



homeopatía
pediátrica

*Cuadernos de homeopatía
en pediatría*

4 | **Alergia respiratoria en pediatría**

Alergia a los pólenes



Autores:

Dr. Francisco-Pedro García López

*Jefe de Pediatría del Hospital San Jaime.
Especialista en Alergología e Inmunología
Clínica Pediátrica.
Torrevieja - Alicante*

Dr. Roberto Pelta Fernández

*Especialista en Alergología.
Secretario del Comité de Rinitis y
Conjuntivitis de la Sociedad Española
de Alergología e Inmunología Clínica.
Médico homeópata.
Madrid*

Dr. Jorge Manresa Martínez

*Especialista en Pediatría.
Diplomado en Homeopatía por el C.E.D.H.
Profesor del C.E.D.H.
Director del Instituto Médico Homeopático.
Médico Homeópata.
Cartagena - Murcia*

Alergia respiratoria en pediatría

Alergia a los pólenes

Introducción general	3
Alergias a los pólenes, enfoque terapéutico	5
Historia de la alergología	18
El testimonio de un alergólogo: el interés de la homeopatía en alergología	20
Principales medicamentos homeopáticos	21
Casos clínicos	28

E
C
I
D
N
Í

Introducción General

Dr. Roberto Pelta Fernández

Doctor en medicina.

Especialista en Alergología.

Secretario del Comité de Rinitis y Conjuntivitis de la Sociedad Española

de Alergología e Inmunología Clínica.

Médico homeópata.

Madrid

Interés de la Homeopatía en el tratamiento de las alergias

Cuando las reacciones alérgicas son severas y además persistentes, pueden poner en peligro la vida del paciente. Algunos fármacos antialérgicos que se mantienen por largos períodos pueden entrañar efectos secundarios nada desdeñables, como es el caso de los corticoides orales o los inhalados a dosis altas, que pueden acarrear con el tiempo un Síndrome de Cushing yatrogénico. Por el contrario, la Homeopatía es capaz de modificar el terreno alterado del individuo atópico, reequilibrando su organismo de un modo global. Pero además dicha terapéutica tiene muy en cuenta la constelación psicósomática del paciente, que es de gran interés en Alergología, habida cuenta de la importancia de los influjos emocionales negativos para agravar la rinitis, el asma, la dermatitis atópica y otras manifestaciones de las reacciones de hipersensibilidad inmediata dependientes de la IgE. Es frecuente que los

pacientes alérgicos consuman reiteradamente antihistamínicos, que en ciertos casos aumentan el apetito, producen somnolencia y cansancio, pues aún los más selectivos atraviesan en parte la barrera hematoencefálica, fijándose en receptores cerebrales de histamina del tipo H₃, responsables de controlar el ritmo sueño-vigilia. En el caso del asma, los broncodilatadores pueden causar en determinados sujetos temblores, arritmias y nerviosismo, siendo aún más trascendentes los efectos de la impregnación esteroidea en asmáticos corticodependientes o corticorresistentes. A su vez, con el paso del tiempo, los corticoides en dosis excesivas y mantenidas por largos períodos, contribuirán al desarrollo de osteoporosis, en el caso de los niños a la aparición de retrasos del crecimiento, así como a la génesis de cataratas subcapsulares, hipertensión intraocular, hipertensión arterial y diabetes mellitus. No cabe duda de que los corticoides inhalados han cambiado drásticamente el panorama del manejo de los pacientes asmáticos, mejorando su calidad de vida, siempre que no se sobrepasen determinados límites de dosificación. Sin embargo, hay enfermos en los que la Medicina convencional ha tocado techo y no puede ofrecerles un alivio satisfactorio.

Alergias a los Pólenes

Enfoque terapéutico

DR. FRANCISCO-PEDRO GARCÍA LOPEZ
Jefe de Pediatría del Hospital San Jaime
Especialista en Alergología e Inmunología Clínica Pediátrica
Torrevieja - Alicante

Introducción

La especialidad "Alergología e Inmunología Clínica Pediátrica" se define como una súperespecialidad, contemplada como área específica de la pediatría, que requiere para su ejercicio realizar después de la especialidad de pediatría, un periodo suplementario (mínimo de dos años), de formación acreditada en el área de las enfermedades alérgicas e inmunológicas.

Un estudio alergológico puede hacerse desde los primeros meses de vida y debe ser realizado por el especialista, pues así se minimizan los riesgos y se asegura la más correcta interpretación de las pruebas diagnósticas, posibilitando la instauración del tratamiento óptimo. La instauración del mismo de forma precoz es fundamental para mejorar la calidad de vida del paciente y evitar que afecte a su desarrollo psico-social.

Se estima que un 20% de la población sufre algún proceso alérgico y que este porcentaje alcanzará el 50% para el año 2050.

En la actualidad el volumen de alérgenos conocidos supera los 1.500.

Alergia respiratoria - Revisión

Se define así al conjunto de patologías de las vías respiratorias altas (rinitis/rinosinusitis) o bajas (asma), consistentes en una inflamación de las mucosas, ocasionada por una hiperreactividad frente a proteínas inhaladas, ante las que el paciente presenta una particular sensibilidad (aero-alérgenos: ácaros, epitelios de animales, pólenes, etc...).

Actúan como agravantes y/o desencadenantes:

❑ Respirar aire frío.

❑ Estar en ambiente cargado de tabaco (el riesgo de asma es 5 veces superior en hijos de padres fumadores), en lugares donde hay humos (cocinas de leña, en la cocina cuando se hacen "fritos"....).

❑ Estar donde haya olores muy fuertes o irritantes: cuarto de baño (uso de lacas, tintes, etc...), pinturas, etc...

❑ Ciertas infecciones, sobre todo virales y principalmente el virus de la gripe.

La alergia respiratoria es la causa más frecuente de enfermedad crónica en la infancia, pudiendo repercutir ocasionando graves trastornos en el niño (absentismo escolar, dificultades en el desarrollo físico y psicosocial) y en la familia (problemas de angustia y de tipo económico).

Un factor importante en el desarrollo de enfer-

medades alérgicas es la predisposición genética a estar sensibilizado, estando implicados genes situados en los cromosomas 5 y 11.

Fisiopatología

Al establecer contacto con el paciente, generalmente por vía inhalatoria o tópica, el alérgeno es captado por el macrófago que lo presenta a los linfocitos T.

Los linfocitos T activados producen citoquinas que a su vez activan los linfocitos B, los cuales se transforman en células plasmáticas, productoras de IgE específica muy citofílica que se fija a receptores específicos en la superficie celular, que pueden ser:

- de alta afinidad: la unión es rápida y la disociación es lenta. Se encuentran en las células cebadas o mastocitos y en los basófilos.

- de baja afinidad: se encuentran en macrófagos, monocitos, eosinófilos, plaquetas y linfocitos.

La unión de las moléculas IgE fijadas en la superficie celular y del antígeno activa la célula y libera los mediadores químicos correspondientes, bien sean preformados o generados de nuevo.

Polinosis

Se define así la alergia respiratoria (y/o ocular), causada por alérgenos contenidos en los granos de polen (a través de un mecanismo mediado por la IgE).

Los alérgenos del polen también se pueden encontrar en diversos alimentos, por lo que muchos pacientes alérgicos a pólenes tienen asociada una intolerancia a alimentos, lo cual reduce sustancialmente su calidad de vida.

El grano de polen es la célula sexual masculina de las plantas con flores, que trata de encontrar un receptor en una planta femenina de la misma especie, mediante la polinización:

❑ Anemófila: a través del viento. Son los pólenes que nos interesan como productores de alergia.

❑ Entomófila: a través de los insectos.

Los pólenes alergénicos varían según la vegetación y el clima.

En general predominan los pólenes:

❑ De árboles durante el invierno y al principio de la primavera.

❑ De gramíneas durante la primavera.

❑ De malezas durante el verano y otoño.

El tamaño de los pólenes oscila entre 5 y 200 micras, siendo el de los implicados en las alergias entre 20 y 40 micras.

Los más grandes son los de las gramíneas cultivadas, como el maíz (100 micras).

Además del tamaño, el grano de polen tiene un conjunto de características (forma, estructura) que posibilitan su identificación (especie, género, familia de la que procede).

Por medio de captadores aerobiológicos se efectúan recogidas de material atmosférico que permiten disponer de un calendario polínico orientativo, según la época y zona geográfica, y así poder informar a los pacientes de las fechas de inicio y finalización de polinización de los vegetales concretos, inductores de su alergia, para que puedan optimizar las medidas de evitación y el tratamiento medicamentoso.

Prevalencia de la polinosis

De los pacientes que acuden por primera vez a una consulta de alergología, la polinosis afecta al 26,5%, siendo la causa más frecuente de rinoconjuntivitis alérgica (51,8% de éstos) y la segunda causa de asma bronquial alérgica (30,2% de éstos).

Hay doble prevalencia de polinosis en el medio urbano que en el rural, a pesar de que en este último, las concentraciones de pólenes son más elevadas.

Las gramíneas constituyen una familia muy importante, que consta de unos 650-750 géneros y alrededor de 12.000 especies; son la causa más importante de polinosis en Europa, debido a la gran alergenidad de sus pólenes y a su extensa distribución (20% de la superficie vegetal del mundo).

“Marcha de la alergia”

Se denomina así al desarrollo progresivo de la alergia en relación con la edad.

Eccema → trastornos gastrointestinales → rinitis → asma → asma del adulto.

Diagnóstico

Debe ser lo más precoz posible, para saber la etiología específica de alergia:

1. El diagnóstico se basa y fundamenta en la "Historia Clínica" personal y en los antecedentes familiares. Además, la interpretación de las pruebas de alergia se fundamenta en su concordancia y/o compatibilidad con la historia clínica.

2. Pruebas "in vivo":

a) Pruebas cutáneas.

Requieren utilizar un control negativo (suero fisiológico) y otro positivo (habitualmente la histamina), con los que comparar los demás resultados.

• **Prick-test** (puntura). Son las pruebas más habituales. No existe un límite inferior de edad para su realización. Se realiza colocando gotas de los extractos que se quieren estudiar y de las soluciones control, generalmente en la superficie volar del antebrazo, posteriormente con una lanceta se hace una punción oblicua a través de la gota, con un

pequeño ángulo. Se obtienen resultados rápidos, con una alta sensibilidad y especificidad y bajo coste. La prueba es sencilla y segura.

Debe suspenderse el uso de antihistamínicos entre 3 y 7 días antes de su realización.

• **Intradérmicas.** Consiste en la inyección intradérmica de 0,05 – 0,07 ml de extracto alérgico, formando una pápula de 2-3 mm de diámetro. Estas pruebas pueden desencadenar reacciones sistémicas en aproximadamente un 0,5% de los pacientes testados; por lo que deben obtenerse los datos precisos en la anamnesis, con el fin de efectuar las diluciones adecuadas. La concentración es de 1.000 a 10.000 veces menor que en la prueba de prick-test.

• **Epicutáneas** (del parche). De hipersensibilidad tardía (reacción Tipo IV). Consiste en la aplicación de una determinada sustancia, a una concentración ya establecida, sobre la piel de la espalda del niño, durante 48-72h. Se leen al tercer día.

b) Test de provocación (bronquial, nasal).

Consiste en poner de manifiesto la sintomatología clínica referida por el paciente tras la exposición al alérgeno, cuando no es posible demostrarlo por otras técnicas diagnósticas. Configura la relación causa/efecto, entre la exposición al alérgeno y los síntomas clínicos. Se realizan con extractos estandari-

zados a concentraciones crecientes 100-1.000 veces, diez minutos después de una prueba negativa, sin que exista el riesgo de reacciones severas.

La prueba de provocación puede ser específica o inespecífica. La negatividad de este test no excluye la implicación causal de un alérgeno determinado.

Este test con frecuencia no se realiza por ética, por los riesgos que conlleva y se establece la inmunoterapia en parte de forma empírica, basándonos en el resto del estudio (básicamente: historia clínica + prick-test y/o cuantificación de IgE específicas).

3. Pruebas "in vitro":

- Cuantificación de IgE sérica y eosinofilia: poca sensibilidad y especificidad.

- Determinación sérica de IgE antígeno-específica.

Actualmente, tiene una especificidad y sensibilidad situadas en un rango de fiabilidad diagnóstica del 85-95%.

- Determinación de IgE. Parece tener un papel protector, bloqueando los receptores de la IgE.

- Test de liberación de histamina. Reservado para fines investigacionales. Cuantifica la cantidad de histamina del basófilo tras la reacción alérgica.

- Test de activación de basófilos.

- Determinación de triptosa. En un individuo normal es indetectable. Se libera de los mastocitos junto con la histamina, en las enfermedades alérgicas y en las reacciones anafilácticas.

Terapéutica

1. Tras identificar la causa de la alergia, lo más importante es intentar evitar en lo posible la exposición a dichos alérgenos (inhalantes, alimentarios, etc...) así como a los otros factores desencadenantes (tabaco, gripe, etc...).

Es muy eficaz la educación y el entrenamiento en autocuidados y en la correcta utilización de los dispositivos de inhalación, debiendo comprobar el especialista, que el paciente los usa de forma adecuada.

2. Inmunoterapia específica (vacuna antialérgica). Según la OMS es el único tratamiento etiológico disponible, que puede alterar el curso natural de las enfermedades alérgicas, cuando no es posible o es insuficiente evitar el alérgeno responsable.

La duración recomendada del tratamiento es de 3-5 años.

Consiste en la administración generalmente subcutánea (con tendencia a pautas de corta duración), de dosis progresivamente crecientes de extractos protéicos del alérgeno al que está

sensibilizado el paciente, con la finalidad de conseguir la inducción de cambios inmunológicos que posibiliten la tolerancia al alérgeno. La primera inyección de cada nueva tanda debería aplicarse en la consulta del alergólogo. Tras la inyección, el paciente debe permanecer en observación durante un mínimo de 20-30 min, por si aparecen reacciones adversas.

Actualmente va en aumento la tendencia a utilizar la vía sublingual.

La inmunoterapia debe ser indicada y controlada por especialistas alergólogos.

Es más eficaz en niños y adultos jóvenes que en edades posteriores de la vida.

3. La intervención terapéutica precoz, con el fin de restaurar la calidad de vida, prevenir la progresión de la enfermedad y mejorar el control de la misma.

Asma alérgico

Definición

Es una inflamación de la mucosa del árbol traqueo-bronquial, con obstrucción variable y reversible –broncoespasmo-, por hiperreactividad a estímulos, ocasionando episodios recurrentes de sibilancias y disnea de predominio espiratorio (hipoventilación), con periodos intercríticos aparentemente normales que conduce a una limitación en el flujo aéreo y a una posterior remodelación de la pared bronquial.

Clínica que suele aparecer:

Se respira con dificultad, sensación de opresión en el pecho, pitidos al respirar, tos muy seguida y molesta (sobre todo nocturna).

Prevalencia

En nuestro país es del 6,4%. Tiende a presentarse en los primeros años de vida: el 85% en menores de 5 años y el 74% en menores de 14 años.

Diagnóstico

1. Historia clínica detallada.

En los menores de 3 años predomina la hipersecreción sobre el broncoespasmo.

2. Exploración física: general y del aparato respiratorio completo.

3. Exploración funcional respiratoria:

- Determinación del flujo máximo (pico-flujo).

- Espirometría basal (mediante espirómetros o neumotacógrafos).

- Respuesta a broncodilatadores. Consiste en realizar una espirometría basal y tras comprobar que existe un patrón obstructivo, repetirla a los 10 minutos de haber administrado un β -adrenérgico inhalado de acción rápida (200 μ g de salbutamol o equivalente)

- Determinación de hiperreactividad bronquial (pruebas de provocación) :

- Inespecífica a

- metacolina, histamina.

- test de esfuerzo.

- Específica a alérgenos concretos.

Nos proporciona el diagnóstico etiológico definitivo.

- pletismografía corporal (chaquetilla neumática).

- resistencia de las vías aéreas, por oclusión.

- pulsiosimetría.

4. Estudio alérgico:

- IgE total y eosinofilia en sangre.

- IgE específicas.

- Prick-test.

- Marcadores de la inflamación: óxido nítrico exhalado.

5. Técnicas de imagen:

- Radiográficas :
 - Torax, senos paranasales, cavum
 - Torax en inspiración y espiración
- TAC
- Gammagrafía

6. Otros estudios: cuando proceda, según la historia clínica: test de sudor, Ig, α 1-antitripsina, tránsito digestivo superior, pHmetría esofágica. Mantoux.

Tratamiento

1. Autocuidados.

Con respecto al ejercicio: éste no está prohibido. El alergólogo determinará el nivel de esfuerzo físico que puede hacer.

- Se protegerá al niño, con medicación "previa" al ejercicio físico intenso.
- Se deberán realizar ejercicios de precalentamiento.
- Los profesores deben estar informados lo mejor posible del asma del niño.

2. Inmunoterapia.

3. Tratamiento de mantenimiento.

Se utiliza de forma continuada. Puede ser con:

- Antileucotrienos (montelukast).

- Corticoides inhalados a dosis bajas : budesonida, fluticasona, beclometasona.

En lactantes y niños pequeños los inhaladores presurizados se aplican con cámara espaciadora rígida (no plegable) que llevan una mascarilla adaptadora en uno de sus extremos.

En niños mayores se pueden utilizar los sistemas de inhalación de polvo seco que no precisan de cámara espaciadora.

Actualmente se utilizan menos:

- Las cromonas: cromoglicato disódico, nedocromil sódico.
- El ketotifeno.
- Los anticolinérgicos: bromuro de ipratropio.

No han demostrado eficacia: los antihistamínicos, los mucolíticos o los antibióticos.

4. Broncodilatadores.

β 2-adrenérgicos. Constituyen la primera línea de tratamiento.

- Inhalados. De elección, por presentar mayor efectividad con menos efectos secundarios.

○ De inicio de acción rápido ("de rescate"):

- salbutamol (de duración corta)
- terbutalina (de duración corta)
- formoterol (de duración prolongada)

- De inicio de acción lento:
 - salmeterol (de duración prolongada)
- Orales: salbutamol, terbutalina, bambuterol.

5. Corticoides.

- Inhalados.
- Sistémicos : IM, IV y sobre todo orales: deflazacort, prednisona, prednisolona, metilprednisolona. Son medicamentos potentes, se usan en caso de síntomas intensos que no mejoran con otros fármacos.

6. Metilxantinas.

Sobre todo orales: mepifilina, teofilina.

Rinitis alérgica

Fisiología de la nariz

La nariz constituye la puerta de entrada del aparato respiratorio, siendo la respiración nasal fundamental para filtrar, calentar y humidificar unos 10.000 litros de aire cada día, en un ser humano normal. La mucosidad nasal es rica en sustancias antimicrobianas (lisozima, lactoferrina, interferón), granulocitos con gran poder fagocítico, linfocitos T y B, IgA secretoria e IgG y los cilios vibrátiles, en continuo movimiento hacia la faringe, movilizan el mucus, todo esto constituye un importante mecanismo de defensa (se retienen las partículas superiores a 10 micras).

En la nariz reside el sentido del olfato: la percepción de un determinado olor despierta en nosotros emociones (perfumes, alimentos, bebidas...), recuerdos agradables o desagradables de nuestra infancia, señales de alerta ante situaciones de peligro (olor a gas, alimentos en mal estado...).

Definición

Es un cuadro clínico de hiperreactividad de las fosas nasales, provocándose un proceso inflamatorio mediado por IgE (reacción de hipersensibilidad Tipo I) que aparece tras la exposición de estas mucosas sensibilizadas, a la

acción de un alérgeno, que da lugar a la degranulación de los mastocitos sensibilizados, seguida posteriormente de la infiltración por eosinófilos de la mucosa (y también por: basófilos, linfocitos T y leucocitos de adhesión molecular) que, al liberar sus propios mediadores, perpetúan la reacción inflamatoria y provocan una reaparición de los síntomas (hiperreactividad nasal inespecífica), que implica que presentará sintomatología nasal muy florida, frente a estímulos no alérgicos (aire frío y seco, cambios de temperatura, ambientes contaminados, etc...)

Clínica

Estos pacientes suelen presentar: estornudos en salva, prurito nasal intenso, rinorrea acuosa, edema visible de mucosa y obstrucción nasal. La rinitis alérgica puede ocasionar trastornos del sueño ya que aumenta la probabilidad de apnea del sueño, hipopnea y ronquidos, causando un mayor número de microdespertares.

El sueño insatisfactorio ejerce efectos negativos sobre las actividades diarias y los niveles de energía, que se ven limitados, así como en el estado de ánimo del paciente (sentimientos de frustración e irritabilidad).

Esta falta de sueño nocturno reparador ocasiona en los niños problemas conductua-

les, escasa concentración, irritabilidad, pérdida de interés en las actividades educativas y sociales, y fatiga. En adolescentes, se afecta la capacidad de aprendizaje fundamentalmente debido a problemas de concentración.

La rinitis puede ser intermitente o persistente en función de la frecuencia y la duración de los síntomas.

La valoración de la gravedad debe hacerse a partir de la percepción que el paciente tiene de la discapacidad provocada: leve- moderada- grave.

Prevalencia

Es poco frecuente en niños pequeños, aumentando la prevalencia con la edad, siendo en nuestro país del 4'9% y en la población general de los países desarrollados del 10-20%

La polinosis constituye el 75% de las rinitis alérgicas.

La inflamación subyacente hace de la rinitis una enfermedad evolutiva hacia:

- Un empeoramiento sintomático.
- Una extensión regional (conjuntivitis, sinusitis, otitis media).
- Una progresión al asma (el 40% de los pacientes con rinitis sufre asma).

Diagnóstico

1. Historia clínica.

2. Exploración física general.

3. Pruebas alérgicas, para el diagnóstico etiológico.

4. Otras exploraciones complementarias:

- Técnicas de imagen
 - Radiografía (senos paranasales, cavum).
 - TAC.
 - Resonancia magnética.
 - Angiografía (convencional o digital).
 - Ecografía.
- Rinoscopia (inspección nasal simple) y endoscopia nasal.
- Rinometría acústica: es una exploración pasiva y estática, no requiere la colaboración del paciente. Es una técnica rápida y no invasiva que consisten en la propagación y reflexión de una onda acústica en la cavidad nasal, que se modifica según las estructuras que encuentra en su camino, y nos aporta una información geométrica, sobre áreas y volúmenes en las fosas nasales.
- Rinomanometría anterior informatizada. Es una exploración activa, que aporta información funcional y dinámica.

- Peak-flow nasal.
- Medición del óxido nítrico.
 - Lavado nasal.
 - Pruebas de provocación nasal.
 - Citología nasal: aparece aumento del número de eosinófilos en la mucosa nasal.
 - Estudio del movimiento ciliar con microscopía electrónica.
 - Estudio funcional del drenaje mucociliar con indicadores: colorantes (azul de metileno), radioisótopos (tecnecio), edulcorantes (sacarina). Se cuantifica el tiempo de paso de estos indicadores desde la fosa nasal a la orofaringe.

Tratamiento

1. Se deben evitar los alérgenos y otros factores desencadenantes.

2. Inmunoterapia.

No está claro si ésta evitaría la futura aparición de asma aunque parece que sí en la rinitis polínica.

3. Irrigación naso-sinusal con spray de "agua marina".

4. Esteroides.

- Tópicos nasales: mometasona, fluticasona, triancinolona.

- Orales.

5. Antihistamínicos.

Actúan sobre los síntomas de picor e inflamación.

- Tópicos nasales: azelastina.
- Orales. Sobre todo los de segunda generación (menos sedantes):
 - Levocetirizina.
 - Elastina.
 - Deshoratadina y rupatadina (metabolitos activos de loratodina).

6. Vasoconstrictores – β -adrenérgicos.

Mejoran los síntomas de obstrucción nasal.

- Tópicos nasales: oximetazolina, xylometazolina.
- Orales: fenilefrina, fenilpropanolamina, pseudoefedrina.

7. Otros fármacos tópicos nasales: anti-colinérgicos, cromonas.

MEDIDAS DE CONTROL AMBIENTAL PARA PACIENTES ALÉRGICOS A PÓLENES

1- Conocer la planta y la época de polinización del polen causante de la polinosis.

2- Mantener las ventanas cerradas por la noche. Utilizar aire acondicionado con filtros.

3- Disminuir las actividades al aire libre entre las 5 y las 10 de la mañana (emisión de pólenes), y de 19 a 20 de la tarde (periodo de descenso del polen desde lo alto de la atmósfera, al enfriarse el aire).

4- Mantener las ventanillas del coche cerradas durante el viaje. Poner filtros al aire acondicionado del automóvil.

5- Permanecer el mayor tiempo posible dentro de casa o en el interior de algún edificio durante los días de mayores concentraciones de pólenes. Durante el periodo álgido de polinización, evitar salir, sobre todo días soleados o de viento.

6- Tomarse las vacaciones durante el periodo álgido de polinización y elegir una zona libre de pólenes (una zona de playa, por ejemplo).

7- Evitar cortar el césped o tumbarse sobre él.

8- No secar la ropa en el exterior durante los días de recuentos altos. El polen puede quedar atrapado en ella.

9- Ponerse gafas de sol al salir a la calle.

10- Seguir los recuentos de pólenes.

11-Tomar la medicación prescrita.

Bibliografía del Dr. García López: Diagnóstico de las enfermedades alérgicas en el niño. Acta Pediátrica Española 2005, 63, 2-7//Alergología y Asma. Información clínica Unicap//Rinitis alérgica. Xabier Leon. Italfarmaco.

Historia de la Alergología

Dr. Roberto Pelta Fernández

Doctor en Medicina.

Especialista en Alergología.

Secretario del Comité de Rinitis y Conjuntivitis de la Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica.

Médico homeópata.

Dr. John Bostock, todo un pionero

En 1819 John Bostock nacido en 1773 en Liverpool y catedrático de Fisiología de las Universidades de Liverpool y Londres, comunicó sus propios síntomas alérgicos en el transcurso de una reunión de la Sociedad Médico-Quirúrgica de Londres, bajo el título de "*Case of a periodical affection of the eyes and chest*" ("Un caso de afección periódica de los ojos y del pecho"); se trataba de un cuadro catarral, que a diferencia del coriza común únicamente se manifestaba durante la estación del heno en Inglaterra (junio y julio). Fue en 1828 cuando Bostock publicó un interesante trabajo titulado "*On the catarrhus aestivus or summer catarrhus*", donde reunía las observaciones de dieciocho casos similares al suyo, empleando por vez primera en la literatura médica el término "hay-fever" o "fiebre del heno", aunque rectificó entonces sus opiniones iniciales respecto al origen de la polinosis, rechazando la idea de que pudiera existir alguna relación entre tal afección y el calor, la radiación solar o la exposi-

ción al heno, al pasto seco u otra planta cualquiera. Curiosamente Bostock creyó que la polinosis era más frecuente entre los aristócratas, llegando a ser considerada dicha afección por algunos nobles de la época como signo de distinción. Con posterioridad sus observaciones cayeron en el olvido, siendo numerosos los médicos que siguieron confundiendo el "catarro de verano" con coriza común, ya que ignoraban su característica más destacada: la recidiva de los síntomas en una época determinada del año.

Dr. Charles Harrison Blackley: investigador y homeópata

Tendrían que pasar más de 40 años tras las observaciones de Bostock para que otro médico inglés, el Doctor Charles Harrison Blackley que nació el 5 de abril de 1820 en la localidad de Bolton, contribuyese con sus aportaciones al mejor conocimiento de la "polinosis". Comenzó como aprendiz en un taller de grabado, asistiendo a clases nocturnas en el Mechanics Institute donde aprendió Química, Botánica, Física y Griego. A partir de 1858 se dedicó a la práctica de la Homeopatía en Manchester, tras ser tratado de la alergia al polen que padecía por un practicante de dicha disciplina llamado Doctor David, que le inculcó el interés por las teorías del Doctor Samuel Hahnemann (1755-1843), precursor de la doctrina homeopática. Blackley llegó a ser editor de una revista titulada "Manchester Homeopathic Observer", pero posterior-

mente estudió Medicina en "The Pine Street Medical School", graduándose en 1874 y siendo miembro destacado del "Royal College of Surgeons". Preocupado por su reputación como homeópata, temiendo que algunos de sus contemporáneos le considerasen un charlatán, acudió a la Universidad de Bruselas para completar su formación postgraduada. Un buen día uno de sus hijos colocó en una habitación de la casa un florero con un ramo de grama (*Poa nemoralis*) y al echarle un poco de agua observó que se desprendieron unas pequeñas cantidades de polen cerca de su cara, comenzando a parpadear y estornudar, pues se reprodujeron los mismos síntomas de la afección veraniega que padecía hacía años. A continuación decidió efectuar algunos experimentos en su propia persona y en 1873 escarificó su piel y se frotó la misma con una gramínea humedecida, observando que en un breve lapso de tiempo aparecía un enrojecimiento de aquélla y que se formaba una pápula. Había descubierto las famosas "pruebas cutáneas", que continúan siendo una herramienta diagnóstica fundamental en Alergología. A fin de determinar la distribución ambiental del polen Blackley construyó un dispositivo dotado de un mecanismo de relojería, que le permitía exponer unas superficies adherentes durante un intervalo de tiempo dado en la atmósfera. Era el primer colector de pólenes de la Historia, consistente en un barrilete a modo de cometa al que incorporó en su zona central un portaobjetos vertical, untado previamente con vaselina; logró elevar su

ingenio a más de 500 metros de altura y cada 24 horas desmontaba el portaobjetos de la cometa y lo observaba al microscopio, para identificar y efectuar el conteo de los diversos pólenes. Efectuó mediciones tanto en el campo como en la ciudad y se apercibió de la influencia del viento, el calor y la humedad sobre la distribución del polen. Halló mayores recuentos de polen en las jornadas calurosas que en los días fríos y nublados, sobre todo si lucía un sol brillante y además había viento. Blackley trazó curvas estacionales de los niveles de polen, comprobando las variaciones diarias y los cambios relativos a cada estación. También logró reproducir los síntomas de la "polinosis" en sí mismo y en otros pacientes al olfatear el "polvillo" procedente de las flores, pero además se aplicó pólenes en sus propios sacos conjuntivales y en la mucosa nasal, observando que se reproducían los síntomas característicos.

Numerosas de sus observaciones sobre "Polinosis" quedaron plasmadas en varias publicaciones y aunque era un médico de provincia, sus hallazgos no pasaron desapercibidos por sus contemporáneos.

Resulta curioso que Bostock y Blackley fueran dos galenos ingleses, alérgicos, asmáticos y uno de ellos homeópata, los que impulsaron de manera decisiva el estudio de la polinosis.

Testimonio de un alergólogo

Dr. Roberto Pelta

Escuché por primera vez la palabra Homeopatía al estudiar la asignatura de Historia de la Medicina en la carrera, al hacer referencia a la obra de Hahnemann, pero parecía que se trataba de una práctica del pasado, sin vigencia alguna en la actualidad, por lo que no me llamó la atención. Posteriormente, siendo ya alergólogo, un amigo que además de Médico de Familia es homeópata, me habló de las posibilidades terapéuticas de dicha disciplina. A pesar de mi escepticismo inicial tuve una grata experiencia al tratar a mi hija con el antigripal homeopático de referencia y comprobar cómo en tan solo unas horas se repuso completamente de un síndrome gripal, desapareciendo con celeridad las mialgias y la fiebre. Ello me animó a acudir a un seminario sobre alergias primaverales organizado por Laboratorios Boiron y a partir de entonces decidí inscribirme en el curso que organiza el Centro de Enseñanza y Desarrollo de la Homeopatía (C.E.D.H.), pues pensaba que muchos de mis pacientes se podrían beneficiar en el futuro de una práctica combinada de la Alopátia con la Homeopatía, y así ha sido.

De hecho, cada vez son más los pacientes alérgicos que reclaman terapias "alternativas",

habida cuenta de la cronicidad de sus procesos respiratorios y cutáneos y sus eventuales complicaciones como las sinusitis, las otitis y el asma bronquial. La Homeopatía ofrece la ventaja de poder modificar el terreno del sujeto alérgico que está reaccionando anómalamente y perpetuando su afección, constituyéndose así en una terapia de fondo, al margen de que también existen remedios sintomáticos muy efectivos.

Afortunadamente cada vez son más las vías de formación académica en Homeopatía que se abren en España, para que los médicos que así lo deseen puedan adquirir este tipo de conocimientos.

Principales medicamentos homeopáticos

Dr. Jorge Manresa

Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad de Murcia.
Especialista en Pediatría.
Diplomado en Homeopatía por el C.E.D.H.
Profesor del C.E.D.H.
Director del Instituto Médico Homeopático.
Médico homeópata.
Cartagena - Murcia

La elevada frecuencia de procesos de base alérgica en la sociedad actual y su progresivo incremento, hace cada vez mas difícil un estudio y tratamiento que consiga altas dosis de eficacia terapéutica, extremo éste comprobable a diario en las consultas de atención primaria.

Los medicamentos homeopáticos, por su especificidad a la hora de individualizar el síntoma en el paciente y por la posibilidad de hacer un tratamiento tanto causal como del terreno en el que se asienta la patología, permiten al médico una prescripción, bien complementaria del tratamiento alopático, bien de primera elección a la hora de tratar los procesos alérgicos. Las características particulares de los medicamentos homeopáticos y su flexibilidad posológica permiten un acercamiento terapéutico a estos procesos que debe ser considerado en todas las fases del mismo.

El abordaje de un cuadro alérgico, en este caso la alergia a pólenes, comprenderá, según el caso, la actuación a distintos niveles terapéuticos, así utilizaremos si procede:

1- MEDICAMENTOS SINTOMÁTICOS.

2- Podemos plantear un acercamiento terapéutico etiológico a través de **MEDICAMENTOS DE DESENSIBILIZACIÓN INESPECÍFICA o bien ESPECÍFICA.**

3- Y por último, y lo más importante desde el punto de vista homeopático, escoger un **MEDICAMENTO DE FONDO.**

Títulos de la colección ya aparecidos:

Cuadernos de homeopatía en pediatría



1.- El niño agitado.

Resumen de las V Jornadas del Institut Boiron. Adaptación por el Dr. Jorge Manresa. Mayo 2004.



2.- Las bronquiolitis del lactante.

Resumen de las V Jornadas del Institut Boiron. Adaptación por el Dr. Jorge Manresa. Septiembre 2004.



3.- Los trastornos del sueño en el niño.

Dra. Challamel y Dra. Bordet. Adaptación por el Dr. Eche y el Dr. Manresa. Enero 2005.



4.- Alergia respiratoria en pediatría.

Autores: Dr. Francisco Pedro García López, Dr. Roberto Pelta Fernández y Dr. Jorge Manresa Martínez.



1.- Los trastornos comportamentales en el niño.

Por el Dr. Jorge. Manresa, Pediatra - Homeópata. Mayo 2004.



2.- Los cólicos del lactante.

Por el Dr. José Luis Salazar Pico, Médico - Homeópata.



3.- Rinorreas.

Por el Dr. Jorge. Manresa, Pediatra - Homeópata.

Apuntes de homeopatía en Pediatría

LABORATORIOS
BOIRON[®]
www.boiron.es

Avenida Valdelaparra, 27 - 28108 Alcobendas - Madrid
Telf.: 91 484 04 53 - homeopatia@boiron.es