bell	bry	calc	calc-p	caps	caust	cham	chel	chin	cimic	dulc	hep	iod	ign	kali-bi	kali-c	lyc	merc	nat-m	nit-ac	nux-v	phos	psor	puls	rhus-t	ruta	sabad	sep	sil	sulph	tarent	thuj
OIDO, Catarro, Trompa de Eustaquio								3		1	2							2		2			2	2	2		2		3					3			
OIDO, inflamación Trompa de Eustaquio								3										2					2	2					3					3	2		
OIDO, Plenitud, sensación de						1						1	1				1	1					2		1		1		2						1		2
OIDO, Supuración, oido medio					1			2		2	2						3			3		1	3	1					2					3	1		
OIDO, Ulceración, tímpano								2										2		2			3					2						2			
AUDICIÓN, Disminuida, deteriorada		2	2	2	3	3	2	3	2	1	3	1	2	3		1	2	2	1		2	3	2	3	3	2	3	2	3	2	2	2	2	3	3	1	
	0	2	2	2	4	4	2	13	2	4	7	2	3	3	0	1	6	9	1	7	2	4	14	8	6	2	6	4	13	2	2	2	2	14	7	1	2

Realizado por la autora usando el Moderno Repertorio de Kent(40)

- ***Calcárea carbónica:*** niño con asimilación defectuosa y osificación impedida, propenso a los terrores nocturnos, extremadamente friolento(46) Otitis media crónica con audición defectuosa. Membrana timpánica perforada, con otorrea purulenta, espesa, amarilla y muy ofensiva. Hinchazón de las glándulas pre y postauriculares(47)

- ***Mercurius:*** niño impulsivo, con tendencia a una conducta agresiva. la otalgia está asociada a odinofagia en especial desencadenada por frío. Hipertrofia amigdalina y obstrucción tubárica secundaria. Otorrea espesa, purulenta, en ocasiones sanguinolenta y ofensiva(47). Se indica en procesos inflamatorios en la fase final de supuración.

- ***Pulsatilla:*** el niño tiene un fuerte lazo emocional con su madre, son afectivos e indecisos. Presentan otalgia severa que genera llanto, agravándose en la noche. Otitis media supurativa crónica con secreción purulenta, copiosa, espesa, en especial de oído izquierdo. Disfunción auditiva en clima frío y por refriarse(47).

- ***Silicea terra:*** otorrea crónica como queso, ofensivas y purulentas, en especial del oído derecho. Otalgia con los cambios de clima. Otitis media supurativa después de vacunas, perforación timpánica y pólipos en el oído(47).

3.5.3 Otitis media aguda

Con base en los criterios de clasificación contemplados en la estrategia (figura 2-33), se consideró tomar como parámetro para realizar la repertorización los indicadores de gravedad y los síntomas/signos característicos de la enfermedad para otitis media aguda:

Tabla 3-38. Repertorización de la otitis media aguda

SÍNTOMAS	CAPÍTULO	RUBRO	SUBRUBRO	COLUMNA	PÁGINA
Irritabilidad	PSIQUISMO	*Irritabilidad*	En niños	1	59
Fiebre	FIEBRE	*Ardiente*	Calor febril	1	771
Inflamación	OIDO	*Dolor*		3	207
	OIDO	*Inflamación*	Medio	1	216
	OIDO	*Plenitud*	Sensación de	2	216
	OIDO	*Hinchazón*		3	215

Realizado por la autora usando el Moderno Repertorio de Kent(40)

Con base en la repertorización realizada, se tienen como opciones terapéuticas:

Tabla 3-39. Opciones terapéuticas para el manejo de la otitis media aguda

	acon	apis	ars	aur	bar-c	bell	bry	calc	calc-p	caps	caust	cham	chel	chin	cimic	dulc	hep	iod	lign	kali-bi	kali-c	lyc	merc	nat-m	nit-ac	nux-v	phos	psor	puls	rhus-t	ruta	sabad	sep	sil	sulph	tarent	thuj
PSIQUISMO, Irritabilidad en niños			1						2			3		2		1		2				1							1				1	2			
OIDO, Dolor	2	2	2	2	2	3	1	2	2	2	2	3	2	1	2	2	3	1	1	2	2	3	3	2	2	2	3	2	3	2	1	1	2	2	3	1	2
FIEBRE, Ardiente, calor febril	1	3	3		1	3	2			1		2	1	1		2	2		1			2	1	1	1	2	3	1	3	2					1	2	1
OIDO, Inflamación, medio		2			2	2		3		2	2	3				2	3			3	2	3	3	2				2	3	1				3	3		2
OIDO, Plenitud, sensación de						1						1	1				1	1					2		1		1		2						1		2
OIDO, Hinchazón	2	2	1			2	1	3	1		1									2	2	1	2	2	1		1	1	3	2			2	2			
	5	9	7	2	5	11	4	8	5	5	5	12	4	4	2	7	9	4	2	7	6	10	11	7	5	4	8	6	15	7	1	1	5	9	8	3	7

Realizado por la autora usando el Moderno Repertorio de Kent(40)

- ***Apis mellifica:*** niño torpe y extermadamente activos. Durante los episodios de otitis media el niño levanta la mano a la oreja con cada grito. Otalgia con la deglución y se asocia a odinofagia. Nódulos linfáticos pre y post auriculares, hipertrofiados y sensibles. Tímpano enrojecido, pabellón auricular caliente(44,47).

- ***Belladona:*** niños con déficit de atención y problemas de conducta. El niño se despierta gritando por un severo dolor de oído. Disfunción auditiva durante los procesos gripales. Otalgia que se extiende a cara y dientes. Otalgia nocturna que empeora con la masticación. Puede tener otorrea sanguinolenta y purulenta, el oído por lo general se encuentra caliente y rojo brillante(42,47).

- ***Chamomilla:*** niños excesivamente temperamentales, tienden a llorar y gritar, sobre todo neonatos e infantes. Los oídos son sensibles al aire libre y al ruido. Otalgia concomitante a odinofagia, audición disfuncional por resfriarse. Lóbulos de la oreja rojos, otitis media con otorrea purulenta ligera(47).

- ***Lycopodium:*** niños precavidos que no toman ningún riesgo. Presentan otitis medias supurativas de predominio derecho, con otalgia severa retroauricular. Audición disfuncional. Oídos hipersensibles al frío. Otorrea verdosa, fétida y excoriante del lado derecho(47).

- ***Pulsatilla:*** niño afectivo que se queja y llora con el dolor. Otitis media supurativa, con secreción purulenta, copiosa, escasa, espesa en especial del lado izquierdo. Disfunción auditiva en el clima frío. Adenopatías induradas preauriculares(47).

- ***Sulphur:*** niño que no puede soportar que lo bañen, ni que le laven el cuerpo, niños despreciados y extremadamente inquisitivos. Catarro de la Trompa de Eustaquio, secreciones copiosas, acres, sanguinolentas, ofensivas, purulentas. Sordera catarral por sonarse la nariz. Orejas rojas, induración y perforación de la membrana timpánica(47).

3.6 Opciones terapéuticas para el niño con problemas de garganta

La estrategia AIEPI contempla dos clasificaciones con base en las que se enfoca el tratamiento médico.

3.6.1 Amigdalitis estreptocócica

Con base en los criterios de clasificación contemplados en la estrategia (figura 2-36), se consideró tomar como parámetro para realizar la repertorización los síntomas/signos característicos de la enfermedad para la amigdalitis estreptocócica.

Tabla 3-40. Repertorización de la amigdalitis estreptocócica

SÍNTOMAS	CAPÍTULO	RUBRO	SUBRUBRO	COLUMNA	PÁGINA
Irritabilidad	PSIQUISMO	*Irritabilidad*	En niños	1	59
Fiebre	FIEBRE	*Ardiente*	Calor febril	1	771
	GENERALIDADES	*Debilidad*	Durante la fiebre	2	826
Odinofagia	GARGANTA INTERNA	*Dolor*	Al tragar	3	303
	GARGANTA INTERNA	*Dolor*	En amígdalas	1	304

Disfagia	GARGANTA INTERNA	*Tragar*	Dificultad para	3	311
Adenomegalia	GARGANTA EXTERNA	*Dolor*	Ganglios cervicales	2	313
	GARGANTA EXTERNA	*Hinchazón*	Ganglios cervicales	2	314
Inflamación	GARGANTA INTERNA	*Membrana*	Amígdalas	1	309
	GARGANTA INTERNA	*Supuración*	Amígdalas	2	311
	GARGANTA INTERNA	*Hinchazón*	Amígdalas	3	307
	GARGANTA INTERNA	*Inflamación*	Amígdalas	1	308

Realizado por la autora usando el Moderno Repertorio de Kent(40)

De acuerdo a la repertorización realizada, como opciones terapéuticas para el manejo de la amigdalitis estreptocócica los siguientes medicamentos:

Tabla 3-41. Opciones terapéuticas para el manejo de la amigdalitis estreptocócica

	acon	apis	ars	aur	bar-c	bell	bry	calc	calc-p	carb-v	cham	chel	chin	dulc	gels.	hep	ign	iod	kali-bi	lach	lyc	merc	merc-c	nat-m	nit-ac	nux-v	phos	psor	puls	rhus-t	saltad	sep	sil	staph	sulph	tarent
PSIQUISMO, Irritabilidad, en niños			1						2		3		2	1				2			1								1			1	2	1		
FIEBRE, Ardiente, calor febril	1	3	3		2	3	2			2	2	1	1	2	3	2	1			1	2	1	2	1	1	2	3	1	3	2				1	1	2
GENERALIDADES, Debilidad durante la fiebre	1		3				2			1							2				1			2	1		3		2	2					1	
GARGANTA INTERNA, Dolor, al tragar	1	2	3	3	2	3	2	2	2	2	2	1	3		1	3	1		2	2	3	3	2	1	3	2	2		1	2	2	1	2	2	2	2
GARGANTA INTERNA, Dolor, amígdalas									1							2			1	1																1
GARGANTA INTERNA, Tragar, dificultad para	2	2	2	2	3	2	1	2	1	2	1	2	3	2	2	2	2	2	1	3	2	2	2	1	3	3	1	2	1	3		2	2		1	1
GARGANTA EXTERNA, Dolor, ganglios cervicales																																				
GARGANTA EXTERNA, Hinchazón, ganglios cervicales		2			3	3		3		2	2			2		2	1	2	1	2	3	3	2	2	2		2	2	2	3		2	3	3	3	1
GARGANTA INTERNA, Membrana, Amigdalas		2															1	1	2	3	3	1			3											
GARGANTA INTERNA, Supuración, Amígdalas		2			2	2		1			2					3	1		2	2	2	3	1								2	2	3		2	
GARGANTA INTERNA, Hinchazón, Amígdalas	1	2		2	3	3		3	2		3	2		2	2	3	1	2	2	3	3	2	1		3	1	3		1		2	1	3	2	3	1
GARGANTA INTERNA, Inflamación, Amígdalas	2	2	2		3	3					2	1		2	2	3	2	2	2	3	2	3			3			2	1		2	2	3	2	2	1
	8	17	14	7	18	19	7	11	8	9	17	7	9	11	10	20	12	11	13	20	22	18	10	7	19	8	14	7	12	12	8	11	18	11	15	9

Realizado por la autora usando el Moderno Repertorio de Kent(40)

- ***Baryta carbonica:*** niño mental y físicamente débil, sujetos a formación recurrente de abscesos en amígdalas. Niños extremadamente friolentos. Amigdalitis recurrente. Garganta en carne viva especialmente con la deglución, sensación de tener un tapón

que no permite el paso de la comida. Hipertrofia y supuración amigdalina de predominio derecho, glándulas submaxilares hipertrofiadas e induradas(47).

- ***Hepar sulphurr:*** niños hipersensibles, irritables y coléricos; fiebre con escalofríos, pulso lleno y. acelerado. La garganta está dolorida como si tuviera una astilla. Opresión en la garganta con miedo a la sofocación. Deglución impedida o casi imposible. Inflamación, hipertrofia y supuración de amígdalas(42,47).

- ***Lachesis:*** niño manipulador. Odinofagia que se agrava al toser y al pasar saliva y se extiende hacia los oídos. La garganta es extremadamente sensible al tacto y con la más suave presión. Faringitis con amigdalitis, decoloración púrpura o roja, glándulas cervicales hipertrofiadas y sensibles al tacto. Supuración de amígdalas con formación de absceso. Fiebre con pies helados y ausencia de sed(42,47).

- ***Lycopodium:*** niños precavidos que no toman ningún riesgo, le es más difícil pasar líquidos que sólidos. Amigdalitis del lado derecho, formación de membranas con expectoración blanquecina. Hinchazón indurada de las glándulas cervicales como nudos. Fiebre con fríos helado de las manos y pies, calor en cara, mejillas y oídos, traspiración con olor ácido del cuerpo excepto en extremidades(47).

- ***Mercurius:*** inflamación de la garganta sobre todo en la noche con dolores punzantes, excoriantes o ardientes que aparecen o exacerban al tragar. El dolor se extiende al oído y el cuello. Sialorrea marcada. Adenopatías cervicales, dolorosas o quemantes. Hinchazón en ganglios, adenopatías como nudos. Supuración como amígdalas, hinchazón y enrojecimiento de la garganta, sensación de cuerpo extraño y necesidad constante de tragar(47).

- ***Silicea:*** dolor de la amígdala izquierda al pasar saliva, hinchazón indurada y dolorosa de las glándulas cervicales. Amígdalas supurantes y con importante inflamación. Absceso cervical con tendencia a formar fístula. Aversión para taparse durante la fiebre, durante la fiebre sed marcada y salivación profusa(44).

3.6.2 Amigdalitis viral

Con base en los criterios de clasificación contemplados en la estrategia (figura 2-37), se consideró tomar como parámetro para realizar la repertorización los síntomas/signos característicos de la amigdalitis viral.

Tabla 3-42. Repertorización de la amigdalitis viral

SÍNTOMAS	CAPÍTULO	RUBRO	SUBRUBRO	COLUMNA	PÁGINA
Fiebre	FIEBRE	*Ardiente*	Calor febril	1	773
	GENERALIDADES	*Debilidad*	Durante la fiebre	2	826
Odinofagia	GARGANTA INTERNA	*Dolor*	Al tragar	3	303
	GARGANTA INTERNA	*Dolor*	Amígdalas	1	304
	GARGANTA INTERNA	*Tragar*	Dificultad para	3	311
Cambios inflamatorios	GARGANTA INTERNA	*Hinchazón*	Amígdalas	3	307
	GARGANTA INTERNA	*Inflamación*	Amígdalas	2	308

Realizado por la autora usando el Moderno Repertorio de Kent(40)

Las opciones terapéuticas para el manejo de la amigdalitis viral son:

Tabla 3-43. Opciones terapéuticas para el manejo de la amigdalitis viral

	acon	apis	ars	aur	bar-c	bell	bry	calc	calc-p	carb-v	cham	chel	chin	cic	gels.	hep	ign	iod	kali-bi	lach	lyc	merc	merc-c	nat-m	nit-ac	nux-v	phos	psor	puls	rhus-t	sabad	sep	sil	staph	sulph	tarent
FIEBRE, Ardiente, calor febril	1	3	3		2	3	2			2	2	1	1	2	3	2	1			1	2	1	2	1	1	2	3	1	3	2				1	1	2
GENERALIDADES, Debilidad durante la fiebre	1		3				2			1							2				1			2	1		3		2	2					1	
GARGANTA INTERNA, Dolor, al tragar	1	2	3	3	2	3	2	2	2	2	2	1	3		1	3	1		2	2	3	3	2	1	3	2	2		1	2	2	1	2	2	2	2
GARGANTA INTERNA, Dolor, amígdalas									1							2			1	1																1
GARGANTA INTERNA, Tragar, dificultad para	2	2	2	2	3	2	1	2	1	2	1	2	3	2	2	2	2	2	1	3	2	2	2	1	3	3	1	2	1	3		2	2		1	1
GARGANTA INTERNA, Hinchazón, Amígdalas	1	2		2	3	3		3	2		3	2		2	2	3	1	2	2	3	3	2	1		3	1	3		1		2	1	3	2	3	1
GARGANTA INTERNA, Inflamación, Amígdalas	2	2	2		3	3					2	1		2	2	3	2	2	2	3	2	3			3			2	1		2	2	3	2	2	1
	8	11	13	7	13	14	7	7	6	7	10	7	7	8	10	15	9	6	8	13	13	11	7	5	14	8	12	5	9	9	6	6	10	7	10	8

Realizado por la autora usando el Moderno Repertorio de Kent(40)

- ***Apis mellifica:*** sequedad de la garganta sin sed, sólidos difíciles de pasar, enrojecimiento ardiente de la faringe, amígdalas y úvula, de predominio derecho. Úvula alargada e hinchada(47).

- ***Belladona:*** odinofagia de predominio derecho que irradia a oído, amigdalitis recurrente en niños cuando se exponen a corrientes de aire frío. Clínicamente se evidencia catarro postnasal, garganta rojo brillante, amígdalas oscuras, rojas, inflamadas e hinchadas con úvula alargada(47).

- ***Kali bichromicum:*** niño malhumorado o deprimido, dolores erráticos de ardor y quemadura. Dolor de amígdala izquierda hacia oído homolateral. Ulceración en úvula. Garganta rojo brillante(44).

4. Propuesta de manejo integral

Previamente se ha descrito la manera de enfoque de enfermedad de la estrategia AIEPI, donde se establecen conductas puntuales para dar solución a problemas específicos en la infancia. Pretende abordar de una manera integral los problemas del niño y su entorno, haciéndola de alguna manera holística en su enfoque, llevándola a compartir con la homeopatía una óptica similar.

A pesar de que en algunos apartes del libro clínico de atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia publicado por la OMS/OPS se desaconseja el uso de “métodos alternativos” para el manejo de este tipo de patologías, se considera que la experiencia clínica de los autores como el Dr. Didier Grandgeorge, así como del Dr. Jacques Jouanny quienes plantean el uso de la homeopatía en el tratamiento de la patología aguda, deberá tenerse en cuenta para elaborar la propuesta del presente trabajo. Vale la pena aclarar que la descripción de las obras de los autores mencionados se ha llevado a cabo con base en procesos de experimentación pura, llevados a la práctica clínica comprobando su utilidad.

Clásicamente se nos ha educado en un modelo excluyente, siendo la alopatía la que prevalece sobre otros sistemas médicos complejos como la homeopatía, sin embargo, evaluar a un niño desde el modelo de AIEPI da pie para formular otros tipos de tratamiento que propicien en el menor una recuperación rápida y una menor recurrencia de patologías propias de la edad; es por esto que se propone un modelo de atención donde ambos enfoques, el hegemónico y el alternativo confluyan para dar solución a una patología puntual en un grupo etario definido.

A continuación, se plantean los flujogramas de clasificación y tratamiento que servirán de base de aprendizaje de la materia médica propia de cada patología, así como del método de prescripción en la patología aguda.

Figura 4-1. Propuesta de manejo para el niño con estridor y obstrucción de la vía aérea: crup y crup grave

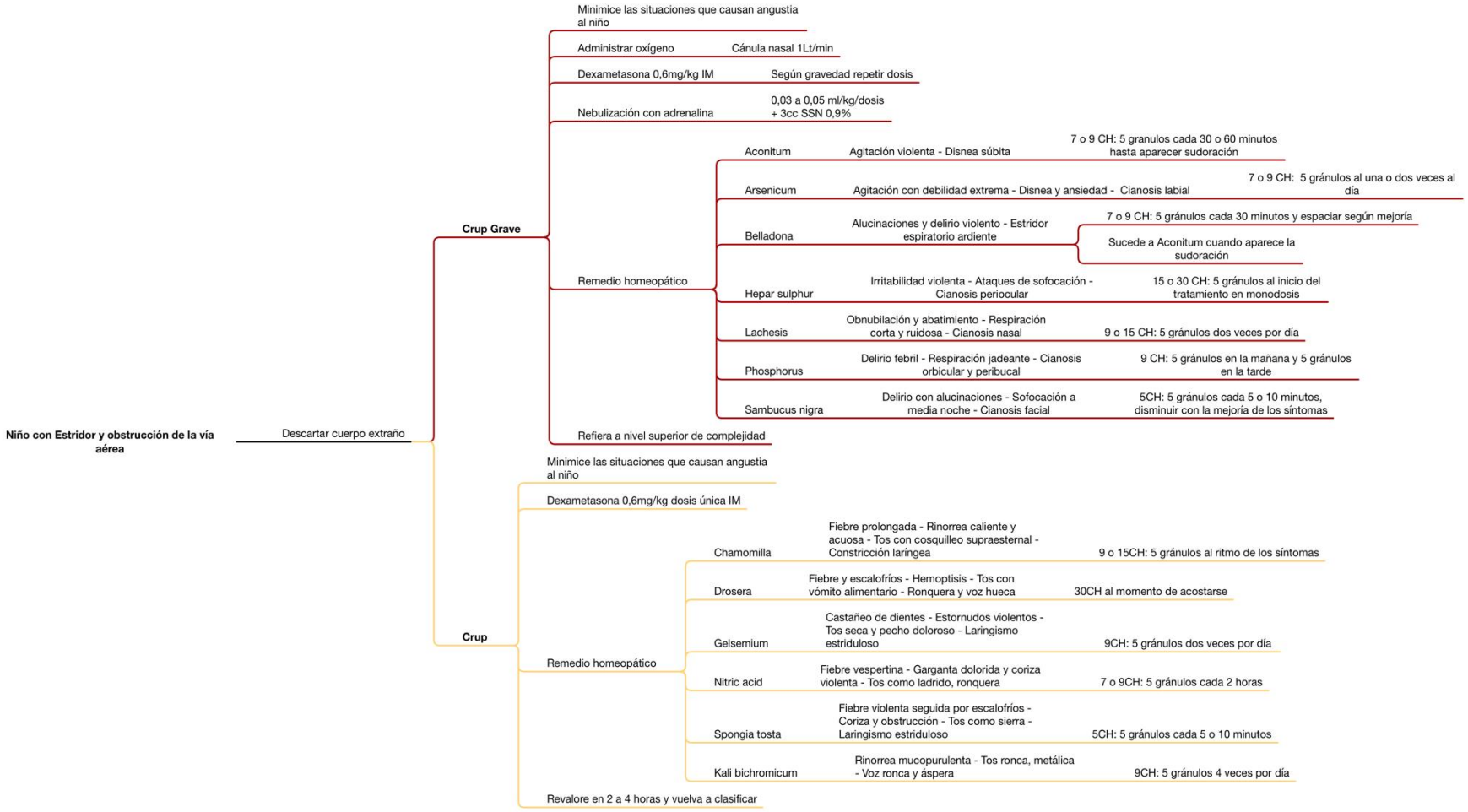


Figura 4-2. Propuesta de manejo para el niño con sibilancias y obstrucción de la vía aérea: bronquiolitis y bronquiolitis grave

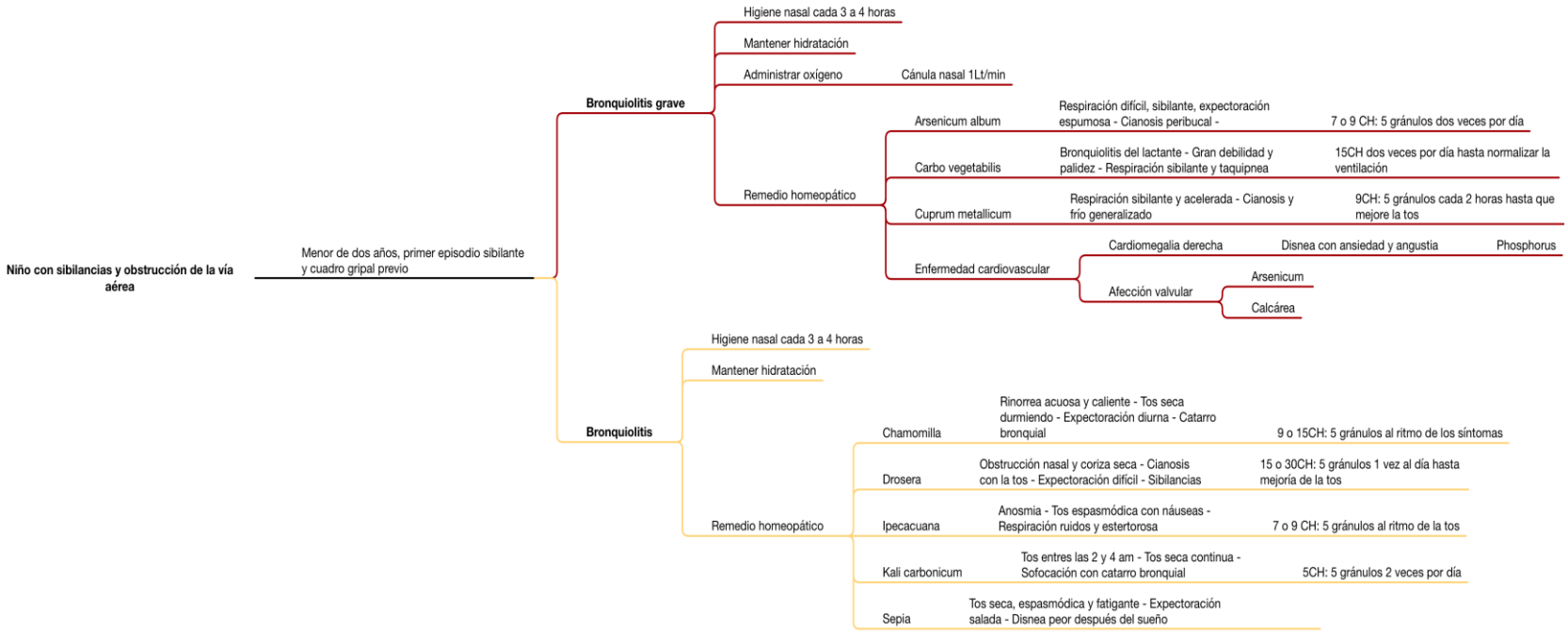


Figura 4-3. Propuesta de manejo para el niño con sibilancias y obstrucción de la vía aérea Sibilancia grave y sibilancia recurrente

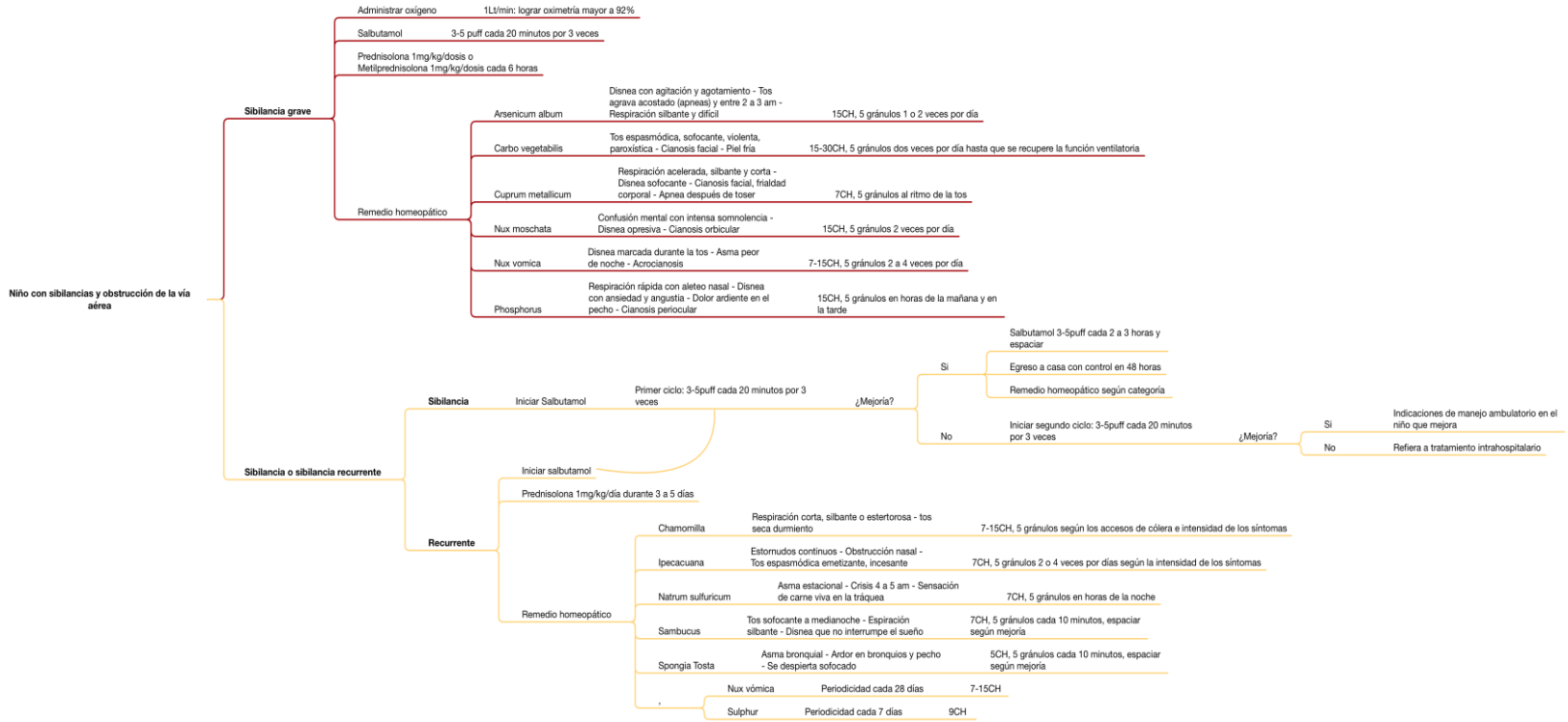


Figura 4-4. Propuesta de manejo del niño con tos o dificultad para respirar

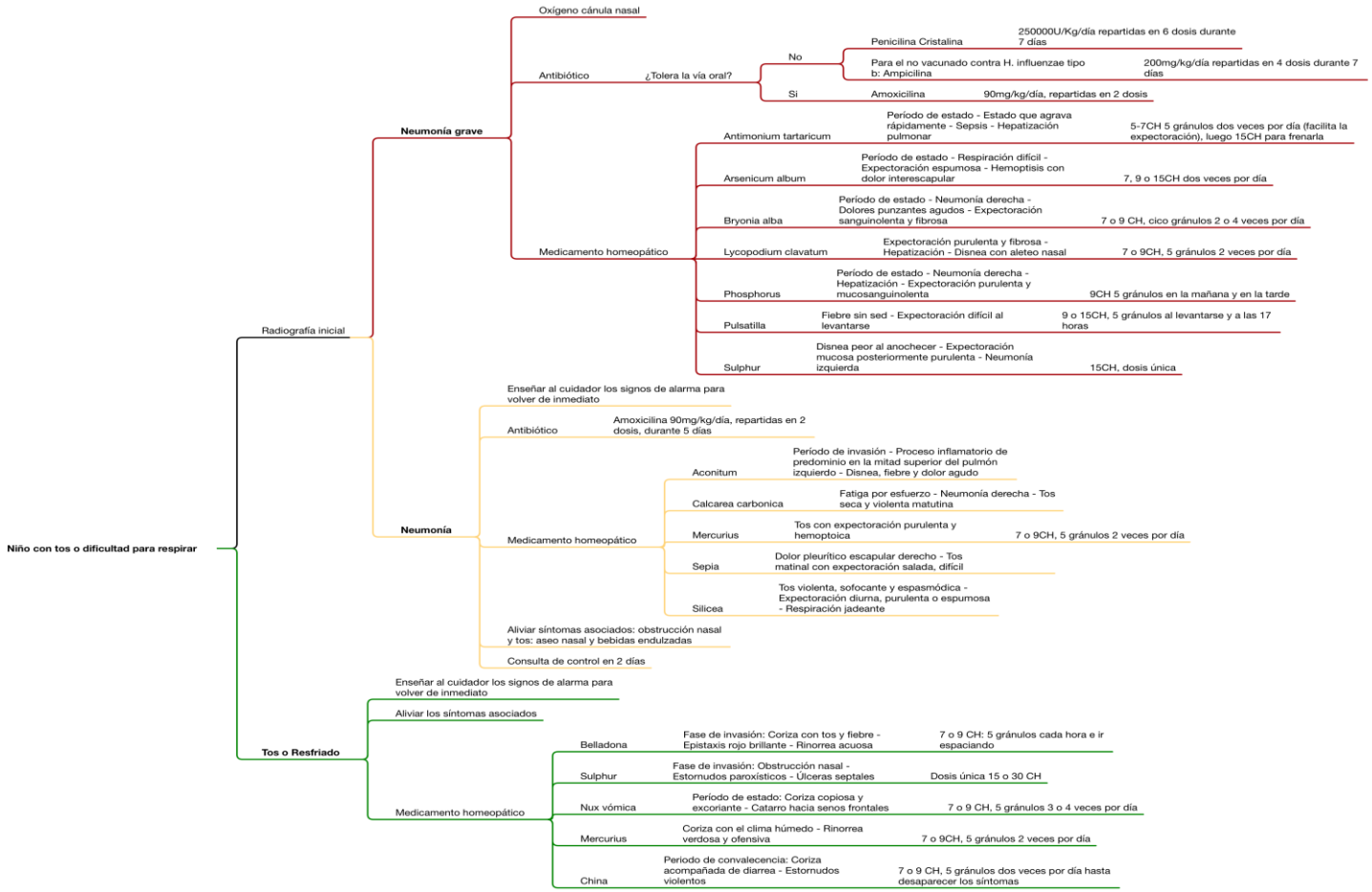


Figura 4-5. Propuesta de manejo del niño con diarrea

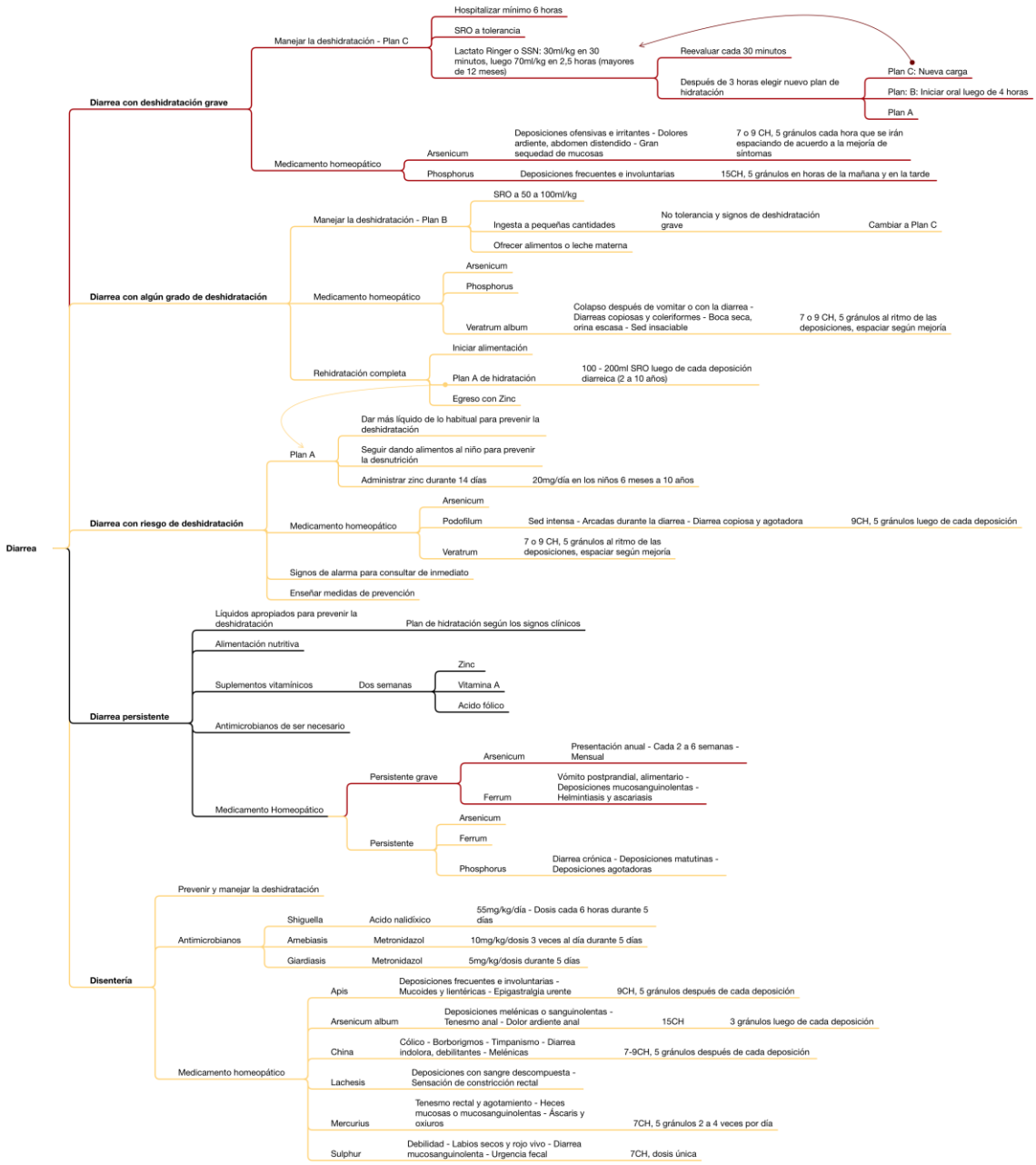


Figura 4-6. Propuesta de manejo del niño con fiebre: meningitis e infección de vías urinarias

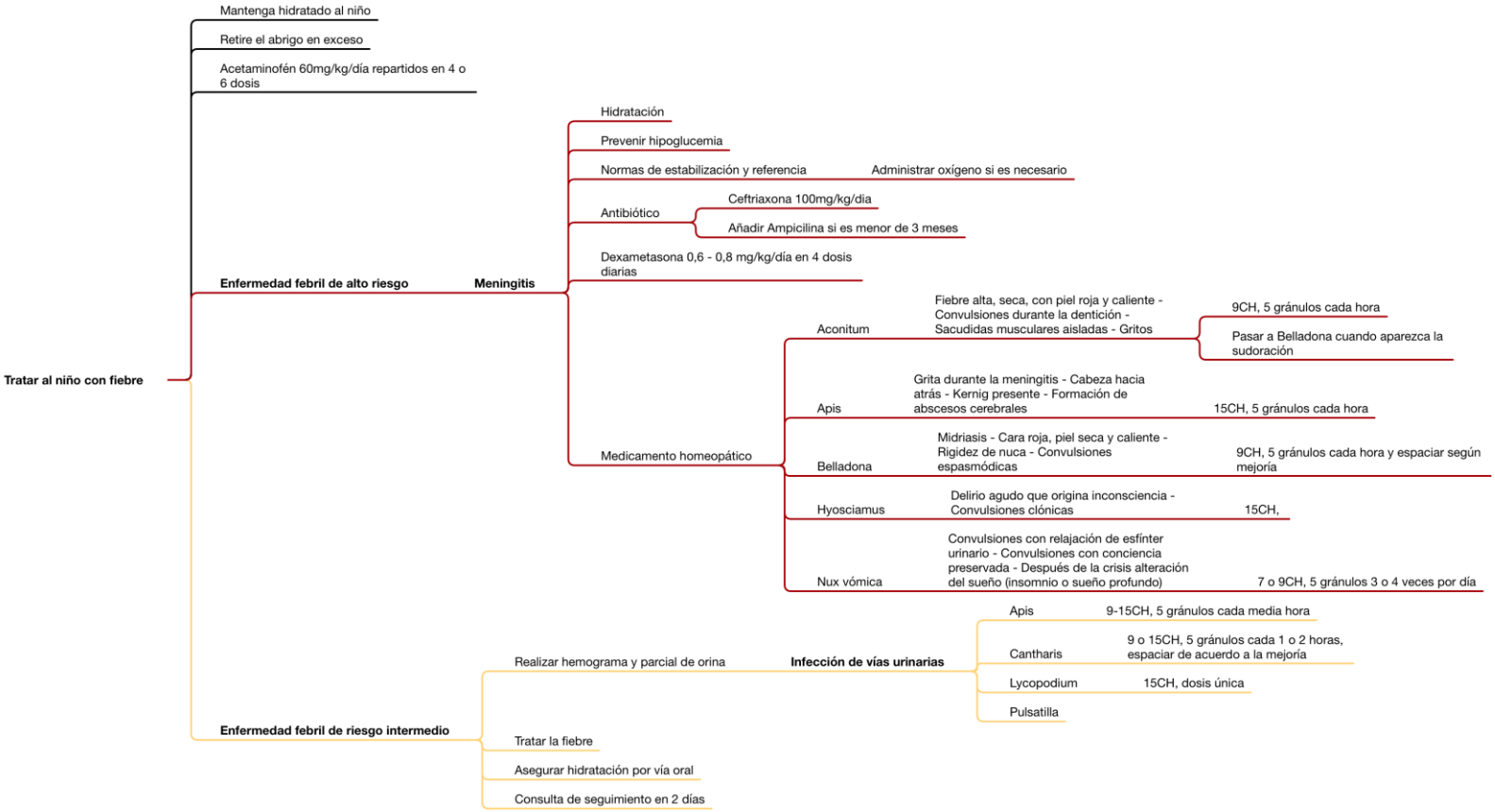


Figura 4-7. Propuesta de manejo del niño con problemas de oído

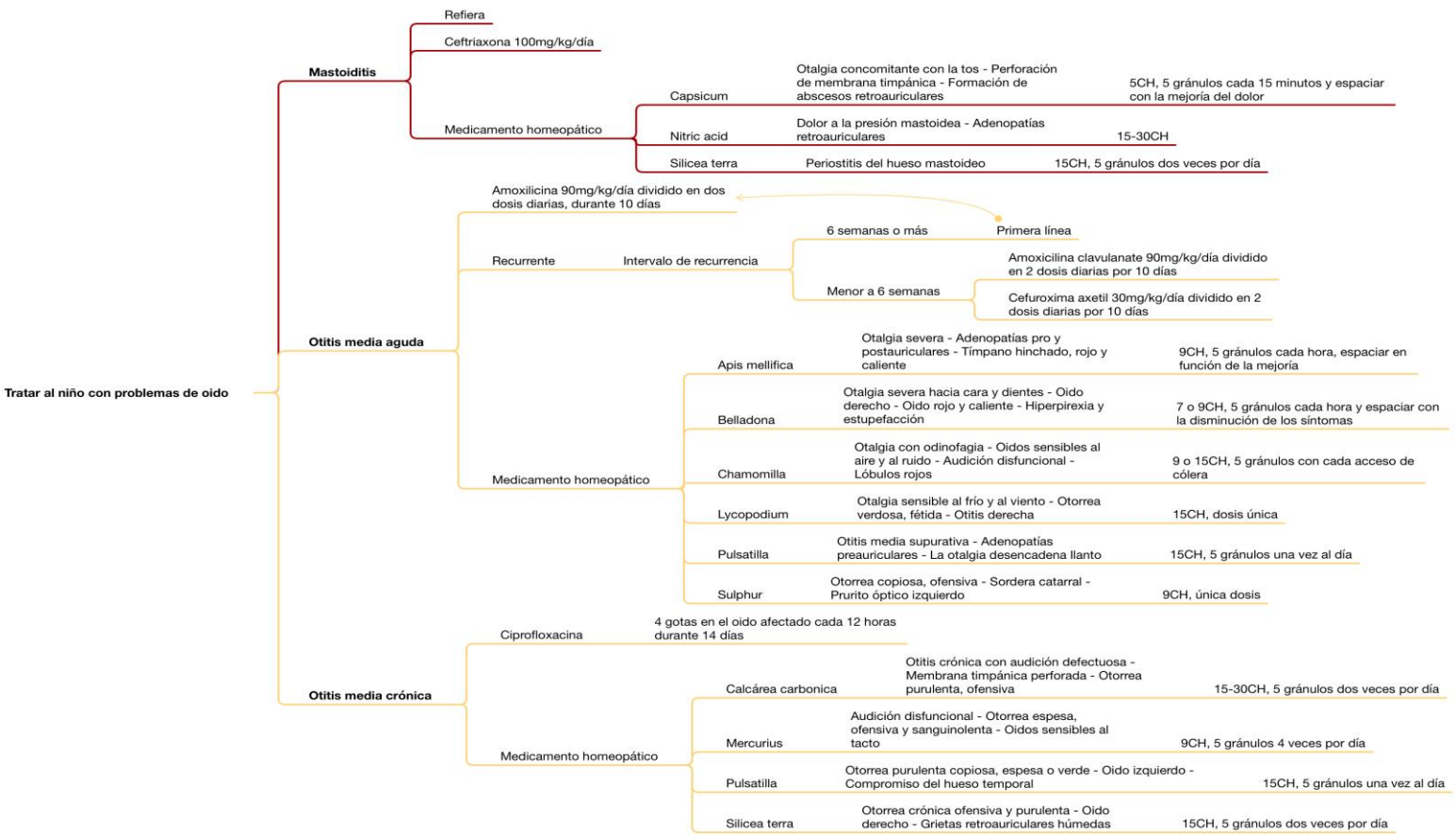
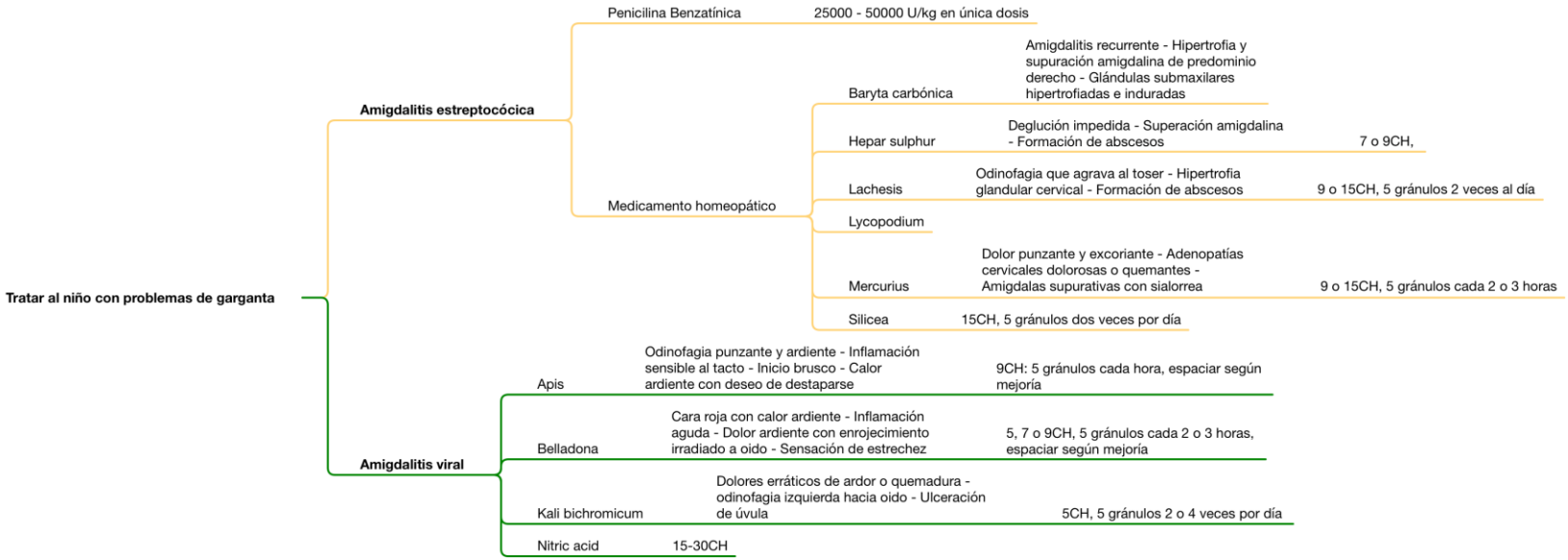


Figura 4-8. Propuesta de manejo del niño con problemas de garganta



5. Discusión

El abordaje de la patología aguda en el primer nivel de atención es una de las áreas clínicas que el médico debe considerar en su práctica diaria, es por esto que se elaboró un modelo de atención que resultará útil para quien contemple incorporar la homeopatía como tratamiento integral.

El aprendizaje de la materia médica para el homeópata es quizá uno de los aspectos en el que encuentra mayor dificultad, dado que los tratados disponibles son extensos y se requiere de métodos de aprendizaje individuales para lograr interiorizar ese conocimiento; es por esto que elaborar mapas conceptuales, le permitirá al lector tener información precisa en el contexto de una patología definida y así podrá adoptar de una manera un poco más sencilla el conocimiento.

Durante el desarrollo del presente trabajo, se cotejaron los resultados de las repertorizaciones elaboradas con lo disponible en los libros de texto empleados de manera habitual y con el contenido de la materia médica de consulta; en algunas ocasiones los resultados de la repertorización manual no correspondían a los descrito en los textos de referencia, como es el caso del uso de calcárea carbónica en el tratamiento de la enfermedad diarreica aguda, sabemos que este policresto se caracteriza por presentar una inactividad intestinal que lleva al paciente a presentar constipación; lo anterior nos permite reflexionar en una de las limitantes de usar la repertorización como único método para lograr el diagnóstico medicamentoso, de igual modo, la ausencia de rubros en el repertorio manual que contemplen condiciones específicas como el síndrome de Down, hace que en este caso en especial, no se le pueda dar la relevancia de esta patología para el riesgo de la clasificación contemplado en la estrategia. Por otro lado, la hoja repertorial que se usó como modelo (ver anexo A) excluye medicamentos con materia médica corta, pero que no dejan de ser importantes en el manejo de la patología aguda y es en estos casos donde la

experiencia y el conocimiento profundo de la materia médico cobra importancia dado que muchas veces esos medicamentos “pequeños” representan la cura de una patología particular.

Considero que los anteriores problemas podrían subsanarse con el uso de repertorios electrónicos actualizados, uso que no se consideró en el presente trabajo porque se quiso usar el método aprendido durante la formación académica recibida, que a su vez se considera importante porque si bien el repertorio no es una herramienta de trabajo única, si es muy importante para lograr encontrar el medicamento homeopático preciso.

6. Conclusiones

- La elaboración de flujogramas determina otro método de aprendizaje de la materia médica en el abordaje terapéutico de patologías específicas en la edad pediátrica.
  Se recomienda su uso para incorporar conocimientos individuales durante el proceso de formación académica.

- Es indispensable conocer los límites terapéuticos de la homeopatía; en algunas condiciones el tratamiento alopático prevalecerá, sin que signifique que debamos abandonar esta opción terapéutica, dado que en muchos casos su uso concomitante evita recurrencias de enfermedades y mejora la respuesta del paciente a otras intervenciones.

- Los medicamentos considerados en los flujogramas no son la única opción terapéutica para una patología específica; de hecho, un solo medicamento puede ser empleado en el tratamiento de una o más patologías, lo cual los hace útiles para dar un manejo integral al niño que padece enfermedades concomitantes, su elección dependerá de la individualización del caso y del conocimiento que el homeópata tenga sobre el uso clínico de cada medicamento.

- Para llegar al diagnóstico medicamentoso es importante combinar la repertorización con el conocimiento de la materia médica, son métodos complementarios que definen la conducta médica.

- Se recomienda para futuros trabajos el uso de repertorios electrónicos y actualizados que permitan ingresar patologías específicas como rubro.

7. Bibliografía

1. Riverón Garrote MN. Revista cubana de medicina general integral. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2012;28(2):65–71.

2. Tesser CD, Sousa IMC de, Nascimento MC do. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde brasileira. Saúde em Debate. 2018;42(spe1):174–88.

3. Dossett ML, Yeh GY. Homeopathy Use in the United States and Implications for Public Health: A Review. Homeopathy. 2018;107(1):3–9.

4. Martilletti A, Vega Á, Cubillos Reyes CM. Fundamentos teóricos de la homeopatía. Primera. Cadena Luna SE, editor. Bogotá: Instituto Luis G. Paez; 2014. 7–417 p.

5. Raúl Gustavo Pirra. Organon del Arte de Curar: en búsqueda del pensamiento original de Hahneman. Primera. Vol. I. Buenos Aires: RGP Ediciones; 2008. 15–407 p.

6. Avello LM, Avendaño OC, Sigrid MC. Aspectos generales de la homeopatía. Revista Médica de Chile. 2009;137(1):115–20.

7. Benguigui Y, Bossio JC, Arias SJ. AIEPI Américas. Organización Panamericana de la Salud; 2008. 1–203 p.

8. Ministerio de Salud de Colombia. Lineamientos para la implementación de la atención integral en salud a la primera infancia,infancia y adolescencia. In: Diagramación y adecuación pedagógica: Organización para la Excelencia en Salud. Bogotá, Colombia; 2014. p. 1–97.

9. Cardona-arango D. Mortalidad de niños menores de 5 años después de la implementación de la estrategia atención integrada a las enfermedades prevalentes en la

infancia (AIEPI) - Antioquia, Colombia 2002 - 2011. Universidad y Salud. 2017;2:201–11.

10. Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de Situación de Salud (ASIS). Bogotá, Colombia; 2019. 2–273 p.

11. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Libro clínico atención integrada de la enfermedades prevalente en la primera infancia AIEPI. Segunda ed. Bogotá, Colombia: Organización Panamericana de la Salud; 2015. 795 p.

12. Zoorob R, Sidani M, Murray J. Croup: An overview. American Family Physician. 2011;83(9):1067–73.

13. Bjornson, Candice L, Johnson DW. Acute croup in children. Canadian Medical Association Journal [Internet]. 2013;185(15):1–13.

14. Zorc JJ, Hall CB. Bronchiolitis: Recent evidence on diagnosis and management. Pediatrics. 2010;125(2):342–9.

15. Kyler KE, McCulloh RJ. Current Concepts in the Evaluation and Management of Bronchiolitis. Infectious Disease Clinics of North America. 2018;32(1):35–45.

16. Global Initiative for Asthma. GINA poket. Manejo y Prevencion del asma para adultos y niños mayores de 5 años. 2019;

17. Poddighe D, Brambilla I, Licari A, Marseglia GL. Pediatric rhinosinusitis and asthma. Respiratory Medicine 2018;141:94–9.

18. Peña Quintana L, Asociación Española de Pediatría., Sociedad Española de Gastroenterología H y NP. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de gastroenterología, hepatología y nutrición pediátrica SEGHMP-AEP. Ergon; 2010.

19. Flórez ID, Contreras JO, Sierra JM, Granados CM, Lozano JM, Lugo LH, et al. Guía de Práctica Clínica de la enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años. Diagnóstico y tratamiento1. Pediatría 2015;48(2):29–46.

20. Ramírez VG, Bustamante MA, Sarmiento CA. Guia de atencion de la enfermedad diarreica aguda [Internet]. Ministerio de Salud República de Colombia 2007 p. 30.

21. Maestre B, Durán M. Gastroenteritis Aguda. Pediatria Integral AEDP. 2011;15(1):54–60.

22. Mancilla-Ramírez J. Avances en la fisiopatología y manejo de la fiebre en niños. Salud en Tabasco. 2002;8(2):73–82.

23. Baique-sánchez PM, Asistencial M, De S, Cuidados U de, Pediátricos I, Nacional H, et al. Sepsis en pediatría : nuevos conceptos. Anales de Facultad de Medicina. 2017;78:333–42.

24. Vélez JAC. Fiebre en niños. Ccap. 2001;(1):17–31.

25. Duffy MK, Moloney-harmon PA. Sepsis pediátrica. Nursing (Brux). 2015;32(5):33–7.

26. Dylan Andres Chang Fonseva, Andrés Josué Carranza Mora Y leen GL. Diagnóstico y tratamiento de la meningitis bacteriana aguda. Sinergia. 2020;5(6).

27. Zambrano P GScJ. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública – Dengue. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública. 2017.

28. Carvajal venus zenith meliza, Martinez CND, Vergara JMA. Dengue Memorias. In: Ministerio De Salud y Proteccion Social, Colombia. 2012. p. 7–46.

29. SEMFYC, SEMG S. Guía de manejo en Atención Primaria de pacientes con Dengue, Chikungunya y Zika. In: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, editor. Guía de manejo en atención primaria de pacientes con Dengue, Chikungunya y Zika. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2016. p. 2–26.

30. de Salud M, Social P, Gómez FR, Julio N, Muñoz M, Bernal GB, et al. Chikunguña memorias para el profesional de bacteriología. In 2015. p. 39.

31. García López Hortelano M, Fumadó Pérez V, González Tomé MI. Actualización en el diagnóstico y tratamiento de la malaria. Anales de Pediatria. 2013;78(2).

32. Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS; Ministerio de la Protección Social R de C. Guía para la atención clínica integral del paciente con Malaria. In: Instituto Nacional de Salud. 2010. p. 9–65.

33. Mo, Ya EB. Infección Urinaria. Pediatría integral. 2017;XXI(8):511–7.

34. Gonzalez Rodriguez JD, Rodriguez Fernández LM. Infecciones urinarias en la infancia. Asociación Española de Pediatría. 2014;(9):91–108.

35. de La Flor I Brú J. Otitis media: Etiología, clínica y diagnóstico. Pediatria Integral. 2017;XXI(6):399–417.

36. Hijano Bandera F. Otitis media aguda. Anales de Pediatria Monografias. 2003;1(1):3–9.

37. Bayona Ovalles Y, Niederbacher Velásquez J. Infecciones respiratorias virales en pediatría: generalidades sobre fisiopatogenia, diagnóstico y algunos desenlaces clínicos. Medicas UIS. 2015;28(1):133–41.

38. Mellis C. Homeopathic medicinal products for preventing and treating acute respiratory tract infections in children. Journal of Paediatrics and Child Health. 2018;54(9):1049–50.

39. Haidvogl M, Riley DS, Heger M, Brien S, Jong M, Fischer M, et al. Homeopathic and conventional treatment for acute respiratory and ear complaints: A comparative study on outcome in the primary care setting. BMC Complementary and Alternative Medicine. 2007;7(7):1–11.

40. Francisco Xavier Eizayaga. El Moderno Repertorio de Kent. Asociación Médica Homeopática Argentina, editor. Vol. I. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Marecel; 1979. 1–809 p.

41. Lamothe J. El pequeño libro abierto de la Homeopatía Pediátrica. Segunda. Editores I, editor. Barcelona, España; 2002.

42. H. C. Allen MD. Keynotes, reordenados y clasificados con medicamentos sobresalientes de la materia médica y nosodes intestinales. Novena. LTD. BJP, editor. 2000.

43. Grandgeorge D. Homeopatía para los casos agudos. Segunda. Kairós E, editor. Barcelona: Biblioteca de la Salud; 2001.

44. Lathoud. Materia Médica Homeopática. Primera. Albatros, editor. Buenos Aires, Argentina; 2009.

45. J. Jouanny, J.B. Crapanne HDancer. Terapéutica homeopática, posibilidades en patología aguda. France; 2000.

46. Ritu Kinra. Materia médica para estudiantes. Tercera. B. Jain Publishers, editor. Vol. I. Nueva Delhi: Kuldeep Jain Por; 2013. 1–600 p.

47. Farokh J. Master. Observaciones Clínicas de Medicamentos para Niños. Tercera. Jayesh Dhingreja, Pinky A. Bilmoria, editors. Vol. I. Nueva Dehli: B. Jain Publisher; 2010. 3–743 p.

48. Taylor JA, Jacobs J. Homeopathic ear drops as an adjunct to standard therapy in children with acute otitis media. Homeopathy 2011;100(3):109–15.

A. ANEXO: Hoja repertorial

HOJA REPERTORIAL

		acon	aesc	anac	ant-c	apis	ars	aur	bar-c	bell	bry	calc	calc-p	carb-v	caust	cham	chel	chin	cimic	coff	fer	ferr-ar	gels.	hell	hep	hyos	ign	kali-bi	kali-c	kali-sil	lach	lyc	merc	nat-m	nit-ac	nitro-o	nux-m	nux-v	ph-ac	phos	plat	psor	puls	rhus-t	ruta	sabad	sep	sil	staph	stram	sulph	tarent	thuj	verat	verb
1																																																										
2																																																										
3																																																										
4																																																										
5																																																										
6																																																										
7																																																										
8																																																										
9																																																										
10																																																										
11																																																										
12																																																										
13																																																										
		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

		nux-v	ars	lach	lyc	sep	aur	calc	chin	nat-m	phos	bar-c	bry	hyos	kali-c	rhus-t	sil	staph
1																		
2																		
3																		
4																		
5																		
6																		
7																		
8																		
9																		
10																		
11																		
12																		
13																		
		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0