

ACADEMIA JOURNALS



OPUS PRO SCIENTIA ET STUDIUM

Humanidades, Ciencia, Tecnología e Innovación en Puebla

ISSN 2644-0903 online

Vol. 5. No. 1, 2023

www.academiajournals.com

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN AUSPICIADO POR EL
CONVENIO CONCYTEP-ACADEMIA JOURNALS



Gobierno de Puebla

Hacer historia. Hacer futuro.



Secretaría
de Educación
Gobierno de Puebla

CONCYTEP
Consejo de Ciencia
y Tecnología del Estado
de Puebla

Dr. Jesús Mario Acuña Fadul

Homeopatía como tratamiento complementario en tuberculosis complicada en paciente con sepsis y falla orgánica múltiple” (estudio de caso)

Instituto de Estudios Superiores de Puebla

Presidente: Mtra. Claudia Enriqueta González

Coordinación: Dra. Perla Karina Trejo Graciós

Coordinación titulación: Mtra. Nadia Citlali Ochoa Ávila

Asesor Experto: Dra. Ericka Liliana Carmona Magadán

Asesor Metodológico: Mtra. Nadia Citlali Ochoa Ávila



**Instituto de Estudios Superiores
De Puebla**

Maestría en Medicina Homeopática

“Homeopatía como tratamiento complementario en Tuberculosis complicada en
paciente con sepsis y falla orgánica múltiple”

(Estudio de caso)

T E S I S

QUE PARA OBTENER TÍTULO DE:
MAESTRÍA EN MEDICINA HOMEOPÁTICA

PRESENTA:

DR. JESÚS MARIO ACUÑA FADUL

Academia de titulación del Instituto de Estudios Superiores de Puebla

Presidente

Mtra. Claudia Enriqueta González Echeagaray

Coordinación

Dra. Perla Karina Trejo Graciós

Coordinación titulación

Mtra. Nadia Citlali Ochoa Ávila

Asesor Experto

Dra. Ericka Liliana Carmona Magadán

Asesor Metodológico

Mtra. Nadia Citlali Ochoa Ávila

Puebla, Pue, a 20 de junio del 2022

“Homeopatía como tratamiento complementario en tuberculosis complicada en paciente con sepsis y falla orgánica múltiple” (estudio de caso)

Jesús Mario Acuña Fadul
Maestría En Medicina Homeopática

Instituto de Estudios Superiores de Puebla
2022

Resumen

Estudio de caso de un paciente femenino proveniente de la etnia tarahumara, de 49 años, con diagnóstico de tuberculosis pulmonar miliar, tuberculosis renal, tuberculosis intestinal, con datos de falla orgánica, todo esto confirmado con exámenes de laboratorio, Rayos X de tórax, *GeneXpert*. Habiendo sido tratada con esquema convencional para la tuberculosis con isoniacida, rifampicina, etambutol y pirazinamida; con una vigilancia de su tratamiento y seguimiento pobre en su evolución. Es traída al hospital Misión Tarahumara para su atención en condiciones bastante deterioradas, con alto riesgo de muerte en las próximas 48 hrs., con alteraciones del estado de conciencia y con una desnutrición grado III. Se maneja con tratamiento sintomático, aporte de líquidos y electrolitos, oxígeno suplementario a razón de 10 lts por minuto por mascarilla, antibióticos de amplio espectro, y como tratamiento complementario, el *lycopodium clavatum*. Los resultados son muy satisfactorios, observándose un aclaramiento de la imagen radiológica de los campos pulmonares, normalización de los parámetros de laboratorio con una respuesta inmunológica de reacción inflamatoria observada en la elevación de los cifras de leucocitos, aumento en el recuento del número de plaquetas y una recuperación de los datos clínicos de la paciente, principalmente de su estado de conciencia y la capacidad para comunicarse; todo esto a solo 20 días con el tratamiento mencionado; cumpliéndose el objetivo de este estudio de comprobar la eficacia del tratamiento complementario con homeopatía para revertir el avance del consumo de la reserva fisiológica, lo cual resulta prometedor para el manejo de pacientes en riesgo de muerte por complicaciones de tuberculosis avanzada, en una etapa muy cercana a la falla orgánica múltiple en sus etapas iniciales de la evolución. Queda pendiente la comprobación de la negativización de los resultados de *GeneXpert* para dar por concluida la evidencia de la ausencia de tuberculosis renal, intestinal y respiratoria.

Palabras clave: Homeopatía como tratamiento complementario, tuberculosis complicada, sepsis y falla orgánica múltiple, tuberculosis miliar, estudio de caso.

"Homeopathy as a complementary treatment in complicated tuberculosis in a patient with sepsis and multiple organ failure" (case study)

Jesús Mario Acuña Fadul
Maestría En Medicina Homeopática

Instituto de Estudios Superiores de Puebla
2022

Abstracts

Case study of a female patient from the Tarahumara ethnic group, 49 years old, diagnosed with miliary pulmonary tuberculosis, renal tuberculosis, intestinal tuberculosis, with data of organ failure, all confirmed with laboratory tests, chest X-rays, *GeneXpert*. She has been treated with a conventional scheme for tuberculosis with isoniazid, rifampicin, ethambutol, and pyrazinamide. With surveillance of her treatment and poor follow-up in her evolution. She is brought to the Misión Tarahumara hospital for her care in exceptionally deteriorated conditions, with a high risk of death in the next 48 hours, with an altered state of consciousness, and a grade III malnutrition. She is managed with symptomatic treatment, fluid and electrolyte intake, supplemental oxygen at a rate of 10 liters per minute per mask, broad-spectrum antibiotics, and *lycopodium clavatum* as a complementary treatment. The results are very satisfactory, observing a clearing of the radiological image of the lung fields, normalization of the laboratory parameters with an immunological response of inflammatory reaction followed by the elevation of the numbers of leukocytes, increase in the count of the number of platelets and recovery of the clinical data of the patient, mainly of her state of consciousness and the ability to communicate. All this in just 20 days with the aforementioned treatment. Fulfilling the objective of this study of verifying the efficacy of complementary treatment, with homeopathy to reverse the advance of the consumption of the physiological reserve, which is promising for the management of patients at risk of death due to complications of advanced tuberculosis, at a very close stage. to multiple organ failure in its early stages of evolution. Verification of the negative results of *GeneXpert* is pending to conclude the evidence of the absence of renal, intestinal, and respiratory tuberculosis.

Keywords: Homeopathy as a complementary treatment, complicated tuberculosis, sepsis and multiple organ failure, miliary tuberculosis, case study.

Agradecimientos

Agradezco a la Maestra Nadia Citlali Ochoa Avila, por su eficiente y paciente asesoría en la elaboración técnica del presente trabajo. A la Dra. Erika Liliana Carmona Magadan por su valiosa participación en la revisión de los aspectos académicos del documento. Al Hospital Misión Tarahumara, por darme la oportunidad de aplicar tratamientos no convencionales a los pacientes con diagnóstico de tuberculosis complicada, y a su personal médico y de enfermería, y demás personal de apoyo por su valiosa colaboración en la vigilancia y cuidado de los pacientes en estado crítico, aun sin contar con todos los recursos técnicos, materiales y estructurales, y por soportar con paciencia las obsesivas ideas de su humilde servidor.

Dedicatoria

Dedico este trabajo a mi familia, que con su paciencia y apoyo hicieron posible la utilización del tiempo necesario para realizar todo el trabajo que el presente proyecto implica. A todos los pacientes de la etnia tarahumara, por la confianza depositada en un servidor, al momento de la aplicación de los tratamientos, con la confianza de que se les ofrecía la mejor alternativa disponible para la solución de sus complicados problemas de salud. A los médicos, enfermeras y personal operativo y administrativo del Hospital Misión Tarahumara, por la colaboración en la aplicación de los “extraños tratamientos” indicados por un servidor y el cuidado tan esmerado de los pacientes indígenas de la Sierra Tarahumara. A Dr. Mike Berkeley por invitarme a colaborar con este proyecto de salud en su hospital, lo cual me permitió desarrollar este trabajo en la etnia en la cual sirven.

Índice general

.....	
Resumen.....	ii
Palabras clave:	ii
Abstracts	iii
Keywords:	iii
Agradecimientos	iv
Dedicatoria	v
Índice general	vi
Índice de tablas.....	ix
Índice de ilustraciones	ix
I. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1 Antecedentes.....	4
1.2 Antecedentes y justificación	7
1.2.1 Justificación	7
1.2.2 Planteamiento del problema	8
1.3 Objetivo general.....	9
1.4 Objetivos específicos.....	9
1.5 Alcances y limitaciones	10
1.6 Tipo de estudio	10
II MARCO TEÓRICO.....	11
2.1 Tuberculosis con infección multirresistente.....	11
2.1.1 Esquema convencional de tratamiento para tuberculosis.	13

2.2 Sepsis y falla orgánica múltiple.....	17
2.2.1 Deterioro fisiológico, choque séptico, falla orgánica múltiple y el punto sin retorno.	19
2.3 Mortalidad en la etnia Tarahumara.....	19
2.4 Efectos indeseables y colaterales de los medicamentos usados en el esquema convencional.	22
2.5 Evidencias de la efectividad del tratamiento homeopático.	23
2.5.1 Tratamiento complementario homeopático para la tuberculosis.....	24
2.6 Los ocho principios de la homeopatía.	26
III METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	35
3.1 Diseño de la Investigación	35
3.2 Puesta en marcha.....	35
3.3 Selección de la muestra	36
3.4 Sujeto de investigación.....	39
3.5. Contexto del sujeto.....	39
3.6 Instrumentos de investigación.....	40
3.6.1. Historia clínica.....	40
3.6.2. Estudios Paraclínicos	41
3.7 Diagnósticos	42
3.7.1 Diagnostico nosológico.....	42
3.7.2 Diagnóstico individual.	43
3.7.3 Diagnóstico integral	44
3.7.4 Diagnóstico miasmático.....	45
3.7.5 Diagnóstico medicamentoso.	45
3.8 Pronóstico	45
3.9 Seguimiento al paciente	45

IV RESULTADOS Y DISCUSIÓN	46
4.1 Resultados	46
4.2 Resultados de los parámetros evaluados:.....	48
4.3 Discusión.....	52
4.3.1 Los ocho principios de la homeopatía con relación al caso de estudio.	53
V CONCLUSIONES, IMPLICACIONES Y SUGERENCIAS	59
5.1 Conclusiones	59
5.2 Implicaciones	60
5.3 Sugerencias	60
Bibliografía	61
ANEXOS	64
Anexo 1 Hospital Misión Tarahumara	64
Anexo 2 Historia Clínica.	65

Índice de tablas

Tabla 1. Esquemas posológicos convencionales para el tratamiento de la tuberculosis.....	15
Tabla 2 Tratamiento convencional de la tuberculosis	32
Tabla 3 Parámetros monitorizados en la evolución de la paciente en 20 días de manejo intrahospitalario en Hospital Misión Tarahumara.	49
Tabla 4 Miasmas según diagnósticos.....	58

Índice de ilustraciones

Ilustración 1 Representación gráfica de órganos afectados en sepsis y falla orgánica múltiple.....	18
Ilustración 2 Proceso de investigación	35
Ilustración 3 Tiempo habitual de viaje de su residencia a la atención de primer nivel	37
Ilustración 4 Tiempo de traslado en vehículo	38
Ilustración 5 Comunidad Rarámuri en relación con la Sierra Madre Occidental....	38
Ilustración 6 Paciente al ingresar.....	46
Ilustración 7 Paciente a los 20 días de tratamiento	47
Ilustración 8 Rx de Tórax del paciente inicial	51
Ilustración 9 Rx de Tórax del paciente final.....	51
Ilustración 10 Paciente a los 6 meses.	52

I. INTRODUCCIÓN

En enero de 2021, en área de urgencias del Hospital Misión Tarahumara, en el poblado de Samachique, Mpio. de Guachochi, Chihuahua, se reciben dos pacientes en el mismo mes, provenientes de una comunidad enclavada en las montañas, pertenecientes ambos a la misma familia, ambos en la cuarta década de la vida, los cuales vivían junto con otras ocho personas, en condiciones de hacinamiento. Las condiciones de los pacientes mencionados eran críticas, habiendo a ambos el diagnóstico de tuberculosis complicada, con insuficiencia respiratoria severa y requerimientos de oxígeno suplementario, después de tres y cuatro días respectivamente fallecen, sin haber respondido al manejo de su estado crítico. Una semana después, una paciente de la quinta década de la vida es traída al hospital, perteneciente a la misma familia de los dos pacientes anteriormente mencionados, en un estado crítico, con una enfermedad crónica de larga evolución, la cual le ha condicionado el deterioro de su estado general al punto de quedar postrada desde 2 semanas antes de su ingreso y , con mínima ingesta de líquidos y alimentos, permaneciendo en su domicilio por rechazo a ser atendida por algún facultativo hasta el momento de ser traída por su familiar aún en contra de la voluntad expresa de la paciente hasta antes de perder contacto con la realidad.

Este cuadro trazado arriba, no es ignorado por las autoridades sanitarias, la OMS reporta que 4500 personas mueren diariamente en el mundo por causa de tuberculosis, particularmente en México, solo en el 2016 se reportaron más de 2500 personas en ese año según la Organización Panamericana de la Salud. Y de las zonas afectadas en México se reporta que más de la mitad de los municipios se reportan casos.

En cuanto a la Sierra Tarahumara, no es desconocido esta situación, ya que familias enteras son afectadas por la misma enfermedad, lo que condiciona que la muerte de varios miembros de la misma sea sumamente frecuente, manteniendo

ocupados a los equipos de salud en la vigilancia y detección de casos nuevos, así como en los esfuerzos de prevenir y tratar este padecimiento, con resultados por demás desalentadores, con el manejo que por décadas se han implementado, terminando en desenlace fatal como los casos mencionados arriba.

En relación con esto, en algunos países como India enfrentan retos similares, pero con la diferencia de que han recurrido a métodos complementarios de tratamiento, con resultados que son alentadores, económicos y al alcance de la mayoría de las economías en desarrollo. En este país se han realizado estudios controlados, aleatorizados, doble ciego, que constatan los resultados satisfactorios del uso de la homeopatía.

Por ello, y por el reto que representó la muerte de los pacientes con diagnóstico de tuberculosis complicada pertenecientes a una misma familia, se concibe el presente estudio con un paciente en condiciones similares, probando la eficacia del manejo homeopático complementario de la tuberculosis complicada, tratando de emular los resultados reportados en la modalidad de manejo en el país de la India.

El manejo de la tuberculosis con el método convencional a nivel mundial es básicamente el mismo, usando fármacos combinados y con esquemas que van desde varias semanas hasta meses, ya que el comportamiento de la enfermedad causado por micobacteria es de evolución lenta, cronicidad larga, y con efectos deletéreos en la condición general de salud de la población económicamente desprotegida y que, por lo mismo, con el impacto socioeconómico que todo esto implica. Pero considerando los resultados, los efectos indeseables y el alto costo que representa el tratamiento de esta enfermedad con los métodos convencionales, se hace urgente la búsqueda de tratamientos alternativos y/o complementarios que logren resolver este problema que por tanto tiempo ha permanecido sin solución, afectando particularmente las economías emergentes de nuestro planeta.

Es el propósito, con este estudio de caso, comprobar la efectividad en revertir el deterioro progresivo de la salud con el riesgo de muerte, con el uso de tratamiento homeopático como recurso complementario, en un paciente con diagnóstico de tuberculosis complicada, como consecuencia de la falla en la respuesta al esquema médico alopático.

En el apartado I se anotan los antecedentes de la experiencia en otros países del tratamiento de la tuberculosis con medidas complementarias, se anota la justificación y el planteamiento del problema, se definen los objetivos de trabajo, los alcances, limitaciones y tipo de estudio.

El apartado II aborda el marco teórico respecto a la tuberculosis multirresistente, se menciona el esquema convencional de tratamiento, se anotan los efectos indeseables y colaterales de los medicamentos utilizados, se dan algunas definiciones en relación con la sepsis y la falla orgánica múltiple, se aborda el tema de la mortalidad en la etnia tarahumara y los factores que la determinan, se mencionan las evidencias de la efectividad del manejo de la tuberculosis con homeopatía como tratamiento coadyuvante y se anotan los ocho principios sobre los cuales descansa la práctica de la misma. En el apartado III se ofrecen los aspectos técnicos respecto a el diseño de la investigación, los pasos en el avance de este, la selección de la muestra, el contexto del sujeto seleccionado, los instrumentos de la investigación y de medición, los diferentes diagnósticos, el pronóstico y finalmente, el seguimiento del paciente.

En el IV se dan a conocer los resultados, la discusión y se hace una correlación de los síntomas del paciente con los ocho principios que sustentan la homeopatía. Para concluir las implicaciones y las sugerencias en el apartado V, que se consideran pertinentes a los resultados obtenidos, así como la bibliografía que sustenta el presente trabajo; finalmente, en el apartado de anexos se menciona los datos del Hospital Misión Tarahumara, lugar donde se lleva a cabo el presente trabajo de investigación; y la historia clínica del paciente seleccionado.

1.1 Antecedentes

Respecto a la efectividad de la homeopatía en el tratamiento de tuberculosis, se hace referencia a estudios que han venido realizándose en relación con un tratamiento complementario con homeopatía, con la cual se han obtenido resultados alentadores. El estudio a gran escala realizado por Kusum, y otros, (2015) donde se pone en evidencia que la asociación de la homeopatía con el tratamiento convencional aplicado a pacientes multidrogoresistentes con cultivo positivo en expectoración, son convertidos a cultivo negativo después de administrar tratamiento combinado, esto en 120 pacientes estudiados en un periodo de 5 años.

Así mismo, un artículo publicado en 2009 donde se hace una revisión histórica del tema menciona la efectividad de la utilización del nosode hecho a base de secreciones de tejidos animales infectados con tuberculosis, particularmente de glándulas mamarias de las vacas, diluidos de manera homeopática y administrados a personas infectadas con tal microorganismo (L, Cristian, & Sigrid, 2009).

Por otro lado, la Universidad Nacional de Colombia (Pinzón, 2013), ha realizado una revisión de la base de datos de Pubmed, Embase, Cochrane, Lilacs, Ovid y algunos otros registros de ensayos clínicos, corroborando que la asociación de la homeopatía al tratamiento convencional favorece la evolución de pacientes con diagnóstico de tuberculosis multirresistente (Pinzón, 2013).

Es importante recalcar, que el problema que mundialmente se enfrenta y que se trata de resolver, es sumamente complejo, ya que se involucran factores de difícilmente solución; tales factores requieren una intervención multidisciplinaria y con la cooperación internacional, sobre todo el factor que es inherente a todos los casos, como es la desnutrición y la falta de un diagnóstico temprano que habilite una intervención terapéutica oportuna, y de esta manera lograr modificar la escandalosa estadística de la mortalidad por este padecimiento, ya que tan solo en el año 2020, el número de muertes fue de 878 mil (World Health Organization, 2020), y que cuando se sospecha la tuberculosis asociada en paciente que no

responden a tratamiento convencional con antibióticos en procesos infecciosos, se descubre la asociación de la tuberculosis, y es en una etapa ya muy avanzada de la enfermedad, cayendo en un estado séptico irreversible y que lamentablemente terminan en el deceso del paciente, aun cuando se agregue el esquema recomendado.

Esto anterior es mencionado en el análisis de caso realizado por Rashmi et al donde recalca la necesidad de que el médico tenga una alta sensibilidad para sospechar la asociación de la tuberculosis, y por lo mismo estar en la posición de agregar tempranamente antibióticos y medidas complementarias al manejo convencional, incidiendo de esta manera, en la historia natural en la enfermedad (Rashmi, Harish K , Rakesh , & Trupti , 2019).

La situación mundial arriba mencionada, y la falta de una respuesta efectiva para la resolución del complejo problema de salud al que algunos países se enfrentan como condición endémica, se ha convertido en un doloroso azote de la población más vulnerable, y dependiendo solamente con el recurso que cuenta la medicina convencional, que a todas luces, hasta ahora ha sido un fracaso universal el tratar de corregirlo, en concordancia con la declaración de Hahnemann en el párrafo 37 refiriéndose al fracaso de los medicamentos utilizados en la práctica médica ordinaria (Hahnemann, 2013), esta situación, por lo tanto, ofrece una importante y oportuna coyuntura para la propuesta que la homeopatía ofrece a este histórico problema mencionado.

Como lo resalta la revista Homeopatía de México en su volumen 83 número 688 (Morrison & Nancy, 2014), el tratamiento convencional por nueve meses para la tuberculosis es exigido de manera obligatoria, por lo que la alternativa de la terapéutica homeopática queda necesariamente limitada a ser solo un tratamiento complementario, quedando en una posición difícil, ya que todos sabemos que esto puede interferir con los resultados finales de la historia de la enfermedad.

Además de lo anterior, dicho artículo también menciona la necesidad de ser sumamente cautelosos en la práctica homeopática, ya que la controversia por parte de los médicos de la medicina convencional no se dejará esperar, poniendo en riesgo la reputación y la integridad profesional del facultativo homeopático (Morrison & Nancy, 2014).

Aunado a lo mencionado arriba, es importante recordar que, para ejercer una terapéutica homeopática efectiva, deberá realizarse una historia clínica completa, como la menciona el parágrafo 84 del Organon de la Medicina (Hahnemann, 2013) y elegir la terapéutica individualizada, y que, por lo mismo, no se puede generalizar un esquema para todos los pacientes como lo recalca el Dr. Manish Bhatia (Bhatia, 2009).

Observando fielmente el principio antes mencionado, podemos aspirar a la posibilidad de incidir en la historia natural de una enfermedad con resultados diferentes y más satisfactorios, independientemente de la localización de la infección, ya que se reporta resultados alentadores en tuberculosis tan complicada como el mal de Pott, involucramiento de la parrilla costal, tuberculosis articular, urinaria, infecciones bacterianas multirresistentes asociadas, fibrosis pulmonar como complicación, etc. (Bhatia, 2009).

Se tiene pues, una amplia información como antecedente para poder aspirar a la idea de que, se puede tener una respuesta más satisfactoria en el manejo de una enfermedad, que por siglos ha permanecido sin modificar en sus estadísticas de morbimortalidad mundial.

Pero para que se pueda utilizar el recurso de la homeopatía en el tratamiento de esta patología, amerita que el sistema de salud mantenga una amplia apertura de criterio, reconociendo que hasta la fecha no se ha logrado encontrar el esquema ideal para resolver tal padecimiento, que sea no tóxico, con mínimos o nulos efectos colaterales y con tal efectividad, que aspiremos a erradicar de manera definitiva esta histórica enfermedad.

1.2 Justificación y planteamiento del problema

1.2.1 Justificación

La organización mundial de la salud (OMS) ha puesto de relieve la importancia que actualmente tiene la tuberculosis en el mundo, reportando en un estudio estadístico que 10 millones de personas en el año 2019 padecen la enfermedad y casi 2 millones son portadores, con un número de muertes por año de 878 mil solo en el año 2020 (World Health Organization, 2020).

Es evidente que esta patología continúa siendo un azote para la humanidad, particularmente en países con un estado socioeconómico vulnerable. Estas condiciones mencionadas prevalecen de manera muy marcada en nuestro país, y más de la mitad de los municipios de todo México reportan casos de tuberculosis cada año, siendo las más afectadas las regiones de Baja California, Veracruz, Guerrero, Sonora, Tamaulipas, Chiapas, Nuevo León, Tabasco y la sierra de Chihuahua. La mayor concentración de afectados en las ciudades de Tijuana, Mexicali, Cd. Juárez, Veracruz, Acapulco, Reynosa, Matamoros, Hermosillo, Tuxtla Gutiérrez, Tapachula, Monterrey y Tabasco (Secretaría de Salud., 2016).

Cuando consideramos el tratamiento convencional y la necesidad de su administración por el tiempo tan prolongado, aunado a la estadística antes mencionada, se hace evidente que la manera tradicional de su terapéutica no es lo suficientemente convincente y no incide de manera efectiva en la historia natural de la enfermedad como desearíamos. Surge entonces la necesidad de mantener la mente abierta a nuevas modalidades de tratamiento a fin de hacer frente a una enfermedad tan versátil como compleja.

Es aquí donde la homeopatía tiene un gran campo de oportunidad, para poner de relieve las evidencias de la efectividad de esta modalidad de tratamiento en la resolución de una situación tan grave como es la falla orgánica múltiple en paciente con tuberculosis y sepsis terminal.

1.2.2 Planteamiento del problema

La patología que enfrentamos nos hace pensar en la necesidad de tener una mente con la disponibilidad de desafiar los paradigmas terapéuticos establecidos desde el siglo pasado, pero que, a todas luces, pone en evidencia la ineficacia de su utilización, obedeciendo esto a factores inherentes a la mentalidad de los pacientes, caracterizada por una inconstancia en la consecución de la terapéutica por el tiempo establecido.

También, por si fuera poco, la naturaleza de la enfermedad, que está provocada por un microorganismo sumamente difícil de identificar en las etapas tempranas de la patología, se asocia frecuentemente a bacterias multirresistentes a todo antibiótico.

Por lo anteriormente mencionado, es necesario mantener por parte del sistema de salud y de los facultativos involucrados en dar solución a esta enfermedad, una mentalidad abierta a las posibilidades terapéuticas no convencionales, como pudiera ser la homeopatía.

Pero ¿puede la homeopatía emerger como tratamiento complementario para un problema tan complejo como lo es la tuberculosis complicada? ¿Se puede revertir el deterioro fisiopatológico en etapa aguda en un paciente con tuberculosis complicada con sepsis y falla orgánica múltiple con tratamiento homeopático antes de su punto sin retorno?

1.3 Objetivo general

Evaluar la evolución de un paciente complicado de tuberculosis con infección multirresistente al esquema convencional crónicamente utilizado, con sepsis y falla orgánica múltiple, usando homeopatía como herramienta médica complementaria con el propósito de revertir el desenlace fatal del paciente.

1.4 Objetivos específicos

1. Identificar un paciente con datos de falla orgánica múltiple causada por sepsis y tuberculosis multirresistente al tratamiento convencional, por medio de la historia clínica recogida de los familiares y confirmando el diagnóstico con estudios de laboratorio y gabinete.
2. Determinar qué evidencias hay en la efectividad del tratamiento homeopático coadyuvante al esquema alopático en el manejo de la tuberculosis multirresistente al método convencional.
3. Valorar los resultados en la evolución de un paciente al utilizar tratamiento homeopático concomitante al tratamiento convencional, para revertir el avance de deterioro fisiológico, en pacientes con falla orgánica y sepsis por tuberculosis multirresistente, antes de llegar al punto sin retorno.
4. Documentar la evolución clínica del paciente (elementos a medir) con diagnóstico de tuberculosis complicada multitratada con esquema convencional.

1.5 Alcances y limitaciones

Se trabajó con un paciente, tomando la información de los familiares y acompañantes, al momento de hacer el diagnóstico y su recepción al hospital, usando los antecedentes clínicos recogidos de otras instituciones que han tratado al paciente por el padecimiento en etapas antes de complicarse, y corroborando con estudios de laboratorio y gabinete la sospecha de su condición. Deberá ser tomado en cuenta, que la etnia tarahumara a la que pertenece el paciente no tiene definido en su lenguaje muchos de los síntomas mentales requeridos, que los individuos pertenecientes a esta etnia son sumamente reservados y que, para comunicarse con ellos, se ha de utilizar un traductor del mismo sexo, lo que aumenta el nivel de dificultad para realizar una historia clínica homeopática.

1.6 Tipo de estudio

El presente trabajo, es una investigación documental, en el que se analiza un caso representativo, que se documentó por un breve tiempo, con un enfoque cualitativo, siguiendo la línea clínica y revisión documental del Instituto de Estudios Superiores de Puebla (IESP).

II MARCO TEÓRICO

2.1 Tuberculosis con infección multirresistente.

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa oportunista, afecta principalmente a personas con estado inmunológico comprometido, se comporta como una enfermedad endémica, siendo característica de países con pobre desarrollo socioeconómico, poblaciones con problemas de desnutrición y pacientes con enfermedades y/o condiciones concomitantes, tales como: diabetes mellitus, VIH-SIDA, alcoholismo, condición de hacinamiento, cáncer; y en general, toda condición que compromete o debilita el sistema inmunitario. Se considera actualmente que más de un tercio de la población mundial está infectada por el bacilo de la Tuberculosis (Secretaría de Salud., 2016).

La puerta principal de entrada es por la vía respiratoria, pero puede afectar cualquier órgano. Se transmite de persona a persona por medio de la expulsión de la bacteria al momento de toser, estornudar o escupir; el paciente al inhalarlo queda infectado, ya que el bacilo queda retenido en la barrera mucosa de las vías respiratorias, siendo eliminado por el sistema mucociliar, pero puede descender hasta los alvéolos, pudiendo o no desarrollar la enfermedad, que, como lo menciona Lozano, solo es en el 10% de los casos, siendo la mitad de ellos quienes desarrollarán la enfermedad de manera temprana a los pocos meses, y el otro 5% se presentará después de un largo periodo, que puede ser de varios años, cuando el organismo sea sometido a un compromiso de su sistema de defensa (Lozano, 2002).

Como condición agravante de lo anterior, encontramos al factor de hacinamiento, muy característico en las comunidades tarahumaras, en donde se acostumbra, por necesidad, habitar varios miembros de la familia en una sola habitación; factor en concordancia con lo mencionado por Proceso Sánchez Ortega (Sánchez Ortega P. 1997), que los padecimientos están directamente relacionados

con el ambiente familiar, convirtiéndose un padecimiento de un individuo en la continuidad del otro, características muy acentuadas en algunas comunidades de todo el mundo, lo cual hace, en algunas ocasiones, difícil de resolver, eliminar o contrarrestar estas patologías.

La enfermedad afecta principalmente a los pulmones, en el 85% de los casos, aunque hay otros lugares frecuentes donde, por vía hematógica se puede establecer, como son: ganglios linfáticos, riñones, sistema nervioso central, articulaciones y huesos (Secretaría de Salud., 2016). Otro medio de contagio la constituye la vía digestiva, por medio de la ingesta de leche no pasteurizada proveniente de vacas enfermas (Lozano, 2002). Esta condición es frecuente en las zonas rurales, donde la costumbre es servir la leche de manera directa, de la ordeña de la vaca a la mesa de los que la consumen, sin pasar por el proceso de pasteurización recomendado.

El agente causal es el *Mycobacterium tuberculosis*, un bacilo descubierto por el médico alemán Roberto Koch en 1882 (Gobierno de México, 2020).

Por otro lado, existe una condición en la que, por falta de una adecuada supervisión del tratamiento y/o por tratamientos mal administrados, los bacilos se hacen resistentes a los medicamentos utilizados, generando una enfermedad difícil de tratar, a su vez, estos bacilos son transmitidos a nuevos contactos (Lozano, 2002), llegando a ser entre 15 a 20 personas contagiadas por año (Secretaría de Salud., 2016).

La tuberculosis resistente se define como causada por bacilos sin respuesta a por lo menos a un medicamento de primera línea, como son isoniácida y rifampicina, y solo se puede hacer su diagnóstico cuando, después de 3 a 5 meses de tratamiento, se comprueba que este no ha sido efectivo y que el paciente continúa con la sintomatología. (Centro para Control y Prevención de las enfermedades, 2016).

La situación antes mencionada, condiciona que el enfermo, por demás ya deteriorado por la evolución tórpida de la enfermedad y por las condiciones patológicas concomitantes que padece, finalmente fallezca o que genere en estado de enfermedad crónica con la capacidad de contagio por el resto de su vida (Lozano, 2002).

Es entonces, la tuberculosis multirresistente un problema descomunal global de salud pública, que obliga a los sistemas de salud a invertir mucho más recursos económicos con tratamientos con una duración mayor a los tratamientos habituales de primera línea que van desde los 25 a 27 meses (Kusum, y otros, 2015), concomitantemente con esto, el posible abandono del mismo por parte de los pacientes, que, acostumbrados ya a su padecimiento, prefieren suspenderlo por no ver respuesta satisfactoria a corto plazo.

Por consecuencia, esto nos impulsa a idear estrategias de tratamiento, que, aunque no convencionales o tradicionales, pudieran contribuir a resolver la problemática de la que estamos hablando.

2.1.1 Esquema convencional de tratamiento para tuberculosis.

Y ya que el tratamiento implica gran esfuerzo económico y de logística por parte de las autoridades sanitarias, además de la toxicidad de los fármacos convencionales, este diagnóstico ha de ser confirmado antes de instituir la terapéutica.

Así mismo, se debe recalcar, que el mejor método de diagnóstico sigue siendo la historia clínica, en la cual recogeremos los principales datos que nos hacen sospechar de la enfermedad como son: tos con expectoración de más de 15 días de evolución, fiebre principalmente vespertina, pérdida ponderal sin causa aparente, sudoración nocturna, anorexia, astenia y adinamia, ataque al estado general; pudiendo presentarse en casos agravados, dolor de tórax, disnea, hemoptisis y cefalea persistente (Secretaría de Salud., 2016).

Los métodos de diagnóstico fundamentales utilizados son: Baciloscopia, que consiste en obtener una muestra de expectoración y realizar una búsqueda del bacilo; radiografía de tórax y el cultivo de micobacterias. Otros métodos de diagnóstico más especializados son utilizados dependiendo de la localización de la infección y del órgano afectado (Secretaria de Salud., 2016).

En referencia a esto anterior, actualmente contamos con un método de diagnóstico con una alta especificidad y sensibilidad a la presencia de la bacteria en los diferentes tejidos y muestras de exudados, tejidos y secreciones corporales del paciente en cuestión, como lo es el GeneXpert, el cual, como lo menciona en su artículo el Dr. Gustavo Barriga (2014), fue estudiado en 693 casos sospechosos de tuberculosis extrapulmonar en los centros hospitalarios dependientes del Centro Médico la Raza del Instituto Mexicano del Seguro Social, en un periodo de 5 años (2009 a 2013). Este estudio consistió en la determinación rápida de reacción en cadena de la polimerasa, teniendo un valor predictivo positivo de 100%, una sensibilidad de 73.28 % y una especificidad del 100 % (Barriga AG, 2014).

Posterior a los estudios requeridos, y habiendo confirmado el diagnóstico de tuberculosis, se procede a establecer el esquema de tratamiento convencional de primera línea, el cual consiste en la administración de Isoniazida, Rifampicina, Etambutol y Pirazinamida (Centro para Control y Prevención de las enfermedades, 2016). Este tratamiento tiene una duración de 6 a 9 meses, como lo menciona el Centro para Control y Prevención de las enfermedades:

Cuando, por diversos factores, comprobamos que el esquema de primera línea no es efectiva, es entonces que se requiere volver a iniciar con fármacos mucho menos eficaces, con mayor toxicidad, más caros y que exigen mayor experiencia de parte del facultativo (Lozano, 2002); este tratamiento tendrá una duración de dos años o más, implican la administración por la vía parenteral de por lo menos de 10 meses, y tienen mayores efectos indeseables que los de primera línea (Secretaria de Salud., 2016).

Tabla 1. Esquemas posológicos convencionales para el tratamiento de la tuberculosis.

Esquema posológico preferido	
<u>Fase inicial</u> INH, RIF, PZA y EMB*: 56 dosis diarias (8 semanas)	<u>Fase de continuación</u> INH y RIF: 126 dosis diarias (18 semanas) o INH y RIF: 36 dosis, dos veces a la semana (18 semanas)
Esquema posológico alternativo	
<u>Fase inicial</u> INH, RIF, PZA y EMB*: 14 dosis diarias (2 semanas), luego 12 dosis, dos veces a la semana (6 semanas)	<u>Fase de continuación</u> INH y RIF: 36 dosis, dos veces a la semana (18 semanas)
Esquema posológico alternativo	
<u>Fase inicial</u> INH, RIF, PZA y EMB*: 24 dosis, tres veces a la semana (8 semanas)	<u>Fase de continuación</u> INH y RIF: 54 dosis, tres veces a la semana (18 semanas)

Fuente. (Centro para Control y Prevención de las enfermedades, 2016).

Las causas de la tuberculosis multirresistente son variadas, pudiendo mencionar algunas como:

- Falta de consistencia en la continuación del tratamiento por parte del paciente.
- Trabajadores de la salud mal informados de los esquemas de tratamiento.
- Falta de disponibilidad de los medicamentos en los centros de salud.
- Medicamentos de mala calidad.
- Factores inherentes a la cultura de los pacientes.

- Condiciones no resueltas en relación con los factores predisponentes a la enfermedad, como la desnutrición, pobreza extrema, condiciones climatológicas etc.

La tuberculosis multirresistente es insensible a más de un medicamento y por lo menos a isoniazida y rifampicina. A su vez, la tuberculosis extremadamente resistente es insensible a isoniazida y rifampicina, así como a todas las fluoroquinolonas y a por lo menos uno de los tres medicamentos inyectables de segunda línea (p. ej., amikacina, kanamicina o capreomicina) (Centro para Control y Prevención de las enfermedades, 2016).

En relación con esto, la administración de alimentos y medicamentos (FDA) de los Estados Unidos ha alertado del riesgo de la utilización de las quinolonas para el tratamiento de la tuberculosis extremadamente resistente, por los efectos adversos que produce, pudiendo superar el riesgo de presentarlos en comparación de los beneficios, lo cual restringe aún más las alternativas de tratamiento convencional efectivo (U. S. Food and Drug Administration, 2016).

Es importante destacar, que la condición de resistencia pone en peligro la vida del paciente (Centro para Control y Prevención de las enfermedades, 2016), ya que, aunado a los factores predisponentes, sobre todo el compromiso inmunológico, condiciona la temida sepsis y la falla orgánica múltiple, que son condiciones en etapa final de la historia natural de esta enfermedad. Rashmi menciona en su artículo que se tiene una mortalidad por choque séptico de hasta un 35% (Rashmi, Harish K , Rakesh , & Trupti , 2019).

2.2 Sepsis y falla orgánica múltiple.

Refiriéndonos a la sepsis, esta es definida por la Dra. Guillén como: *“disfunción orgánica que amenaza la vida causada por una respuesta desregulada a la infección. Existe también activación temprana de mediadores pro y antiinflamatorios dañando así sus propios órganos y tejidos dando alteraciones no inmunológicas (cardiovascular, neuronal, hormonal, metabólica y coagulación)”* (Guillen, 2017).

Esta situación fisiológica comprometida, conduce a un choque séptico que es una condición inflamatoria generalizada y fuera de control, y finalmente a la falla orgánica múltiple (Guillen, 2017).

Así mismo, Luis Sanabría (2015) define esta condición como un síndrome desencadenado por un fenómeno infeccioso en el que hay una respuesta exagerada y destructiva, mediada por la citoquinas y sustancias inflamatorias que afectan todo el sistema, comportándose como un proceso continuo y progresivo que, de no intervenir, llevan a la disfunción orgánica y finalmente la muerte (Academia Nacional de Medicina., 2015)

Por otro lado, la falla orgánica múltiple se define por Ausmed (2020) como:

“...una disfunción fisiológica progresiva de dos o más órganos y sistemas donde la homeostasis no puede ser mantenida sin una intervención; generalmente se inicia por una enfermedad, daño o infección, causando un estado de inmunodepresión y dismetabolismo. Los órganos más comúnmente afectados son: corazón, pulmones, hígado y riñones. Esta condición se asocia con una mortalidad de hasta el 50 %”. (Ausmed Editorial Team, 2020).

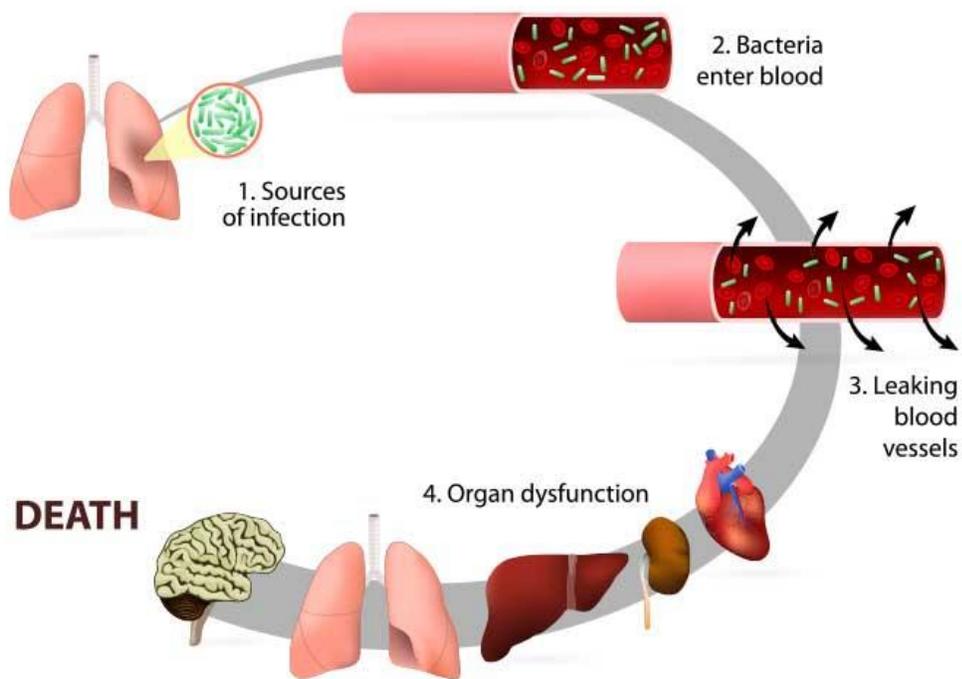


Ilustración 1 Representación gráfica de órganos afectados en sepsis y falla orgánica múltiple.

Fuente. (Ausmed Editorial Team, 2020).

Las dos condiciones arriba mencionadas (sepsis y falla orgánica múltiple), son resultado final del fracaso del tratamiento convencional, ya que habiendo creado multirresistencia el agente causal de la tuberculosis, la enfermedad avanza culminando finalmente en la muerte del paciente.

Es necesario pues, encontrar tratamientos más efectivos contra esta patología, rescatando al paciente antes de que su enfermedad se complique, pero también revirtiendo el proceso fisiopatológico antes de que entre a una fase de choque sin retorno.

2.2.1 Deterioro fisiológico, choque séptico, falla orgánica múltiple y el punto sin retorno.

En un estudio multicéntrico, transversal, realizado por Carrillo *et al.* en el que se incluyeron 135 Unidades de cuidado intensivo en centros públicos y privados de toda la república mexicana, con más de 11,183 casos de sepsis, se reporta una mortalidad de 30.4 %, concluyendo que la sepsis tiene una incidencia y una mortalidad alta, y supone un costo muy alto para nuestro sistema de salud en México, y a nivel mundial más de 30 millones de nuevos casos por año, muriendo una persona cada 3 segundos por esta razón. Esta estadística es mayor que el cáncer de próstata, cáncer de mama y el HIV juntos (Academia Nacional de Medicina., 2015).

Es importante mencionar, que la falla orgánica múltiple se define como un conjunto de signos y síntomas desencadenados por la presencia de una infección, la cual genera una respuesta exagerada y deletérea, que consiste en la intensa liberación de mediadores de la respuesta inflamatoria sistémica, y citocinas que intensifican y potencializan el fenómeno inflamatorio. Este proceso es continuo, dinámico y progresivo, que cuando se perpetúa, genera disfunción de órganos vitales, y finalmente la muerte. En esta situación, el dato siempre presente es, la hipoperfusión tisular inducida y/o a una disminución del consumo de oxígeno a nivel mitocondrial, aumenta el lactato como producto final del metabolismo anaeróbico, se llega a un punto crítico, produciéndose la muerte celular inevitable o punto sin retorno, ya que independiente de la reanimación, sobreviene la falla orgánica múltiple. (Academia Nacional de Medicina., 2015).

2.3 Mortalidad en la etnia Tarahumara.

Todas las condiciones que favorecen la prevalencia de la tuberculosis se cumplen en su totalidad en la etnia Tarahumara, habitantes indígenas de la sierra madre occidental, que lleva su nombre en el estado de Chihuahua, con una población de 73, 856 habitantes, según el censo del año 2015 (Gobierno de México, 2015). La

condición agreste de esta zona montañosa y la dispersión de la población, aunado a que muchos de ellos aún viven en cuevas, hace difícil que los programas de salud se hagan efectivos, ya que para llegar a muchas de estas comunidades se requiere viajar por vía aérea.

En relación con esto mismo, Eliza Cuevas, en su artículo (2011), menciona la profunda vulnerabilidad de la etnia tarahumara, la pobre capacidad de respuesta y la incompetencia del sistema de salud para enfrentar los retos que desafían a los más elaborados programas de salud implementados hasta ahora por el gobierno federal (Cueva & Few Roger, 2011).

Así mismo, esta situación antes anotada, la falta de fuentes de trabajo, la poca disponibilidad de alimentos condicionada por la irregularidad climatológica y la falta de agua genera una severa desnutrición de la mayor parte de la población (Cueva & Few Roger, 2011).

Esta situación de salud deteriorada genera una morbimortalidad aumentada considerablemente, golpeando a la población más vulnerable, los niños y ancianos, hasta una tasa de 1 de cada 10 niños muriendo por dos principales causas, infecciones respiratorias y patologías gastrointestinales (Acuña Delgado & Gómez Molina, 2010).

Agregado a todo esto, se encuentra el elemento cultural, que como es característico de la etnia tarahumara, son personas sumamente reservadas, difícilmente comunican sus inquietudes; su lenguaje es muy limitado, careciendo de muchas palabras con el significado abstracto requerido, y por si fuera poco, tenemos la limitante de múltiples variantes lingüísticas de cada región, contando hasta 5 variantes solo para esta etnia (INEGI, 2020), lo que hace sumamente complejo que entre ellos mismos puedan comunicarse y que los programas educativos (particularmente en relación a la salud) diseñados para una variante lingüística difícilmente sirvan para las demás.

Elemento cultural también importante como factor agravante de las condiciones de salud, es el concepto de enfermedad, que según su cultura se trata de un estado de tristeza, producto de la transgresión de alguna regla moral, por la influencia de alguna fuerza externa que se adueña de sus almas, producto de algún hechizo o sólo por la mala suerte, aunque también contemplan la posibilidad de ser influenciados por el entorno ambiental (Acuña Delgado & Gómez Molina, 2010).

Llama la atención también, la manera como afrontan los problemas en este rubro y los métodos curativos que utilizan como primera opción de respuesta a las enfermedades, buscando la ayuda de un curandero quien habitualmente recomienda remedios basados en algunas ceremonias, plantas y brebajes; esto determina que cuando acuden a los centros de salud comunitarios es porque se encuentran en un proceso complicado o en riesgo de muerte (Acuña Delgado & Gómez Molina, 2010).

Todos estos factores anotados, constituyen verdaderos obstáculos a la curación y deberán ser tomados en cuenta en su debida ponderación, como lo menciona Dr. Hahnemann en el párrafo 260 y 261 en relación con el abordaje de las enfermedades crónicas (Hahnemann, 1921).

Por todo lo anteriormente mencionado, es comprensible que sea una etnia fuertemente golpeada por enfermedades como la tuberculosis, que, aunque en algunos casos se detecta y trata a los pacientes diagnosticados, el porcentaje de deserción e incumplimiento del esquema completo convencional es muy alto. Factores que condicionan que la enfermedad se vuelve multirresistente y con la tendencia a complicarse gravemente, generando sepsis, falla orgánica múltiple y, finalmente la muerte.

Se considera que más de 2000 millones en el mundo padecen de tuberculosis latente, de estos el 10% desarrollarán tuberculosis activa cuando un

evento nocivo genere inmunocompromiso, considerando a los niños menores de 5 años como los más vulnerables. (Gobierno de México, 2021).

En México se registraron 22,163 casos nuevos en 2019, con una tasa de incidencia de infecciones multirresistentes de 2.6% y la de previamente tratados de 11%.

En cuanto a la mortalidad, en el año 2017 se reportaron 2,006, con una tasa de letalidad de 9% (Héctor Javier Sánchez Pérez, 2021).

2.4 Efectos indeseables y colaterales de los medicamentos usados en el esquema convencional.

Es oportuno mencionar que, el tratamiento convencional no carece de riesgo, ya que son ampliamente conocidos los efectos colaterales que estos producen, entre los cuales están:

Isoniacida. Erupción cutánea, alteraciones gastrointestinales, fiebre, visión borrosa, alteraciones hematológicas, neuropatía periférica y hepatotoxicidad.

Rifampicina. Alteraciones digestivas, orina, heces, saliva y sudor anaranjado; dificultad respiratoria, úlceras de mucosa bucal, erupción cutánea, candidiasis bucal, hepatotoxicidad, hepatitis y afecciones hematológicas.

Etambutol. Síntomas gastrointestinales, cefaleas, vértigo, alucinaciones, confusión mental, neuritis óptica, pérdida de la visión y de la capacidad de diferenciar colores.

Pirazinamida. Hepatotoxicidad, hiperuricemia, gota, artralgias, alteraciones gastrointestinales (Chery, 2010).

2.5 Evidencias de la efectividad del tratamiento homeopático.

Se tiene información acerca de la efectividad de la homeopatía en el tratamiento de pacientes con esta enfermedad en países similares a México en la problemática que enfrentamos con la tuberculosis, que, aunque no se cuenta con el total respaldo de la Organización Mundial de la Salud.

En relación a esto, hay un documento enviado a la OMS y publicada por Ton Nicolai (2009), y donde el autor menciona la abundante evidencia de la efectividad de la homeopatía como tratamiento complementario de la tuberculosis; esto como respuesta a la declaración *a priori* de un grupo joven científico que recomienda condenar y descartar este recurso para el tratamiento de enfermedades como la tuberculosis, diarrea, gripe, paludismo y la infección de VIH, con un evidente desconocimiento de los principios que gobiernan la práctica de la homeopatía (Nicolai, 2009); quedando pues, aún como una respuesta sin explorar en su totalidad en nuestro país, donde aún no se ha logrado incidir de manera efectiva en esta problemática de salud.

En esta misma carta citada, el autor argumenta el contraste de la práctica de la medicina convencional y la homeopatía en el abordaje de la enfermedad, aclarando que la homeopatía no trata las enfermedades por la supresión de los síntomas, sino que, utilizando sustancias potenciadas, se estimula el sistema inmunitario para inducir una respuesta de autodefensa (Nicolai, 2009); y en base al principio de similitud (*similia similibus curentur*), acorde a lo que se menciona en el parágrafo 143 del Organón de Hahnemann (1921), se usan sustancias que causan síntomas en un individuo sano, curando los mismos síntomas en un enfermo.

Cabe mencionar que, la afirmación antes anotada, ha sido comprobada con experimentos significativos efectuados en la Universidad de Utrecht en los países bajos, demostrando la validez del principio de la similitud (Nicolai, 2009), que es uno

de los principales fundamentos de la homeopatía, afirmado por Samuel Hahnemann en el Organon de la Medicina (Marcador De Posición 1).

El artículo referido de Nicolai (2009) recalca también, en concordancia con el principio homeopático de la dosis mínima (Marcador Posición 1), que se cumple cabalmente en las altas diluciones utilizadas, que el efecto fisiológico está más que demostrado en una serie de experimentos in vitro realizados como parte de un metaanálisis, los cuales fueron descritos en más de 75 publicaciones de investigación sobre diluciones homeopáticas (Nicolai, 2009).

En relación con esto, Kusum y colaboradores (2015) han realizado un estudio aleatorizado, doble ciego y controlado con placebo que abarcó desde el 2003 al 2008, incluyendo 120 pacientes con diagnóstico de tuberculosis, donde a un grupo se le administró tratamiento convencional + medicamentos homeopáticos individualizados, y otro grupo con tratamiento estándar + placebo. Los resultados monitoreados por estudio de esputo, rayos X de tórax, niveles de hemoglobina, velocidad de sedimentación globular, ganancia de peso y estado físico general; mostraron una mejoría en todos los parámetros mencionados en el grupo tratado con régimen convencional + tratamiento homeopático, corroborando la mayor eficacia de este (Kusum, y otros, 2015).

2.5.1 Tratamiento complementario homeopático para la tuberculosis.

En cuanto a este tipo de enfermedades endémicas y epidémicas, los escritos de Hahnemann tienen mucho que aportar, ya que en su tiempo, tales padecimientos pusieron a prueba la utilización de la medicina convencional, con lo cual era evidente la necesidad de un cambio de paradigma, abriendo la puerta para que la sensibilidad de los médicos, quienes estaban comprometidos auténticamente con el bienestar del ser humano, se convenciera de los evidentes resultados diferentes con el uso de esta modalidad de tratamiento.

En el párrafo 101 y 102 de Hahnemann (1921) leemos que el médico verdaderamente interesado en comprender el cuadro completo de este tipo de enfermedades, al ver los síntomas de un paciente que se repiten en otros, le permitirá tener un visión más acercada a la realidad de los acontecimientos y la magnitud de los mismos, habilitando para comprender la verdadera naturaleza de los síntomas característicos, lo cual le habilitará para encontrar el remedio homeopático apropiado (Marcador De Posición 1).

Estos medicamentos, según el párrafo 146 y 147, elegidos cuidadosamente según la similitud de los síntomas que produce en el individuo sano, será el remedio homeopático más adecuado (Marcador De Posición 1).

Por otro lado, deberá considerarse, que la enfermedad que de la que se ocupa este trabajo, la tuberculosis, es uno los padecimientos que mundialmente se encuentran en estrecha observación epidemiológica, con tal propósito, los organismos internacionales han definido una estrategia farmacológica, que aunque poco efectiva, es la única herramienta desde el punto de vista alopático con la que se cuenta, y se mantiene una estrecha vigilancia en cuanto al cumplimiento de dicho esquema, por esta misma razón, la homeopatía se utilizará solo como un tratamiento complementario, por requerimiento legal en la que intervienen los organismos de los derechos humanos internacionales.

Los esquemas de tratamiento homeopático complementario en los casos de tuberculosis es difícil de definir de manera definitiva, ya que estaríamos violentando el principio de la individualidad mencionado en el párrafo numeral 3 del Organon (Hahnemann, 1921), sin embargo, podemos citar la experiencia y resultados alentadores en relación al uso de la homeopatía como tratamiento en la modalidad mencionada (Kusum , y otros, 2015).

Medicamentos frecuentemente utilizados y dependiendo de la localización de la infección son: *Calcarea carbonica*, *Calcarea phosphorica*, *Phosphoricum*

acidum, Phosphorus, Silicia terra, Sulphur, Symphytum, Arsenicum album, Arsenicum iodide, Tuberculinum, Iodum, Sanguinaria, Lycopodium, Bryonia, Ammonium muriaticum, Calcarea iodata, Sepia officinalis, Nitric acidum, Phellandrium, Kali carbonicum, Natrum carbonicum, Veratrum alba, Bryonia, Arnica montana, Ranunculus bulbosus, Rhus tox, Actea racemosa, Rumex crispus, Stannum metallicum y Aconitum napellus (Bhatia, 2009).

2.6 Los ocho principios de la homeopatía.

De acuerdo con Ortega, (1997) entendemos los principios de la homeopatía como los conceptos filosóficos fundamentales sobre los cuales descansa la práctica de tal disciplina. Estos principios determinan la diferencia del paradigma homeopático en relación con el sistema tradicional de la medicina, apartándose radicalmente del mismo, tanto en sus conceptos como en sus resultados.

I. Natura morborum medicatrix.

Se puede definir este principio como la predisposición que los organismos vivos tienen para autocorregir aquellos desórdenes que atentan contra la vida y el buen funcionamiento de nuestros organismos (Gutiérrez, S/F).

El concepto anterior está en armonía con la observación de que algunas enfermedades similares en síntomas, cuando coexisten en un mismo individuo, la una nulifica a la otra (Hahnemann, 1921).

Fue Hipócrates quien menciona por primera vez que, al observar a los pacientes manejados con medidas generales de higiene, sanaban por sí mismos, esto lo observó repetidamente, concluyendo en este principio de que la naturaleza por sí misma tiende a la curación de manera natural los fenómenos morbosos (Homeopatía.com, julio-2017).

Es este sentido se interpretan también los síntomas que exhiben los pacientes, ya que el organismo los manifiesta como un intento de localizar en un órgano determinado la alteración que está sufriendo a nivel no orgánico, sacrificando de esta manera un órgano con el fin de lograr el equilibrio (Homeopatía.com, julio-2017).

Por ello el argumento homeopático de no suprimir los síntomas, ya que son solo la manifestación de un mecanismo homeostático de nuestro organismo como respuesta a una amenaza de alterar el equilibrio dinámico de la vida, a diferencia del método alopático de la supresión de todos los fenómenos de alteración sintomática.

II. *Similia similibus curentur.*

Lo similar cura lo similar, uno de los fundamentos más importantes de la medicina homeopática, y considerando que la naturaleza en su diseño tiene todas las respuestas para las interrogantes que genera el sufrimiento humano en el aspecto de la salud, entendemos que hay métodos de curación utilizando los recursos de la misma naturaleza; ya sea de origen animal, vegetal o mineral.

Dotados entonces con la penetrante inteligencia de una mente inquisitiva, podemos por medio de la experimentación pura, descubrir aquellos medicamentos que, al ser administrados a personas sanas, generan los síntomas de las enfermedades similares a las que pretendemos curar.

Este fue el argumento y la afirmación de Paracelso dicho de una manera por demás poética, como lo registra el artículo Forum Psicológico: *“La enfermedad está producida por similares, y a través de los símiles que han producido la enfermedad, el paciente pasa del estado de enfermo al de individuo sano. La fiebre cesa por obra de lo que la ha causado, y nace por obra de lo que la hace cesar”* (Leston, 2010).

En época de Paracelso, era su costumbre curar con este método, usando el principio mencionado, sobre todo en el manejo de pacientes que según la medicina de su tiempo no tenían respuesta a los tratamientos convencionales, generando con tal práctica la desconsiderada opinión de los colegas médicos alópatas de su época. Esto anterior lo menciona elocuentemente el artículo de Forum: *“Cuando un enfermo desahuciado acudía a Paracelso éste le curaba poniendo en práctica esta disciplina. Y, sin embargo, esta es la peor ofensa para los malos médicos que no deseaban la curación de sus pacientes, sino el descrédito de la terapia. Y es así como también este “médico maldito” ha de abandonar Estrasburgo para ir a Basilea”* (Leston, 2010).

Esta teoría tuvo también una importante preponderancia en el periodo clásico, la edad media y el renacimiento, pero influidos por la poderosa industria farmacéutica, cayó en una etapa de latencia al ser desplazados por los métodos alopáticos de nuestra era. El artículo de Forum Naturista lo explica de esta manera: *“La teoría de **SIMILIA SIMILIBUS CURANTUR** continuó en auge en la antigüedad clásica, en el medievo y en el renacimiento, cayendo prácticamente en desuso cuando se pusieron en boga las bases de la medicina y de la farmacología moderna”* (Leston, 2010).

Este es un concepto importante en la práctica médica que se convierte en una poderosa herramienta para la resolución de las enfermedades en manos expertas. Queda aún mucho por aprender en este punto, ya que la posibilidad de experimentación es infinita como infinita es también la variedad de recursos naturales, lo cual nos lleva al siguiente principio.

III. Experimentación pura.

Este concepto implica la utilización de una sustancia administrada en dosis suficiente como para producir sintomatología en un sujeto sano, se registra cuidadosamente todos los síntomas que se producen como consecuencia de la administración de dicha sustancia y entonces se estará en condiciones de poder

utilizar este producto en dosis muy pequeñas en individuos enfermos para tratar las enfermedades que exhiben síntomas similares a los que se produjeron como consecuencia de la administración de la sustancia a sujetos sanos. (Lara, 2010).

Esto anterior constituye la experimentación en homeopatía, lo cual necesariamente involucra a individuos sanos para previamente definir los efectos de la sustancia que estamos estudiando, y no puede hacerse de manera diferente ya que la individualidad morbosa de cada individuo que deseamos curar deberá tomar en cuenta sus síntomas peculiares, obligándolos a buscar la similitud.

En base a esto, se selecciona un remedio que, por la amplitud de los efectos ampliamente conocidos en la experimentación pura, corresponde con el estado sintomático de la paciente en cuestión.

IV. Individualidad morbosa.

Este principio se refiere a que cada individuo tiene una manera muy peculiar de manifestar los síntomas de su enfermedad, es entonces que según la homeopatía es un error clasificar las patologías con definiciones cerradas o inflexibles, ya que no hay una manifestación sintomática igual, y por lo mismo es inoperante administrar tratamientos con protocolos establecidos (Lara, 2010).

Según los criterios de Hahnemann descritos en el Organon, cada individuo se enferma de manera única e irrepetible dependiendo de factores internos, inherentes a su herencia y predisposición, así como a su entorno y la influencia que esta haya ejercido sobre él.

Cada individuo entonces deberá ser evaluado de manera que logremos identificar lo que a él de manera particular le acontece, integrando todos los síntomas en un conjunto y así, identificar aquel medicamento que sea más apropiado, coincidiendo con los síntomas registrados, la herencia miasmática

cultural, las condiciones de su entorno y los datos clínicos del paciente seleccionado.

V. Individualidad medicamentosa.

Este principio se desprende del anterior, ya que suena lógico que, si hay una individualidad morbosa, entonces debe haber una individualidad medicamentosa. Se deberá cuidar de no convertir el medicamento que nos da buen resultado en algún tipo de alteraciones de la salud, como una solución generalizada para todos los pacientes que exhiban los mismos síntomas, sin individualizar y repertorizar a cada paciente.

El medicamento deberá ser elegido según la característica que exhibió cuando fue sometido a la experimentación, produciendo los mismos síntomas que deseamos curar cuando se administra a personas sintomática, y por la ley de los semejantes, se espera que, al administrarlo, los síntomas desaparezcan hasta ser totalmente aniquilados y entonces se restablezca la armonía y el bienestar del paciente en cuestión.

Es pues, este principio aplicable al medicamento que estamos sometiendo a la experimentación, resultando en un medicamento con un conjunto de síntomas producidos cuando se administra a personas sanas que lo hacen especial y con características muy particulares, como lo define la materia médica.

VI. Dinamismo vital.

Este concepto que se considera vital en la homeopatía ha tenido diferentes interpretaciones a lo largo del tiempo *“fuerza vital”* (Claude Bernard, 1813- 1878), *“fuerza dominante”* (Johannes Reinke, 1849- 1931) y *“entelequia”* (Hans Driesch, 1867-1941), sin embargo, fue el maestro Hahnemann quien por primera vez lo conceptúa como la fuerza que controla el organismo (García Morales Lorena, 2015).

A este concepto filosófico se le atribuye la capacidad de organizar todas las funciones vitales de forma armónica y sincrónica en todos los seres vivos, de tal

manera que obliga a pensar descartando la interpretación materialista o mecanicista, como bien lo menciona García Morales et al. (2015) *“en el hombre sano, la fuerza vital (dynamis) que dinámicamente anima al cuerpo material (organismo), gobierna con poder ilimitado y conserva todas las partes del organismo en admirable y armoniosa operación vital.”* (García Morales Lorena, 2015).

Entendemos pues, que esto encierra no solo la función de orquestar todas las actividades vitales que nos caracterizan como seres vivos, sino también las manifestaciones mismas de las enfermedades que padecemos.

En base a esto mencionado, se aplica el remedio con el propósito de estimular la respuesta propia del organismo, a fin de que por sí mismo logre el control y el equilibrio homeostático perdido, aclarando que el tratamiento homeopático será utilizado sincrónicamente con el tratamiento antibiótico convencional establecido por las autoridades sanitarias, que consiste en alguno de los esquemas que a continuación se mencionan:

Estos esquemas serán implementados posterior al tratamiento de urgencia, iniciándose en el momento en que el paciente esté en condiciones de tolerar la vía oral y su sistema digestivo lo permita (ver tabla 2).

VII. Dosis mínima.

Dosis mínima se refiere al concepto de que, entre mayor similitud del medicamento con la sintomatología del paciente, menos cantidad de medicamento se requiere, en otras palabras, mayor dilución y dinamización mucha más efectividad (García Morales Lorena, 2015).

Este fenómeno concuerda con el hecho observado de que la dosis mínima excita, las medias regulan y las dosis ponderales inhiben. Y todo medicamento aun de origen homeopático, usado con dosis altas se comporta como un medicamento alopático, esto es, inhibiendo las manifestaciones de la enfermedad.

Tabla 2 Tratamiento convencional de la tuberculosis

Esquema posológico preferido	
<u>Fase inicial</u>	<u>Fase de continuación</u>
INH, RIF, PZA y EMB*: 56 dosis diarias (8 semanas)	INH y RIF: 126 dosis diarias (18 semanas) o INH y RIF: 36 dosis, dos veces a la semana (18 semanas)
Esquema posológico alternativo	
<u>Fase inicial</u>	<u>Fase de continuación</u>
INH, RIF, PZA y EMB*: 14 dosis diarias (2 semanas), luego 12 dosis, dos veces a la semana (6 semanas)	INH y RIF: 36 dosis, dos veces a la semana (18 semanas)
Esquema posológico alternativo	
<u>Fase inicial</u>	<u>Fase de continuación</u>
INH, RIF, PZA y EMB*: 24 dosis, tres veces a la semana (8 semanas)	INH y RIF: 54 dosis, tres veces a la semana (18 semanas)

INH: isoniacida, RIF: rifampicina, EMB: etambutol, PZA: pirazinamida.

VIII. Miasmas.

Este concepto se define como una enfermedad crónica que permanece detrás de las afecciones comunes. Esto se concluye cuando el Dr. Hahnemann se dio cuenta que las enfermedades comunes se curaban por completo con medicamentos homeopáticos simples, pero otras eran recurrentes a pesar de haberlas tratado adecuadamente (Sánchez Ortega, 2012).

Este último principio se cumple cabalmente en la etnia tarahumara, ya que por siglos las enfermedades de los integrantes de este grupo étnico han sido tratadas con método convencionales, lo que ha resultado en que la enfermedad se

perpetúe por varias generaciones hasta el día de hoy, constituyéndose en enfermedades crónicas.

Estos miasmas surgen cuando los síntomas se suprimen y se interiorizan volviéndose hereditarios, manifestándose tanto en el organismo como la psique (Sánchez Ortega, 2012), y convirtiéndose en enfermedades crónicas verdaderas, acompañando al hombre hasta el término de su existencia (Hahnemann, 1921).

Cabe mencionar la referencia a esto que hace el Dr. Hahnemann en el párrafo 78, donde se afirma que las enfermedades crónicas verdaderas tienen su origen en los miasmas crónicos, causando sufrimiento al hombre, teniendo un efecto progresivo durante toda su vida hasta el momento de su muerte (Marcador De Posición 1). Tal es el miasma syphilitico, que, en su comportamiento crónico, y sin tratamiento, permanece inherente al hombre hasta el final de su vida, como se recalca en el párrafo 79 (Marcador De Posición 1).

Por otro lado, la referencia que hace el Dr. Sánchez Ortega acerca de la predisposición a la enfermedad, denominando “diátesis” (Sánchez Ortega, 2012), es aplicable cabalmente a la etnia en cuestión, ya que muestra una franca predisposición adquirida a la enfermedad estudiada, con tal intensidad y persistencia que en nuestro país es una de las zonas de mayor incidencia y prevalencia, llegando a afectar al ser humano de manera permanente en su fuerza vital, y obligando a esta misma a generar una serie de fenómenos morbosos, con el fin de restituir al ser humano a su estado original de salud (Sánchez Ortega, 2012).

La anteriormente mencionada condición, a pesar del persistente gran esfuerzo del sistema de salud con sus métodos convencionales aplicados a las zonas endémicas de nuestro país, en relación a este padecimiento, confirma la declaración de que “el terreno” es el fundamental elemento a tener en cuenta, para poder aspirar a incidir de manera efectiva en esta enfermedad (Sánchez Ortega, 2012), pero no solo para resolver el padecer de un solo individuo, que es fugaz, sino

para que tal intervención, repercute en la conservación de la especie, como lo declara Higinio G. Pérez (Sánchez Ortega, 2012).

Los esfuerzos mencionados de la Secretaría de Salud para resolver este problema con los tratamientos convencionales, sin lograrlo, antes que contribuir a la final resolución, complican más la situación, en concordancia con la declaración del Dr. Hahnemann en el párrafo 60, donde menciona la indeseable condición de incurabilidad que se genera por la continua supresión de los síntomas, poniendo en riesgo al paciente de complicar la enfermedad o acelerarle la muerte (Hahnemann, 1921), o prolongando la condición morbosa hasta el punto de que quede poco por hacer (Sánchez Ortega P. , 1997).

III METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Diseño de la Investigación

Estudio de caso etnográfico, con un diseño de investigación mixto, con mediciones cualitativas a través de la descripción de los signos y síntomas del paciente y mediciones cuantitativas, al inicio y término del tratamiento para establecer la posible mejoría del paciente. Considerando que el paciente seleccionado será de la etnia tarahumara, se valorará sólo durante el tiempo en que permanezca con tratamiento intrahospitalario, ya que, al egresar, regresará a su comunidad donde reside, que habitualmente son lugares de difícil acceso.

3.2 Puesta en marcha

A continuación, se describe el proceso llevado a cabo para hacer posible esta investigación.



Ilustración 2 Proceso de investigación

El plan de acción para el estudio de este caso se desarrolló como a continuación se describe:

1. **Selección de paciente:** se escogió al paciente que cuenta con el diagnóstico de tuberculosis pulmonar con datos clínicos de complicación y falta de respuesta a tratamiento antibiótico convencional.

2. **Se realiza historia clínica:** es tomada de la entrevista a familiar de paciente acompañante, en este caso su esposo, ya que la paciente tiene datos de alteración del estado de conciencia al momento de su ingreso.
3. **Descripción:** La paciente tiene datos de sepsis de origen respiratorio, con el antecedente de que dos de los miembros de su familia, que vivían en la misma casa, fallecieron de tuberculosis complicada en menos de dos meses, manejados en el mismo hospital de su ingreso.
4. **Se inicia manejo con tratamiento de medicina convencional,** pero se agrega tratamiento homeopático concomitante, eligiendo el medicamento con efecto más amplio conocido y que abarque las tres afecciones miasmáticas, que en este caso fue *Lycopodium*, ya que se había tenido la experiencia empírica de haberlo administrado en las dos semanas previas en paciente femenino de 17 años, con estado complicado de tuberculosis, habiendo mostrado una respuesta prometedora, pero se interrumpió por no tenerlo disponible en estos días, teniendo la necesidad de trasladarlo a un hospital de mayor competencia.
5. **Se registran los cambios en los parámetros** mencionados en la tabla 2 con seguimiento de 20 días.
6. **Se elaboran las conclusiones** en base al análisis de los resultados obtenidos con las recomendaciones pertinentes para la observación en futuros pacientes.

3.3 Selección de la muestra

Muestra no probabilística, fue una selección del sujeto de estudio. Paciente con diagnóstico y tratamiento convencional de tuberculosis pulmonar, previamente establecido por otra institución pública (SSA), con seguimiento deficiente por las características geográficas y demográficas de la zona, como por la falta de cooperación del paciente para cumplir con las recomendaciones de los trabajadores de la salud, dando como resultado una respuesta orgánica incompleta al

tratamiento, deficiente y con datos de agravamiento, con pobres resultados al restituir el manejo con los fármacos convencionales.

La paciente seleccionada proviene de una comunidad llamada Tatahuichi, localizada a 70 kilómetros del municipio de Guachochi y de más de 14 hrs de distancia caminando; esta comunidad cuenta con 63 habitantes, enclavada en las montañas de la sierra madre occidental. La casa habitación es de adobe y madera con techo de cartón, con piso de tierra, consiste en una sola habitación donde viven 9 personas, no cuenta con servicio de agua entubada ni drenaje.

Localización en el mapa y distancia recorrida caminando.

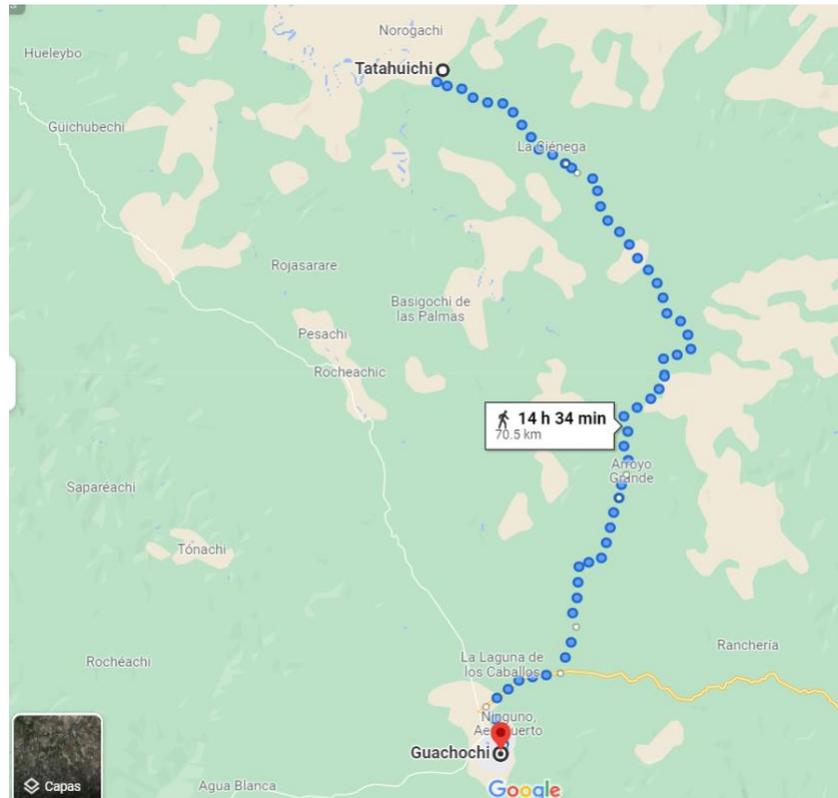


Ilustración 3 Tiempo habitual de viaje de su residencia a la atención de primer nivel Fuente (Google maps).

Localización en el mapa y distancia recorrida en vehículo.

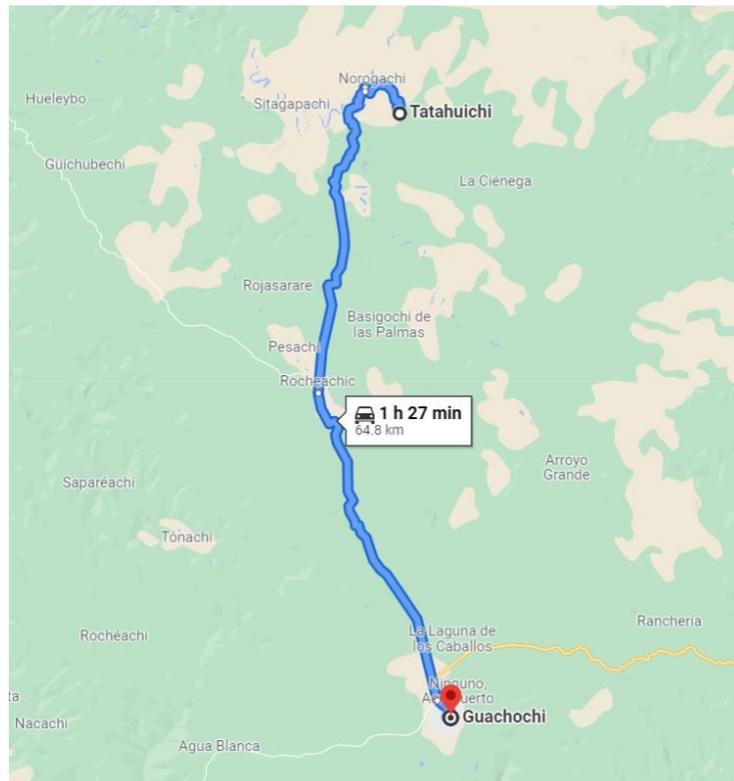


Ilustración 4 Tiempo de traslado en vehículo
Fuente (Google maps)

Localización en relación con la Sierra Madre Occidental

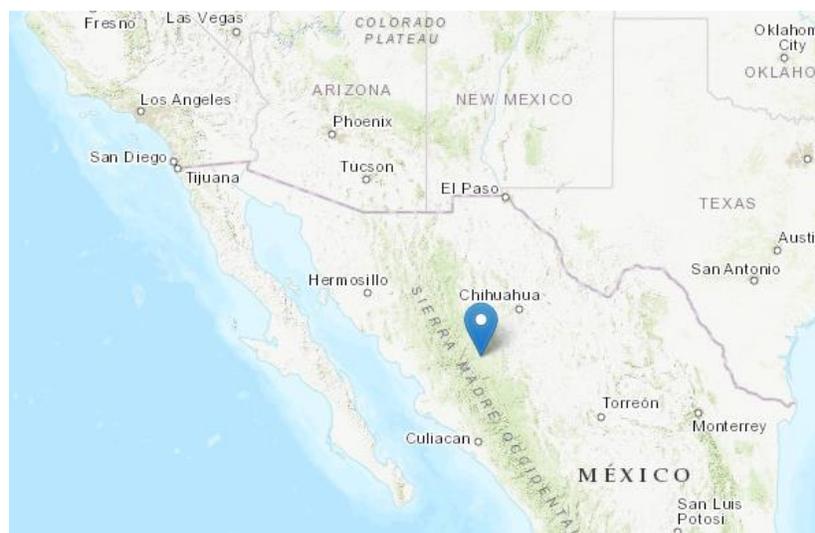


Ilustración 5 Comunidad Rarámuri en relación con la Sierra Madre Occidental
Fuente (Google maps)

3.4 Sujeto de investigación

Se trata de paciente femenino de 49 años, originaria de la comunidad de Tatahuichi, Municipio de Guachochi, de la etnia tarahumara, se dedica al hogar y a pastoreo de chivos, con nula escolaridad. Diagnosticada con tuberculosis pulmonar. Ver anexo 1. Historia clínica completa

3.5. Contexto del sujeto

Pertenece a la etnia tarahumara, no habla español, por lo que la comunicación con ella es de manera indirecta a través de una persona del mismo sexo, que traduce al español; en su lenguaje original carecen de palabras para referirse a conceptos abstractos y aspectos mentales. Como es común en la etnia, la paciente presenta datos de una desnutrición importante, con un índice de masa corporal de 15, peso de 29.4 Kg estatura de 1.40 mts. Vive en condiciones de hacinamiento, en una habitación de piso de tierra en donde habitan 9 personas, con pobres hábitos de higiene. Su alimentación consta básicamente de frijol, pinole, sopa y tortilla, agua y cocacola.

Se pone entonces de manifiesto, las fuerzas que han estado interviniendo a través de toda la historia de la existencia de etnia Tarahumara, donde es evidente la intervención de la energías y factores actuantes por los efectos que en ellos se observan, ya que se interactúa en concordancia con el entorno que les rodea; como bien se menciona en el capítulo de “Enfermedad y Curación en el Plano Dinámico” el libro de Introducción a la Materia Homeopática (Sánchez Ortega P., 1997).

Esto que se menciona, explica elocuentemente el concepto de que lo determinante en la génesis de una enfermedad infecciosa es la condición del terreno, la predisposición de este, lo cual representa una invitación a los diferentes patógenos a convertirse en nuestros huéspedes, los cuales nos abandonará cuando el orden del terreno sea restituido, teniendo que migrar, mutar, morir o hacerse inofensivo (Sánchez Ortega P., 1997).

3.6 Instrumentos de investigación

3.6.1. Historia clínica

Esta historia clínica se realiza en dos partes, la parte que corresponde con los datos objetivos y primer interrogatorio a su esposo al momento de su ingreso al hospital; la parte de interrogatorio a la paciente se hace de manera indirecta, con un traductor del mismo sexo una semana después cuando había recuperado por completo su estado de conciencia.

Se hace referencia a los 8 principios de la homeopatía aplicados a la situación de la paciente en estudio.

Cabe mencionar, que, en su idioma, el cual tiene 5 variantes, no existen términos para definir aspectos mentales y conceptos subjetivos. El idioma rarámuri o tarahumara es una lengua hablada por más de 85 personas, pero las variantes que predominan en cada región imposibilitan la intercomunicación, de esta población, el 14.6 % son monolingües, pertenece a la familia lingüística Yutonahua.

Por otro lado, la paciente vive en la zona de las montañas de la Sierra Tarahumara, donde es sumamente difícil llegar por lo agreste del terreno y la distancias que se debe recorrer caminando, que es por más de 14 hrs. y a más de 70 kilómetros de distancia. Las condiciones de la paciente en cuestión eran deplorables, negándose a ser llevada al hospital mientras mantenía su estado de conciencia, permaneciendo por más de dos semanas postrada, con ingesta mínima de alimentos y agua. Al tener alteración del estado de conciencia, fue llevada para su atención hospitalaria en las condiciones que se mencionan, como último recurso, pero con pocas esperanzas de recuperación.

Cabe mencionar por referencia del esposo, quien comenta que 3 semanas antes, ella había decidido que se iba a morir por pensar que su enfermedad no tenía remedio, por lo mismo se negaba a ser atendida por un facultativo. Esto corrobora la declaración del Dr. Proceso, que afirma que un trastorno psíquico está

íntimamente relacionado en todos los casos, con la manifestación patológica somática, ya que los conflictos en el área de la psique modulan inadecuadamente la función de todos los órganos, sirviendo estos como la pantalla donde se refleja toda la figura del paciente (Sánchez Ortega P., 1997).

Deberá tomarse en cuenta que, como es costumbre de los pacientes de esta etnia, inmediatamente que sienten mejoría, piden su alta voluntaria, y no se les vuelve a ver hasta que, por alguna alteración grave de su salud o por estar en riesgo su vida, acuden de nuevo a buscar ayuda, o como en su caso, por considerar que su padecimiento no tiene esperanza de curación, se abandonan a la evolución natural de la enfermedad.

3.6.2. Estudios Paraclínicos

Exámenes de laboratorio.

A continuación, se puede observar los resultados de los exámenes elaborados del 9 de febrero al 2 de marzo del 2021, los cuales se comentan en el cuadro comparativo (tabla 2) en el apartado de resultados.

09-02-2021

BH: Leucocitos 7.6×10^3 U/l., Linfocitos 0.8×10^3 u/l., Hb 13 gr/dl.,

10-02-2021

GenXpert: + a tuberculosis en la orina.

EGO: Leucocitos 15 cel/microlitro., sangre +++, eritrocitos 150/campo, urobilinógeno 0.2 U/dl.

QS: Glucosa 109 mg/dl., BUN 28.2 mg/dl., Creatinina 0.6 mg/dl., BT 2.4 mg/dl., BD 1.7 mg/dl., TGO 116 mg/dl., F. Alcalina 1797 U/l., Albúmina 2.5 g/dl. Na 115 mm/l., K 2.7 mm/l., Cl 69 mm/l.

11-02-2021

GenXpert: + a tuberculosis en expectoración.

Gasometría: pH 7.5, PCO₂ 24.8 mmHg, PO₂ 72.7 mmHg, BE -2.6 mmol/L, TCO₂ 19.9 mmol/L, HCO₃ 19.2 mmol/L, tHb 11.3 g/dl, SO₂ 95.9 %, Htc 34 %.

ES: Na 120 mmol/L, K 4.2 mmol/L, Cl 76 mmol/L.

12-02-2021

Coprológico: Normal.

13-02-2021

QS: Glucosa 142 mg/dl, BUN 14.5 mg/dl, Creatinina 0.4 mg/dl.

ES: Cl 84 mg/dl, K 4.2 mg/dl, Na 126 mg/dl.

Proteína C reactiva: 24 mg/dl.

GenXpert: + a tuberculosis en heces.

15-02-2021

BH: Leucocitos 8 mil u/L, Linfocitos 600 u/L, Hb 9.6 g/dl, Hto 29 %, Plaquetas 174 mil.

ES: Cl 85 mmol, K 3.2 mmol/l, Na 134 mmol/l, Ca 7.5 mg/dl, Mg 1.5 mg/dl, P 2.8 mg/dl.

En la ilustración 8 y 9 se puede observar Rx de Tórax del paciente correspondiente a dos fechas 10 de febrero 2021 y del 2 de marzo 2021 ambas para comparación de los resultados que serán comentados más adelante.

3.7 Diagnósticos

3.7.1 Diagnostico nosológico

Paciente ingresa a hospital con alteración de su estado de conciencia, con valor de 8 en la escala de coma de Glasgow, con deshidratación y desequilibrio electrolítico severo; los exámenes de laboratorio evidencia una nula respuesta inflamatoria, con

leucopenia marcada, sobre todo en el número de linfocitos y anemia microcítica hipocrómica, con hemoglobina de 7.7 grs/dl; desnutrición grado III, con una úlcera sacra infectada, disminución de respuesta en los reflejos osteotendinosos; la telerradiografía de tórax con patrón miliar de la tuberculosis, con resultado positivo a la presencia de bacilo tuberculosos en esputo, heces y orina, cultivo positivo a cándida en exudado de la úlcera sacra. El manejo que se le dio de urgencia fue: la administración de soluciones electrolíticas, dexametasona, levofloxacino, metronidazol, omeprazol, multivitaminas, metoclopramida, budesónida nebulizaciones, MVI, sales de potasio, paracetamol y sucralfato.

Los diagnósticos nosológicos corresponden con tuberculosis pulmonar miliar, complicada con afección de aparato digestivo y urinario, con datos de inmunocompromiso avanzado y sobreinfección por cándida en úlcera sacra por presión, desnutrición severa grado III, sepsis, desequilibrio hidroelectrolítico severo y anemia.

- Tuberculosis pulmonar miliar.
- Tuberculosis intestinal.
- Tuberculosis renal.
- Úlcera sacra por decúbito infectada.
- Desnutrición grado III
- Inmunocompromiso.
- Sepsis.
- Desequilibrio hidroelectrolítico severo.
- Anemia microcítica e hipocrómica.

3.7.2 Diagnóstico individual.

Se trata de una mujer que ha aprendido a callar y ocultar todas sus inconformidades de la vida, característica de todas las mujeres tarahumaras, que se les ha enseñado a no expresar sus inquietudes y a negar sus derechos en beneficio de los varones, como consecuencia viven sus problemas en silencio, siendo objeto constante de violencia contra su integridad física, mental y emocional, tanto de los mismos

integrantes varones de su etnia como de los llamados chabochis (mestizos) que conviven con ellos. El caso particular de esta paciente, cansada de ver como la enfermedad de la tuberculosis ha derrotado a varios miembros de su familia, ya que varios integrantes de la misma, han padecido y muerto por la causa que a ella le aqueja, aunado a la fatiga crónica de no mirar mejoría en la propia condición de salud, que al contrario, se va deteriorando, finalmente su voluntad es subyugada al igual que su cuerpo, decide que ha llegado el momento de su muerte, y se abandona a lo que en este momento considera irremediable. Es en esta condición de derrota de toda su energía vital, con afección física extrema por la sepsis bacteriana y la condición de su voluntad subyugada, que es llevada al hospital, aun en contra de la decisión expresa antes de caer en esta extrema condición, de no recibir ayuda de nadie.

3.7.3 Diagnóstico integral

La condición de esta paciente corresponde con un miasma syphilitico, con un miasma crónico de base psórico, secuelas de polio, con una falla orgánica, compromiso inmunológico y una sepsis de origen respiratorio secundario, complicado por una condición de desnutrición severa que caracteriza a los integrantes de la etnia tarahumara, lo cual coexiste con una diátesis infecciosa; con severos obstáculos a la curación por lo inaccesible de la zona agreste donde vive y la lejanía de la provisión de los servicios fundamentales para la salud y la vida; además del problema de la comunicación por las variantes de la lengua tarahumara y la característica cultural de lo reservado de las mujeres para comunicar sus pensamientos, particularmente a los extraños y personas del sexo opuesto. Esta situación es agravada en las últimas dos semanas, en las que además de la alteración morfológica y el desequilibrio hidroelectrolítico, la condición mental de la paciente y la abolición de su voluntad favorece el deterioro rápido y progresivo, estando en riesgo de morir en las horas próximas a su ingreso al área hospitalaria. En esta etapa de la evolución de la enfermedad que presenta, desde el punto de vista de la medicina convencional y en base a experiencia de casos similares, con un pronóstico muy pobre para la vida y la función.

3.7.4 Diagnóstico miasmático.

Miasma actual syphilitico crónico con agudización e imbricación de miasma psórico. La base psórica de evolución crónica característica de la etnia tarahumara, combinado con alteraciones sycósicas. En cuanto al miasma heredofamiliar, ya que la enfermedad de la tuberculosis se viene repitiendo en las generaciones previas, esto corresponde con un miasma psórico

3.7.5 Diagnóstico medicamentoso.

En base a lo descrito en la materia médica con respecto a la múltiple sintomatología exhibida del Lycopodium, se decide por este remedio como prueba para la etapa inicial de urgencia, ya que tiene efecto conocido en la mayoría de los órganos alterados en esta paciente: digestivo, respiratorio, urinario, inmunológico, mental, metabólico, etc. Dilución de 6ª CH, en gotas, frecuencia de c/8 hrs, inicialmente y luego cada 6 hrs., 5 a 10 gotas.

3.8 Pronóstico

Por estadística, la condición de la paciente obliga a esperar un pronóstico pobre, con la posibilidad de muerte en las próximas 48 horas. en caso de no intervenir en la historia natural de la enfermedad.

3.9 Seguimiento al paciente

La paciente se queda internada en medio hospitalario, al cuidado del personal de enfermería, se le maneja con soluciones para restituir su homeostasis, resolver la deshidratación y nivelar los valores de electrolitos. Se toman diariamente exámenes de laboratorio y rayos X, se suspende el tratamiento de la tuberculosis por vía oral por razones evidentes de incapacidad de la ingesta de estos y se administra oxígeno complementario. Los resultados de dicho manejo se dan a conocer en la tabla 2 en el apartado de resultados. Queda pendiente la resolución de úlcera sacra por presión, aunque continúa con curaciones, pero por requerir de un mayor periodo de tiempo de tratamiento, no es requerido su monitoreo por no contemplar manejo a mediano o largo plazo en el presente estudio.

IV RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Resultados

La paciente es traída en estas condiciones por su esposo, habiendo estado postrada en su lecho domiciliario, refiriendo el familiar que la paciente había decidido que debía morir, tomando escasos líquidos y casi nula alimentación por más de 10 días. El estado general, como se observa, es de evidencia de riesgo de muerte en corto plazo, con pobre respuesta a estímulos, soporosa y con reflejos abolidos. Es en este momento que se inicia el tratamiento homeopático con *Lycopodium* a la 6^a CH 5 a 10 gotas c/8 hrs., además de las medidas de sostén y corrección de su estado hidroelectrolítico.



Ilustración 6 Paciente al ingresar

En la ilustración 7 se puede observar la apariencia de la misma paciente a los 20 días de tratamiento y corrección del desequilibrio hidroelectrolítico y la

resolución de la sepsis. A esta fecha la paciente ingiere alimento adecuadamente, responde a estímulos verbales y puede comunicarse.

Hasta este momento, su manejo solo es con el *Lycopodium* a la 6ª CH 5 a 10 gotas c/8 hrs., sin el esquema de medicamentos antituberculosos, juntamente con las medidas de sostén y apoyo a signos vitales. Posteriormente se instituye el tratamiento de tuberculosis convencional, ya que la paciente tolera la vía enteral.



Ilustración 7 Paciente a los 20 días de tratamiento

4.2 Resultados de los parámetros evaluados:

Se observa una mejoría en su estado general de salud desde el punto de vista físico, se corrobora el aclaramiento de la ventilación pulmonar, aunque persisten algunos estertores, el estado mental con evidente mejoría, orientada en tiempo y espacio; reflejos osteotendinosos normales. En cuanto a los signos vitales, la frecuencia respiratoria disminuye desde 36 por minuto inicialmente a 26 al final, la frecuencia cardiaca desde 117 latidos por minuto al inicio a 102 al final, los demás parámetros no se modifican sustancialmente. Biometría hemática muestra un marcado incremento de la cuenta de linfocitos desde 0.6 x mil /uL al inicio a 1.0 x mil /uL, lo cual indica una mejoría en cuanto a su función inmunológica; plaquetas desde 174 mil /uL inicial a 654 mil /uL, lo que representa la recuperación de la respuesta inflamatoria. El examen general de orina, desde un estado inicial de leucocituria y hematuria a un examen normal. En la gasometría se observa barrido de CO₂ por la taquipnea y un consumo de bicarbonato en la etapa inicial, a una tendencia a la normalización de la alcalosis con recuperación de los niveles de bicarbonato.

Tabla 3 Parámetros monitorizados en la evolución de la paciente en 20 días de manejo intrahospitalario en Hospital Misión Tarahumara.

Parámetros	Inicial	Final
Datos clínicos	Mas estado general, síndrome consuntivo, con pobre masa muscular, mucosas deshidratadas, obnubilada, tórax con abundantes estertores crepitantes ambos campos pulmonares, respiración con músculos accesorios, abdomen en batea, extremidades con masa muscular hipotrófica, reflejos osteotendinosos apagados.	Paciente consciente, alerta, bien orientada, reactiva, responde a estímulos verbales, hidratación adecuada, tórax con adecuada entrada y salida de aire, amplexión y amplexación adecuada, persiste algunos estertores gruesos, reflejos osteotendinosos recuperados.
Signos vitales	TA: 80/64 FC: 117 FR: 36 T: 36.3 Sat O2: 90 %	TA: 90/60 FC: 102 FR: 26 T: 37.1 SatO2: 91%
Biometría Hemática	Leucocitos: 8.4 x mil /uL Granulocitos: 7.6 x mil /uL Linfocitos: 0.6 x mil /uL, 6.6% Plaquetas: 174 mil /uL	Leucocitos: 10.6 x mil /uL Granulocitos: 9.1 x mil /uL Linfocitos: 1.0 x mil /uL, 9.3% Plaquetas: 654 mil /uL
Examen General de Orina	Sangre en orina: 3+ Leucocitos: 15/campo Eritrocitos: 14/campo	Sangre en orina: Negativo Leucocitos: Negativo Eritrocitos: Negativo

Tabla 3 Parámetros monitorizados en la evolución de la paciente en 20 días de manejo intrahospitalario en Hospital Misión Tarahumara. (continuación)

Parámetros	Inicial	Final
Gasometría	pH: 7.5 pCO ₂ : 24.8 mmHg PO ₂ : 72.7 mmHg BE: -2.6 mmol/L tCO ₂ : 19.9 mmol/L HCO ₃ : 19.2 mmol/L	pH: 7.5 pCO ₂ : 29.1 mmHg PO ₂ : 54.1 mmHg BE: 1.3 mmol/L tCO ₂ : 29.5 mmol/L HCO ₃ : 23.6 mmol/L
Telerradiografía de tórax PA	Imagen de tuberculosis miliar, con algunas manchas exudativas y de consolidación bilaterales, bula apical izquierda.	Han disminuido las imágenes de conglomerados, persisten infiltrados menores. No hay imágenes de condensación. Persiste bula apical izquierda.

En relación con la radiografía de tórax se observa inicialmente una tendencia a la condensación neumónica en ambos campos pulmonares con imagen de tuberculosis miliar, y finalmente una marcada tendencia a la normalización, aunque persistiendo imágenes de infiltrado y una bula apical izquierda como secuela de la enfermedad crónica.



Ilustración 8 Rx de Tórax del paciente inicial

10-febrero 2021

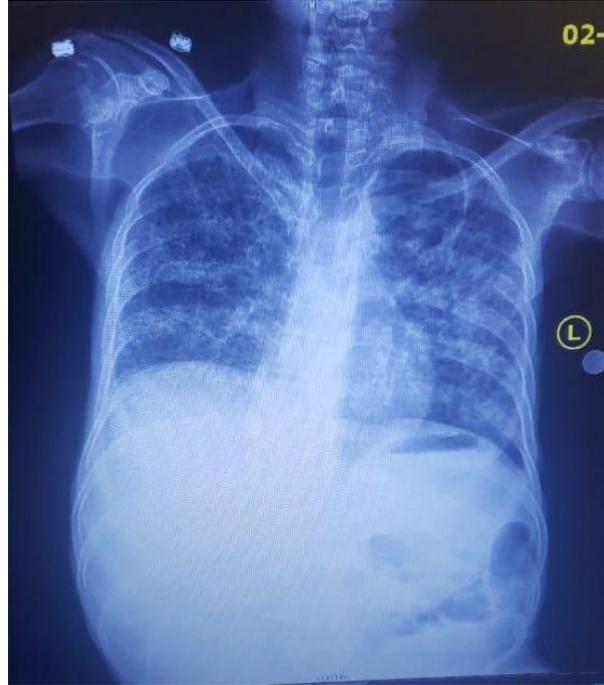


Ilustración 9 Rx de Tórax del paciente final

02-marzo 2021

Misma paciente vista en la consulta externa 6 meses después de haber sido dada de alta del hospital habiéndose perdido el contacto con ella, ya que regresó a su comunidad de origen. Acude por otro motivo de salud. Es tomada la foto de manera circunstancial, no planeada, por otro médico ajeno al equipo que realizó el protocolo. (véase ilustración 10), Se desconocen los datos en relación con la infección de tuberculosis.



Ilustración 10 Paciente a los 6 meses.

4.3 Discusión

Son evidentes los cambios en los parámetros monitorizados como respuesta a la administración de medicamento homeopático complementario (*Lycopodium* 6^a CH), en concordancia con la recomendación del Dr. Proceso Sánchez de que deberemos tomar en cuenta la cronicidad de la enfermedad y las consecuencias de la iatrogenia alopática prologada con la consecuente alteración de todos los síntomas o desnaturalización de la patología, para lo cual se debe usar potencias bajas del remedio elegido (Sánchez Ortega P. , 1997), además, por cuestiones legales, se deberá usar conjuntamente con el tratamiento convencional de primera línea de la tuberculosis, logrando el objetivo de revertir la consecución de la enfermedad y evitar el desenlace fatal de esta paciente, entendiendo las limitaciones que el presente trabajo implica, ya que se pretendía únicamente observar la respuesta en etapa aguda y la reversión del avance de la condición de salud de la paciente con diagnóstico de sepsis de origen respiratorio.

Por otro lado, aunque sabemos que es recomendable que se jerarquicen los síntomas mentales como prioridad (Sánchez Ortega P. , 1997), en este caso se debe prescindir de aplicar ese principio, ya que la condición de la paciente y la barrera de la comunicación por el lenguaje tarahumara, que carece de términos para conceptos abstractos, se abordó su manejo en base a la urgencia evidente, los datos de la exploración clínica y los resultados de laboratorio, dejando para segunda oportunidad, la toma del caso, con un interrogatorio indirecto por medio de una traductora.

Cabe aclarar que, el presente trabajo, se ocupa de buscar un resultado inmediato, como se define en los objetivos de este, pero quedará pendiente una investigación de mayor alcance en tiempo, concordando con el Dr. Proceso, de que el resultado mediano o tardío, superará la importancia y la trascendencia de los fenómenos clínicos observados en tan corto tiempo (Sánchez Ortega P. 1997) y repercutirá para bien, en el control y resolución de la enfermedad, que por tanto tiempo ha sido una meta no alcanzada.

Con tal propósito, y en su momento, se tomará en cuenta la amplia experiencia obtenida en el manejo de esta enfermedad con los esquemas de medicamentos homeopáticos utilizados en otros países como la India, con resultados reportados muy alentadores, usándolos como terapéutica única, así como de manera complementaria al tratamiento convencional (Kusum , y otros, 2015).

4.3.1 Los ocho principios de la homeopatía con relación al caso de estudio.

A continuación, se mencionan los principios sobre los cuales se fundamenta la práctica de la homeopatía aplicándolos al caso clínico estudiado.

I. Natura morborum medicatrix.

Respecto a este principio en relación con la etnia tarahumara y a la paciente en cuestión, los factores que intervienen para la predisposición a esta condición alterada de la salud la inhabilitan para la autocorrección de la alteración de la fuerza vital, ya que son factores que, para modificarlos, requiere una titánica fuerza, la conjunción de varios agentes y una gran cantidad de recursos. Por esta razón y por la falta de consideración de la homeopatía como recurso disponible, el sistema de salud ha optado por manejar esta condición patológica con medidas puramente supresoras.

II. Similia similibus curentur.

Durante mucho tiempo, la etnia tarahumara ha sido atendida por los programas públicos de salud en relación con la tuberculosis, con tratamientos supresivos sin lograr impactar las estadísticas de morbimortalidad, siendo, entre otros factores, la pobre respuesta de esta patología y la resistencia generada al tratamiento convencional. Por ello, constituye un área de oportunidad y un enorme privilegio poder brindar una respuesta a este problema, basándonos en este principio, estando seguros de que, al igual que con otras enfermedades, la respuesta será por demás satisfactoria.

Con relación a esto, se deberá tomar en cuenta que, por ser una enfermedad multifactorial y de tantos siglos de antigüedad en este grupo étnico, la tarea no será nada fácil, y en algunos pacientes, pretenderemos solo mejorar su condición de salud, y no necesariamente alcanzar la curabilidad.

III. Experimentación pura.

En base a esto, se selecciona un remedio que, por la manifestación de los efectos sintomáticos ampliamente conocidos en la experimentación pura, corresponde con el estado alterado de la paciente en cuestión. Se opta por un remedio que tenga, por su efecto conocido, una influencia trimiasmática, a fin de lograr incidir en la historia natural de la enfermedad en cuestión, y con esto, revertir el inminente

desenlace a corto plazo, dándonos tiempo luego, para aspirar a instituir un tratamiento a largo plazo que mejore las condiciones de salud o lograr la curación completa y desaparición de los signos y síntomas persistentes en la función respiratoria, tales como tos, disnea, hipoxia, desnutrición, fiebre vespertina, y finalmente, la imagen característica en la radiografía de tórax compatible con tuberculosis miliar.

IV. Individualidad morbosa.

En relación con esto, para la etnia tarahumara a la cual pertenece esta paciente, se consideró su herencia miasmática con predisposición sifilítica, las condiciones de su entorno y los datos clínicos recogidos por referencia de su acompañante, corroborado por los exámenes pertinentes.

Se toma en cuenta también, que las condiciones que prevalecen de pobreza extrema, desnutrición, aislamiento social, problema del idioma con expresiones tan limitadas en conceptos abstractos y el concepto de vida de los tarahumaras, deberán considerarse como obstáculos a la curación.

V. Individualidad medicamentosa.

El principio de la individualidad morbosa, en este caso fue aplicado de una manera un poco general, ya que, tomando en cuenta la condición mental inhabilitada de la paciente, lo rudimentario de las expresiones abstractas de su lengua y lo variado de los órganos afectados, obligó a seleccionar el remedio más adecuado en base a las múltiples alteraciones fisiopatológicas generalizadas, eligiendo el *Lycopodium* como remedio trimiasmático, ya que exhibe un efecto sistémico, con síntomas definidos en la materia médica que corresponden en similitud con el caso de estudio.

Sus efectos son:

- Acción principal vagotónica, parasimpático, tónica.
- Compite con receptores dopaminérgicos que controlan la tonicidad muscular.
- Medicamento de los retrasos y la insuficiencia fisiológica.

- Idóneo para enfermedades crónicas y profundas, de predominio hepático y renal.
- Hipotiroideos.
- Metabolismo desacelerado.
- Toxicidad hepática y renal.
- Serios trastornos de impotencia en todas las áreas de la vida.
- Lateralidad derecha que avanza a la izquierda.
- Agrava por la tarde.
- Pobre masa muscular, emaciado, muy enfermo y debilitado mental y físicamente con desnutrición.
- Aspecto muy enfermizo, piel grisácea, amarilla, cetrina, terrosa, arrugas muy marcadas.
- Vértigo, al agacharse, cuando ve algo que gira, asociado a náuseas.
- Piel arrugada.
- Alopecia.
- Cefalea.
- Úlceras e inflamación de párpados.
- Lengua seca, blanquecina, ulcerada, aliento pútrido.
- Boca abierta.
- Odontalgias, dientes largos y flojos, los rechina.
- Encías sangrantes.
- Piorrea.
- Estreñimiento crónico.
- Tos por la noche.
- Orina con sedimento y datos de infección.
- Escalofríos al final de orinar.
- Pie frío alternado.
- Afecciones hepáticas.
- Patologías renales severas.
- Alteraciones digestivas diversas.

(Vannier, 2011) (Lathoud, 1991).

VI. Dinamismo vital.

En concordancia con este principio, se aplica el remedio con el propósito de estimular la respuesta propia del organismo por demás deteriorado, de manera lo más amplia posible, a fin de que por sí mismo logre el control y el equilibrio homeostático perdido, aclarando que el tratamiento homeopático será utilizado sincrónicamente con el tratamiento antibiótico convencional establecido por las autoridades sanitarias.

VII. Dosis mínima.

Atendiendo a este principio, se administra el remedio elegido con una dilución homeopática, en la potencia que más pudiera influir en el padecimiento, que ya se ha convertido en más orgánico que funcional, con alteraciones estructurales de toda la economía; por ello se administra a la potencia 6^a CH, con dosis repetida cada 8 hrs. Esto anterior se decidió por la observación de 48 hrs, en que al hacerlo cada 24 hrs, la paciente se deterioraba.

VIII. Miasmas.

Este último principio se cumple cabalmente en la etnia tarahumara, ya que por siglos las enfermedades de los integrantes de este grupo étnico han sido tratadas con método convencionales supresivos, lo que ha resultado en que la enfermedad se perpetúe por varias generaciones hasta el día de hoy, quedando como una herencia psorica, acentuada por el comportamiento social aprendido y la hermética mentalidad de estas personas; siendo también una condición syphilitica que por la característica de las lesiones encontradas, corresponde con este miasma.

Tabla 4 Miasmas según diagnósticos

Inconsciencia u obnubilación mental.	Syphilis, Psora
Sepsis.	Syphilis
Compromisos inmunológicos.	Syphilis
Tuberculosis generalizada.	Syphilis, Psora
Desnutrición grado III.	Syphilis
Caquexia.	Syphilis
Úlcera por decúbito.	Syphilis
Secuelas de Polio	Syphilis
Desequilibrio hidroelectrolítico.	Syphilis
Caries dental.	Syphilis
Retraso psicomotor infantil.	Syphilis

Cabe mencionar que, por las características culturales de la etnia, se puede clasificar en un comportamiento psórico subyacente, ya que son personas pasivas, calladas, poco comunicativas, hipoactivos, aparentan siempre estar en estado recesivo, constituyendo esto una condición de compromiso psicofisiológico.

V CONCLUSIONES, IMPLICACIONES Y SUGERENCIAS

5.1 Conclusiones

La respuesta de la paciente al tratamiento homeopático, combinado con manejo de la situación crítica de su condición, con medidas de emergencia, corrigiendo las diferentes alteraciones en los parámetros vitales, revirtiendo el desenlace fatal esperado con el manejo solo con medidas convencionales es una poderosa evidencia a favor de la utilización de métodos no convencionales en combate a la tuberculosis, con la esperanza de que, al implementarlos, podamos liberar nuestra sociedad del flagelo de esta persistente enfermedad, que a través de todos los tiempos, ha desafiado la eficacia de los tratamientos tradicionales de la medicina alopática.

Esto nos abre la puerta a la posibilidad de resolver la problemática sanitaria que esta enfermedad genera, obligándonos a profundizar en el campo de la homeopatía como la alternativa viable en el tratamiento de la tuberculosis, preferentemente antes de llegar a las complicaciones crónicas, y como un recurso menos costoso, más noble, más económico y mucho más efectivo; para lo cual habrá que considerar la seria investigación de la respuesta del padecimiento en la modalidad de tratamiento ambulatorio.

Vale la pena, por el bien de nuestras comunidades menos favorecidas en el aspecto socioeconómico, profundizar en la investigación, que comprenda mayores aspectos de abordaje y con mayor alcance en tiempo y número de pacientes estudiados con diagnóstico de tuberculosis, tanto en etapas iniciales de la infección como de su presentación crónica y complicada, que nos permita comprobar todos los alcances de esta modalidad de manejo, pudiendo convertirse en la solución más viable, económica y eficaz en el combate a esta endémica enfermedad.

Estamos obligados pues, después de haber visto el impacto que generó en la evolución de esta paciente, el tratamiento convencional combinado con el manejo conjunto con homeopatía, a profundizar en la investigación de aspectos más complejos que nos permitan aplicarlo, con el conocimiento comprobado, más específico a medicina preventiva, curativa y de rehabilitación.

5.2 Implicaciones

El impacto benéfico del manejo de la tuberculosis con homeopatía como tratamiento coadyuvante, en comparación con los resultados obtenidos solo con el tratamiento convencional, como se ha puesto en evidencia en este trabajo, obliga a tomar en cuenta la posibilidad de introducir el manejo no convencional de la enfermedad, y será un reto para los que practicamos la homeopatía, continuar con el desafío de generar evidencias que no dejen lugar a duda de la eficacia de esta modalidad.

5.3 Sugerencias

Queda pendiente la valoración de la respuesta a largo plazo de la patología tratada, para poder determinar si el tratamiento homeopático aunado al tratamiento clásico, administrado a mediano plazo, puede resolver en totalidad de la enfermedad en cuestión, y acortar el tiempo de tratamiento, que, de otra manera, amerita el seguimiento por meses, factor determinante para aspirar al éxito en el combate a tan lancinante flagelo social en la etnia tarahumara.

Bibliografía

1. L, M. A., C. A., & S. M. (Enero de 2009). Aspectos generales de la homeopatía. *Revista médica de Chile*, 137(1), 115-120.
2. Lara, D. I. (Ed.). (junio de 2010). *Homeopatía ahora*. Recuperado el 2020, de homeopatíaahora.blogspot.com.
3. Carmona, F., López, J., & Sánchez, F. (julio-septiembre de 2016). Nuestra experiencia en sedación paliativa como opción terapéutica en pacientes en situación clínica de últimos días. *Spanish Journal of Legal Medicine*, 42(Issue 3), 93-97. doi:<https://doi.org/10.1016/j.reml.2015.12.001>Get rights and content
4. Centro para Control y Prevención de las enfermedades. (20 de Junio de 2016). *Tratamiento para la enfermedad de Tuberculosis*. Recuperado el Julio de 2021, de <https://www.cdc.gov/tb/esp/topic/treatment/tbdisease.htm>.
5. Lozano, J. A. (Septiembre de 2002). Tuberculosis. Patogenia, diagnóstico y tratamiento. *Elsevier*, 21(8), 102-110.
6. Cueva Teresa Elizabeth, F. R. (Septiembre-diciembre de 2011). Afrontando el Cambio Climático y los Riesgos Contra la Salud en la Sierra Tarahumara. *Estudios Demográficos Urbanos*, 26(3), 78.
7. Academia Nacional de Medicina. (2015). *Sepsis, de las bases moleculares a la campaña para incrementar la supervivencia*. México, México, México: Intersistemas SA de CV.
8. Acuña Delgado Ángel, G. M. (2010). Salud y Enfermedad Rarámuri. *Revista de Antropología Experimental* (10), 1-23.
9. Ausmed Editorial Team. (25 de 05 de 2020). *Ausmed Education Pty Ltd*. Obtenido de An Overview of Multiple Organ Dysfunction Syndrome: <https://www.ausmed.com/cpd/articles/multiple-organ-dysfunction-syndrome>
10. Ausmed Editorial Team. (09 de Mayo de 2020). *Ausmed Education Team*. Obtenido de Sepsis: Signs, Symptoms and qSOFA: <https://www.ausmed.com.au/cpd/articles/sepsis>

11. Barriga AG, e. a. (2014). Evaluación de la prueba GeneXpert en el diagnóstico rápido de la tuberculosis extrapulmonar. *Rev Latinoam Patol Clin Med Lab*, 61(3), 140-144.
12. Bhatia, M. (31 de Agosto de 2009). Homeopathy for Tuberculosis. Detail information of cause, symptoms, diagnosis, and treatment of Tuberculosis with list of commonly indicated homeopathy medicines. *Homeopathy for Tuberculosis Treatment*, 1.
13. Bruhn C. Alejandro, P. M. (Mayo de 2011). Management of the septic shock patient. *Revista Médica Clínica Los Condes.*, 22(3), 293-301.
14. García Morales Lorena, G. O. (Mayo-Junio de 2015). El Dinamismo Vital. *La Homeopatía de México*, 84(696), 7-15.
15. Gobierno de México. (26 de Agosto de 2020). Tuberculosis: la enfermedad infecciosa más mortífera en el mundo. *Instituto Nacional de Salud Pública*.
16. Guillen, E. (2017). *Nueva definición de sepsis. Biomarcadores de infección/sepsis*. Recuperado el Julio de 2021, de https://www.catlab.cat/uploads/20170607/CI_81_Sepsis.pdf.
17. Gutierrez, H. L. (S/F). *Academia*. Recuperado el 25 de Enero de 2020, de Academia: www.academia.edu
18. Hahnemann, S. (1921). *El Organon de la Medicina*. San Francisco, Ca: Boericke.
19. *Homeopatía.com*. (julio-2017). Recuperado el enero de 2020, de homeopatía.com/1-natura-morborum-medicatrix/
20. <http://forumnaturista.blogspot.com.co/2010/04/paracelso.html>. (2010). Recuperado el 26 de Enero de 2020, de Medicina Natural.
21. Jesús Duarte-Mote, e. a. (Septiembre-Octubre de 2013). Disfunción mitocondrial como explicación del síndrome de disfunción orgánica múltiple en la sepsis. *Medicina Interna de México*, 29(5), 504-512.
22. K. C., R. M., R. M., S. B., J. N., & I. D. (Abril de 2015). Homeopathic treatment in addition to standard care in multi drug resistant pulmonary tuberculosis: a

- randomized, double blind, placebo controlled clinical trial. *Homeopathy*, 103(2), 97-107.
23. Morrison, R., & N. H. (Enero-febrero de 2014). La Homeopatía Frente a Casos con Tratamiento Convencional. *LA HOMEOPATÍA DE MÉXICO*, 83(688), 31-44.
 24. Nicolai, T. (Septiembre de 2009). Homeopatía para las enfermedades epidémicas en los países en desarrollo. Carta de respuesta del European Committee for Homeopathy a la Organización Mundial de la Salud. *Revista Médica de Homeopatía*, 2(3), 119-126.
 25. Ortega, P. S. (1997). *Introducción a la Medicina Homeopática*. México, México: Biblioteca de homeopatía de México.
 26. Pinzón, J. C. (2013). Homeopatía en el tratamiento de las enfermedades tropicales revisión sistemática de la literatura. Bogotá, Colombia.
 27. R. M., H. P., R. S., & T. V. (11 de septiembre de 2019). Tuberculosis septic shock, an elusive pathophysiology and hurdles in management: A case report and review of literature. *World J Crit Care Med.*, 8(5), 72-81.
 28. Sánchez Ortega, P. (Mar-Abr de 2012). Miasmas. *La Homeopatía de México*, 81(677), 29-35.
 29. Secretaria de Salud. (07 de marzo de 2016). Tuberculosis, información general de la Micobacteriosis. *Gobierno de México*.
 30. World Health Organization. (2020). *Global Tuberculosis Report 2020*. (OMS, Productor) Recuperado el septiembre de 2021, de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336069/9789240013131-eng.pdf>

ANEXOS

Anexo 1 Hospital Misión Tarahumara

El Hospital tiene más de 20 años al servicio de los pueblos indígenas de Chihuahua, brindando un servicio gratuito de salud. Fue inaugurado en el año 2000, desde esta fecha viene operando durante las 24 hrs todos los días del año con un promedio de 5 mil pacientes anualmente. El inicio del hospital es motivado por la grave necesidad de servicios de salud de esa región, particularmente de la etnia tarahumara.

Está ubicado a 5 hrs. de la ciudad de Chihuahua, en el municipio de Guachochi, en el ejido de Samachique, administrado por Asociación Proindígena, una asociación civil sin fines de lucro.

Los principales problemas de salud que se enfrentan en dicha región son la mortalidad materna-infantil, tuberculosis y la severa desnutrición de sus habitantes, así como de diversas enfermedades secundarias a las condiciones mencionadas, enfermedades que pueden ser objeto de actividades de prevención.

Estos graves padecimientos condicionan que, en muchos casos, es demasiado tarde para revertir el estado avanzado de compromiso de la salud, y a pesar de haber logrado llegar a los centros comunitarios, no se logra salvar la vida de los pacientes.

Anexo 2 Historia Clínica.

Esta Historia Clínica es recogida por referencia del familiar acompañante, complementada después en cuanto la paciente recupera su estado de conciencia.

Edad: 49 años

Estado civil: unión libre

Sexo: femenino

Lugar de origen y domicilio: Rejomachi, Tatahuichi, Guachochi

Fecha de nacimiento: 2 junio de 1971

Actividad laboral: hogar y acarreado chivas.

Escolaridad: negada

Hijos: masculino 26 años desconoce fecha de nacimiento y 1 hijo finado a los 2 años de edad por complicaciones respiratorias (probable NAC) desconoce fecha de nacimiento.

Femenino de 20 años desconoce fecha de nacimiento "adoptada"

Masculino de 19 años desconoce fecha de nacimiento "adoptado"

Masculino de 11 años desconoce fecha de nacimiento "adoptado"

Hermanos: 1 masculino diferencia de edad 3 años.

Familiar acompañante: esposo

AHF

Madre finada, desconoce a qué edad, por TB. Convivió toda su vida con ella.

Padre finado, desconoce a qué edad y causa de muerte. Convivió toda su vida con él.

Abuela materna, finada, desconoce a qué edad y causa de muerte. Conviví muy poco con ella, conoce poco de ella.

Abuelo materno finado por TB, desconoce a qué edad. Convivió muy poco con él, conoce poco de él.

Abuela y abuelo paterno finados desconocen causa de muerte y edad.

Hermanos: masculino de 52 años aparentemente sano poca convivencia con él, la visita en ocasiones en su domicilio.

Yerno había fallecido tres semanas antes de su ingreso, vivía con ellos, la causa de muerte fue TB.

APNP

Vive en casa propia construida de Adobe y madera, techo de lámina y cartón, piso de tierra cuenta con 1 habitación, vive con 9 personas del núcleo familiar tiene agua de pozo, letrina y luz.

Higiene personal: 1 vez a la semana

Alimentación: 2 ó 3 veces al día, a base de frijol, pinole, sopa, tortillas de harina o maíz, agua.

2 veces a la semana consume sopas instantáneas (maruchan) y bebidas carbonatadas (coca cola)

Hobbies: cocinar y hacer tortillas de harina

Actividades deportivas: no

Toxicomanías: negadas

Zoonosis: perros, caballos, cabras, burros y vacas. Todos fuera de domicilio.

Grupo sanguíneo: o positivo

Esquema de vacunación: negado

Signos vitales al momento de su ingreso: TA 93/70 FC 108 FR 34 tem 36.1 °C, peso 29.4 Kg, talla 1.40 mts.

APP:

Retraso en el desarrollo psicomotor: camino entre los 8 y 10 años aparentemente por secuelas de polio, no especifica muy bien.

Problemas dentales: caries en molares superiores

2 cesáreas previas

Resto negado

Otros medicamentos que tome: vitaminas y AINES ocasional

AGO:

Menarca: 18 años.

Ritmo: 4 x 30

Flujo menstrual: leve, rojo rutilante sin cambios de color.

Mastitis: nunca.

IVSA: 26 años

Parejas sexuales :1

MPF: nunca

DOC: nunca

Dispareunia: nunca

FUR: hace 10 años G2P0C2A0

Padecimiento actual con seriación miasmática.

Refiere el familiar (esposo) que inició hace tres semanas con tos productiva (2, 3), hialina, con fiebre (2) no cuantificada de predominio vespertino, hiporexia (3), con debilidad, artralgias y mialgias (1, 2, 3). Hace dos semanas con evacuaciones con sangre (3) que cedieron posterior a tratamiento no especificado, se negó a ir al hospital porque decía que ya se iba a morir (3). Es traída porque ya no come ni bebe agua desde hace una semana (1, 3). Como ya no responde, ni puede decidir (1), fue traída al hospital.

Síntomas mentales (recogidos posterior a recuperación plena de la conciencia).

Como esta de ánimo: refiere que al ingresar se sentía con miedo, hoy se siente tranquila por el trato brindado.

Cómo están sus relaciones interpersonales: las refiere independientes, no se cuestiona nada con familiares, no hay afecto, solo convienen en la misma casa.

Qué experiencias en su vida le han afectado profundamente: no poder caminar bien y últimamente la muerte de su nuero.

Cómo hace frente a sus problemas: les avienta piedras a sus animales (chivas).

Qué situaciones la hacen llorar: ninguna

Cómo responde ante el Consuelo: siente paz, tranquilidad, confianza.

Cuánta tolerancia tiene a la espera: poca

Temor o miedo: no

Bajo qué circunstancias se vuelve celoso: cuando recibe poca atención

Qué actitud toma ante la muerte: lo ve como algo normal, sin miedo.

Qué piensa de la rectitud, justicia, puntualidad: no conoce los términos.

INTERROGATORIO POR SISTEMAS

Cefaleas: ocasionales predominios en tarde/noche desde hace 1 mes mejora con AINES.

Oídos: audición disminuida en oído izquierdo.

Boca: caries molares.

Garganta: dolor de predominio nocturno.

Aparato digestivo: heces blandas pastosa 4 veces por semana. 1 semana antes del ingreso con evacuaciones diarreicas, leve/moderadas 3 veces al día.

Urinario: micciones escasas, solo por la mañana. Aspecto oscuro sin olor.

Respiratorio: tos productiva hialina, de predominio nocturno

Aparato circulatorio: palpitations todo el día, que son más intensos en la tarde o noche.

Piel: seca, sudoración tarde o noche en cara y tórax.

Exploración física (a su ingreso).

Paciente femenino de edad aparente mayor a la cronológica, mal estado general, caquéctica, con muy pobre masa muscular, soporosa, con mucosas secas, campos pulmonares con abundantes estertores finos, hipoventilados, con zonas de hipersonoridad, respiración muy superficial, respuesta a estimulación osteomuscular presente pero muy débil. Abdomen en batea, blando y depresible, se palpa órganos muy fácilmente por la pobre capa lipídica, no hay visceromegalias, extremidades con hipotrofia muscular importante, acortamiento de pierna derecha. Presenta úlcera sacra de aproximadamente 10 x 10 cm, que involucra lesión y

necrosis de la dermis con exposición de tejido celular, con fondo fibrinoso y exudado purulento.

Signos Vitales TA 80/60 FC 112 FR 34 tem 36.1 °C peso 29.4 talla 1.40 mts.

Diagnósticos nosológicos.

Paciente ingresa a hospital con alteración de su estado de conciencia, con valor de 8 en la escala de coma de Glasgow, con deshidratación y desequilibrio electrolítico severo; los exámenes de laboratorio evidencia una nula respuesta inflamatoria, con leucopenia marcada, sobre todo en el número de linfocitos y anemia microcítica hipocrómica, con hemoglobina de 7.7 grs/dl; desnutrición grado III, con una úlcera sacra infectada, disminución de respuesta en los reflejos osteotendinosos; la telerradiografía de tórax con patrón miliar de la tuberculosis, con resultado positivo a la presencia de bacilo tuberculosos en esputo, heces y orina, cultivo positivo a cándida en exudado de la úlcera sacra. El manejo que se le dio de urgencia fue: la administración de soluciones electrolíticas, dexametasona, levofloxacino, metronidazol, omeprazol, multivitaminas, metoclopramida, budesonide nebulizaciones, MVI, sales de potasio, paracetamol y sucralfato.

Los diagnósticos nosológicos corresponden con tuberculosis pulmonar miliar, complicada con afección de aparato digestivo y urinario, con datos de inmunocompromiso avanzado y sobreinfección por cándida en úlcera sacra por presión, desnutrición severa grado III, sepsis, desequilibrio hidroelectrolítico severo y anemia.

- Tuberculosis pulmonar miliar.
- Tuberculosis intestinal.
- Tuberculosis renal.
- Úlcera sacra por decúbito infectada.
- Desnutrición grado III
- Inmunocompromiso.
- Sepsis.
- Desequilibrio hidroelectrolítico severo.

Diagnóstico individual.

Se trata de una mujer que ha aprendido a callar y ocultar todas sus inconformidades de la vida, característica de todas las mujeres tarahumaras, que se les ha enseñado a no expresar sus inquietudes y a negar sus derechos en beneficio de los varones, como consecuencia viven sus problemas en silencio, siendo objeto constante de violencia contra su integridad física, mental y emocional, tanto de los mismos integrantes varones de su etnia como de los llamados chabochis (mestizos) que conviven con ellos. El caso particular de esta paciente, cansada de ver como la enfermedad de la tuberculosis ha derrotado a varios miembros de su familia, ya que varios integrantes de la misma, han padecido y muerto por la causa que a ella le aqueja, aunado a la fatiga crónica de no mirar mejoría en la propia condición de salud, que al contrario, se va deteriorando, finalmente su voluntad es subyugada al igual que su cuerpo, decide que ha llegado el momento de su muerte, y se abandona a lo que en este momento considera irremediable. Es en esta condición de derrota de toda su energía vital, con afección física extrema por la sepsis bacteriana y la condición de su voluntad subyugada, que es llevada al hospital, aun en contra de la decisión expresa antes de caer en esta extrema condición, de no recibir ayuda de nadie.

Diagnóstico integral.

La condición de esta paciente corresponde con un miasma syphilitico, con un miasma crónico de base psórico, secuelas de polio, con una falla orgánica, compromiso inmunológico y una sepsis de origen respiratorio secundario, complicado por una condición de desnutrición severa que caracteriza a los integrantes de la etnia tarahumara, lo cual coexiste con una diátesis infecciosa; con severos obstáculos a la curación por lo inaccesible de la zona agreste donde vive y la lejanía de la provisión de los servicios fundamentales para la salud y la vida; además del problema de la comunicación por las variantes de la lengua tarahumara y la característica cultural de lo reservado de las mujeres para comunicar sus

pensamientos, particularmente a los extraños y personas del sexo opuesto. Esta situación es agravada en las últimas dos semanas, en las que además de la alteración morfológica y el desequilibrio hidroelectrolítico, la condición mental de la paciente y la abolición de su voluntad favorece el deterioro rápido y progresivo, estando en riesgo de morir en las horas próximas a su ingreso al área hospitalaria. En esta etapa de la evolución de la enfermedad que presenta, desde el punto de vista de la medicina convencional y en base a experiencia de casos similares, con un pronóstico muy pobre para la vida y la función.

Diagnóstico miasmático.

Miasma actual syphilitico crónico con agudización e imbricación de miasma psórico. La base psórica de evolución crónica característica de la etnia tarahumara, combinado con alteraciones sycósicas. En cuanto al miasma heredofamiliar, ya que la enfermedad de la tuberculosis se viene repitiendo en las generaciones previas, esto corresponden con un miasma psórico

Diagnóstico medicamentoso.

En base a lo descrito en la materia médica con respecto a la múltiple sintomatología exhibida del Lycopodium, se decide por este remedio como prueba para la etapa inicial de urgencia, ya que tiene efecto conocido en la mayoría de los órganos alterados en esta paciente: digestivo, respiratorio, urinario, inmunológico, mental, metabólico, etc. Dilución de 6ª CH, en gotas, frecuencia de c/8 hrs, inicialmente y luego cada 6 hrs., 5 a 10 gotas.

Pronóstico.

Por estadística y por la experiencia previamente recogida con pacientes similares, la condición de la paciente en cuestión obliga a esperar un pronóstico pobre, con la posibilidad de muerte en las próximas 48 a 72 hrs. en caso de no intervenir en la historia natural de la enfermedad.