



**Universidad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila  
Facultad de Ciencias Médicas “Dr. José Assef Yara”**

## **XXXII FÓRUM NACIONAL DE ESTUDIANTES DE CIENCIAS MÉDICAS, VILLA CLARA 2020**

### **Evaluación clínica de la enuresis no orgánica tratada con homeopatía**

#### **AUTORES**

**Milena Linares-Pérez**

*Estudiante de 4to año de Medicina. Alumna Ayudante de Dermatología*

**Juan Carlos Betancourt-Pérez**

*Estudiante de 6to año de Medicina. Alumno Ayudante de Cirugía General*

**Lilisbet Rodríguez-Expósito**

*Estudiante de 6to año de Medicina. Alumna Ayudante de Neonatología*

#### **TUTOR**

**Dra. Kirenia Fontes-Martínez**

*Especialista de I grado de Medicina General Integral. Profesor instructor. Policlínico  
Universitario Sur de Morón*

**CIEGO DE ÁVILA, 2019  
“AÑO 61 DE LA REVOLUCIÓN”**

## **ÍNDICE**

<b>RESUMEN</b> .....	1
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	2
Justificación del estudio.....	5
Problema científico.....	5
<b>MARCO TEÓRICO</b> .....	6
<b>OBJETIVOS</b> .....	9
<b>HIPÓTESIS</b> .....	10
<b>MATERIALES Y MÉTODOS</b> .....	11
Contexto y clasificación del estudio.....	11
Conformación del Universo y la Muestra.....	11
Técnicas y procedimientos.....	12
Técnicas y procedimientos estadísticos .....	14
Consideraciones éticas .....	14
<b>RESULTADOS</b> .....	15
<b>DISCUSIÓN</b> .....	19
<b>CONCLUSIONES</b> .....	24
<b>RECOMENDACIONES</b> .....	25
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	26
<b>ANEXOS</b> .....	29

## **RESUMEN**

**Introducción:** La enuresis existe desde que el hombre salió de las cavernas y tuvo necesidad de mantener limpio el espacio donde habitaba. La enuresis es un trastorno genéticamente determinado de la maduración del sistema nervioso central.

**Objetivo:** Evaluar la evolución clínica de pacientes de 5 a 18 años con enuresis nocturna, tratados con medicamentos homeopáticos

**Materiales y Métodos:** Se realizó estudio cuasi- experimental de intervención, para caracterizar la evolución clínica de pacientes pediátricos de 5 a 18 años con enuresis nocturna no orgánica tratados con medicamentos homeopáticos, remitidos a consulta de Homeopatía del Hospital General Docente Roberto Rodríguez Fernández de Morón desde el periodo comprendido de septiembre de 2016 a septiembre de 2018. La muestra se conformó con 327 niños. Se seleccionaron al azar: Grupo estudio y Grupo control, tomando por cada caso estudio, dos casos control. Al Grupo I se le aplicaron medicamentos homeopáticos. Al Grupo II (control), se le indicaron los medicamentos establecidos para esta enfermedad. Se creó una base de datos, aplicándose el método porcentual.

**Resultados:** El grupo de edad de 5-11 años predominó (74.3%) y el sexo masculino (61,4%). En el grupo estudio 97 pacientes (89%) presentaron enuresis primaria, en el control 195 (89%). La incapacidad para despertar ocupó (80 casos 73,0%), en el grupo control 150 (68,9%). 73 (67%) pacientes del grupo estudio presentaron antecedentes familiares de enuresis de igual forma con el grupo control 98 (45%) pacientes. En el grupo estudio 83(76,1%) tuvo respuesta completa a la medicación empleada, solo un caso no tuvo respuesta, en el grupo control solo 18 (8,3%) de los pacientes obtuvo respuesta completa.

**Conclusiones:** Se concluye que la Homeopatía es una modalidad terapéutica útil en el tratamiento de la enuresis no orgánica en niños.

**Palabras clave:** niños, enuresis, medicamentos homeopáticos

## **INTRODUCCIÓN**

La enuresis existe prácticamente desde que el hombre salió de las cavernas y tuvo necesidad de mantener limpio el espacio donde habitaba, así como regular sus funciones alimentarias. Hasta finales del siglo XVII es común en todos los autores que se ocuparon del tema utilizar para el tratamiento una mezcla de medidas con cierta base racional y una dosis de magia. Sin embargo, no fue hasta el siglo XIX, cuando la pediatría se constituyó como especialidad médica, que se multiplicaron los trabajos sobre esta entidad clínica <sup>(1, 5)</sup>.

Diferentes especialidades fundamentalmente psicólogos y psiquiatras han tratado de describir sus principales características, mecanismos etiopatogénicos, así como sus diferentes alternativas de solución <sup>(5)</sup>. El diagnóstico y el tratamiento de estos problemas son un gran desafío para el especialista. Un alto porcentaje de estos pacientes corresponden al diagnóstico de disfunción miccional (DM). A la misma se la define como la alteración funcional de etiología no neurogénica de las vías urinarias inferiores <sup>(3)</sup>.

La frecuencia de disfunción miccional (DM) en niñas es de 8,4 % a los 7 años de edad, disminuyendo a 4% en la adolescencia. En niños es de 1,4 % a los 7 años de edad y disminuye a 0,9 % en la adolescencia. El uso y desarrollo de técnicas radiológicas y uro dinámicas pediátricas ha permitido detectar y definir la maduración de la función de las vías urinarias, proporcionando una base más racional para el tratamiento eficaz de la DM. Este tipo de pacientes se benefician con un abordaje interdisciplinario (pediatría, cirugía pediátrica, urología infantil y salud mental pediátrica) <sup>(3)</sup>.

La enuresis aparece como síntoma único o forma parte de varios síndromes. Puede ser de fijación, si el niño no ha logrado el control nocturno del esfínter vesical, lo cual lo diferencia de la enuresis regresiva, en la que se pierde un control ya establecido <sup>(4)</sup>. Para explicar sus causas se han invocado numerosos factores, pero aún no existe una concepción etiológica precisa. Se invocan factores culturales, basándose en el hallazgo de una mayor prevalencia rural, y de bajo nivel cultural

del grupo familiar, aunque también se ha planteado que constituye en realidad un fenómeno ligado a la fisiología del sueño, más que originado en la esfera psíquica. Este planteamiento explica la enuresis en función de la profundidad del sueño, que es tal que no funcionan los centros inhibitorios condicionados; otras concepciones de tipo psicológicas invocan, en cambio, fijaciones del desarrollo de la libido a etapas tempranas y el de la sexualidad fallida <sup>(4,6)</sup>.

La enuresis está definida tanto por la CIE-10 (Organización Mundial de la Salud 2008) como por el DSM-IV-TR (Asociación Americana de Psiquiatría) como involuntaria (o incluso intencional) incontinencia de orina en niños de cinco años o mayores después de haber descartado causas orgánicas. La incontinencia debe persistir al menos tres meses para ser considerada un trastorno. De acuerdo con la CIE-10 la enuresis se diagnostica si los episodios de emisión de orina ocurren dos veces por semana en un mes en niños menores a 7 años y una vez al mes en niños de 7 años y mayores. El criterio de acuerdo con el DSM-IV es menos preciso: el vaciado debe ocurrir un mínimo de dos semanas o debe causar malestar psicológico significativo o disminución del funcionamiento social, académico (ocupacional) u otras áreas importantes del funcionamiento. Tanto en CIE-10 como en DSM-IV-TR describen enuresis nocturna, diurna o mixta—otros subtipos no incluidos. Además, CIE-10 excluye el diagnóstico de enuresis en otros trastornos psiquiátricos. Ambos, CIE-10 y DSM-IV-TR están desactualizados y no reflejan los nuevos hallazgos en esta área. Desafortunadamente los criterios propuestos por el DSM-V no son muy útiles y pueden incluso constituir un paso atrás respecto al DSM-IV <sup>(2)</sup>. La mayoría de los casos son consistentes con un modo autónomo dominante de heredabilidad; solo la tercera parte de los casos son esporádicos. Los genes implicados aún no han sido identificados. La predisposición genética a la enuresis permanece a lo largo de la vida y puede ser reactivada por factores de riesgo incluso en la edad adulta. Los niños con enuresis tienen muchos más “signos neurológicos menores” y necesitan más tiempo para llevar a cabo tareas motoras. En los niños con enuresis se ha observado retardo del lenguaje, se ha asociado con alteraciones funcionales de la vejiga, inestabilidad del detrusor y evacuaciones disfuncionales.

Entre el 20%-40% de todos los niños con enuresis tienen trastornos co-mórbidos asociados, no sólo condiciones externalizantes como el trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y el trastorno negativista desafiante sino además trastornos internalizantes como la depresión. Estas condiciones co-mórbidas requieren una evaluación y tratamiento aparte además del tratamiento orientado a los síntomas del trastorno de la eliminación <sup>(3)</sup>. Se señala que en estos niños existe una tendencia a producir menos hormona antidiurética (HAD) por la noche. La HAD controla la producción de orina (disminuyéndola). En la mayoría de las personas existe un ritmo de secreción, de tal manera que producen más hormona de noche y por lo tanto menos orina <sup>(4,5)</sup>.

Dentro de las acciones empleadas para el tratamiento de la enuresis se encuentran los tratamientos no farmacológicos: intervenciones conductuales y físicas simples: no castigar ni reprender al niño, sistemas de recompensa como los gráficos de estrellas para las noches secas, levantar y despertar a los niños durante la noche para que orinen o el niño ponga un despertador a una determinada hora para despertar y acudir al aseo, entrenamiento para el control de la retención para aumentar la capacidad de la vejiga en casos seleccionados (entrenamiento de la vejiga) y restricción de líquidos. Este grupo de medidas terapéuticas puede ser eficaz para algunos niños con enuresis monosintomática primaria (EMP). Otras intervenciones no farmacológicas consisten en el tratamiento de la encopresis y del estreñimiento. Análogamente, la ortodoncia y la cirugía correctora de la obstrucción de vía respiratorias altas pueden ser curativas en los niños enuréticos que roncan. La hipnosis y las dietas hipo alergénicas son útiles para tratar la enuresis <sup>(3)</sup>.

Otros tratamientos conocidos son la desmopresina, los fármacos tricíclicos y las alarmas <sup>(6, 7)</sup>. En los países en vías de desarrollo es urgente actualizar e incorporar todos los medios, pero sobre todo terapéuticos de probada eficiencia y, que han sido avalados científicamente <sup>(8,11)</sup>.

## Justificación del estudio

La Homeopatía, es una disciplina que ha adaptado sus estudios a los de la medicina convencional, hace relativamente poco tiempo en comparación con otras áreas médicas. Partiendo de la concepción energética como aspecto coincidente, la homeopatía se inserta en el concepto salud-enfermedad con el mismo objetivo, el de equilibrar energía desordenada, con el fin de lograr curación o alivio de la enfermedad <sup>(9)</sup>.

La Organización Mundial de la Salud define la Medicina Tradicional como “prácticas, enfoques, conocimientos y creencias sanitarias diversas que incorporan medicinas basadas en plantas, animales y/o minerales, terapias espirituales, técnicas manuales y ejercicios aplicados de forma individual o en combinación para mantener el bienestar, además de tratar, diagnosticar y prevenir las enfermedades” y estima que al menos 75% de la población mundial ha tenido alguna experiencia terapéutica con remedios de este tipo <sup>(8)</sup>. Existen evidencias científicas que provienen de revisiones sistemáticas y metanálisis sobre la efectividad de la Homeopatía en al menos 24 indicaciones terapéuticas: diarrea en la infancia, infecciones del tracto respiratorio superior en la infancia, vértigo, fibromialgia, agitación en el periodo postoperatorio en niños, otitis media aguda, síndrome de fatiga crónica, artritis reumatoidea, adyuvante al tratamiento del paciente con VIH, insomnio, ansiedad, trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), alergias y rinitis alérgica, lumbalgia, inducción al parto, demencia, asma crónica, enuresis, depresión, ansiedad, cáncer y síntomas relacionados, insuficiencia venosa crónica y síndrome premenstrual <sup>(9)</sup>.

## Problema científico

¿Cómo se podrá a través de la utilización de la Medicina Homeopática mejorar o curar la enuresis nocturna de causa no orgánica?

## MARCO TEÓRICO

La enuresis puede clasificarse según al momento del día de su manifestación en:

- Diurna, cuando la pérdida involuntaria de orina ocurre durante las horas del día,
- Nocturna, cuando sucede durante el sueño, siendo esta última la más frecuente.

Según el control de la micción

- Primaria, cuando el niño no ha llegado a controlar la micción durante un periodo continuado de al menos 6 meses. El 80% de las enuresis son primarias.
- Secundaria, cuando ha existido un periodo previo de control de la vejiga.

Cuadro clínico

- Enuresis diurna

Su prevalencia es notablemente inferior a la nocturna, dándose en el 10% de la población infantil entre 4 y 6 años. La padecen el doble de niñas que, de niños, al contrario que en la nocturna.

- Enuresis nocturna

La enuresis nocturna es la pérdida involuntaria de orina que sucede durante el sueño. Esta enfermedad, al igual que el sonambulismo y los terrores nocturnos, es otra parasomnia que se produce durante el sueño de ondas lentas.

- Enuresis nocturna primaria

En la enuresis nocturna primaria, los trastornos psicológicos casi siempre son el resultado de una enuresis y solo raramente son la causa <sup>(2)</sup>.

Según la Asociación Americana de Psiquiatría, las posibles etiologías de la enuresis nocturna primaria consisten en un retraso del desarrollo, un factor genético, desórdenes del sueño y alteraciones de los niveles de hormona antidiurética (ADH). Por otra parte, siempre se deben excluir causas secundarias como alteraciones neurológicas, infecciones urinarias y malformaciones anatómicas de ureteres, vejiga y uretra. Otra causa de enuresis nocturna es la neuroglucopenia, una hipoglucemia que afecta al sistema nervioso central, producida por un exceso de insulinización en paciente diabético, quien normalmente presenta poliuria dentro de su enfermedad (1).

Antes de los 5 o 6 años de edad, la enuresis nocturna debe considerarse probablemente como una característica normal del desarrollo. Suele mejorar de forma espontánea en la pubertad, con una prevalecencia del 1 al 3% en la adolescencia tardía, siendo poco frecuente en la edad adulta. La edad umbral para el inicio del tratamiento depende de la preocupación de los padres y del paciente con respecto al problema.

- Enuresis nocturna secundaria

En los individuos de mayor edad con enuresis se debe establecer una distinción entre la enuresis primaria y la secundaria; esta última se define como la enuresis en pacientes que han sido completamente continentales durante 6 a 12 meses. A diferencia de la enuresis nocturna primaria, en la secundaria casi siempre la causa es psicológica. (2) Entre las causas más importantes de enuresis secundaria hay que citar los trastornos emocionales, las infecciones del aparato urinario, las lesiones de la cauda equina, la epilepsia, la apnea del sueño y las malformaciones del aparato urinario. En los pacientes con enuresis secundaria, se debe descartar la presencia de alguna causa subyacente (5).

Los estudios científicos y psicológicos indican que la enuresis puede tener tanto un tratamiento activo como pasivo. Cuando la enuresis es fuente de una importante tensión emocional, puede estar indicada la farmacoterapia sintomática, prestando la atención adecuada a las posibles causas subyacentes, es decir a los aspectos

emocionales. Se debe distinguir entre los trastornos de origen neurológico y los de etiología psicológica, que son la gran mayoría de los casos. Cuando los tratamientos "activo" y "pasivo" no terminan de resolver el problema, o bien desde el inicio de la intervención, se debe tener en cuenta el abordaje de los problemas emocionales del niño o adolescente, mediante el tratamiento Psicológico <sup>(4)</sup>.

El tratamiento activo consiste brevemente en medicación apropiada (imipramina, arginina, anticolinérgicos, etc.) para modificar el ánimo del niño, así como la dilatación de la vejiga que está íntimamente relacionada con la capacidad de contención y vaciamiento de la misma. También existen una serie de prácticas, orientadas a desarrollar el control del agujero anal (ejercicios de control de pene), así como ciertas conductas que previenen la enuresis nocturna. El tratamiento sintomático se suele realizar con cloruro de oxibutinina o con imipramina. En algunos pacientes, se ha utilizado las desmopresinas por vía intranasal <sup>(5)</sup>.

## **OBJETIVOS**

### **General**

Evaluar la evolución clínica de pacientes de 5 a 18 años con enuresis nocturna, tratados con medicamentos homeopáticos en el Hospital General Docente Roberto Rodríguez Fernández de Morón desde el periodo comprendido de septiembre de 2016 a septiembre de 2018

### **Específicos**

1. Distribuir a los pacientes según edad y sexo
2. Identificar el tipo de enuresis que presentaba cada niño
3. Identificar las características de la enuresis presentada por cada paciente
4. Clasificar a los niños según su estado nutricional
5. Determinar los factores favorecedores de la enuresis
6. Analizar la respuesta de los niños al tratamiento a largo plazo.

## **HIPÓTESIS**

La enuresis no orgánica es motivo frecuente de asistencia a la consulta de Medicina Tradicional y Natural del Hospital General Docente Roberto Rodríguez Fernández de Morón. No se han realizado en la provincia investigaciones en niños con enuresis donde se hayan empleado medicamentos homeopáticos. Existe antecedente investigativo en este contexto en otras universidades del país y en la literatura internacional que aportan elementos que propician su solución. De usarse la medicación homeopática se mejoraría la calidad de vida de los niños que sufren de enuresis, y por tanto mejoría del proceso salud enfermedad.

## **MATERIALES Y MÉTODOS**

### Contexto y clasificación del estudio

Se realizó estudio cuasi experimental, (de intervención) consistente en la evaluación clínica en pacientes de 5 a 18 años del municipio Morón, provincia Ciego de Ávila con enuresis nocturna de causa no orgánica, tratados con medicamentos homeopáticos, en el Hospital General Docente Roberto Rodríguez Fernández desde el periodo comprendido de septiembre de 2016 a septiembre de 2018

### Conformación del Universo y la Muestra

El universo se conformó por las niñas y niños de 5 a 18 años con enuresis (360), que acudieron a consulta de MTN de dicho centro. La muestra. Estuvo conformada de forma intencional por 327 pacientes de 5 a 18 años con enuresis nocturna de causa no orgánica. Se seleccionarán al azar dos grupos: estudio y control, tomando por cada caso del grupo estudio dos casos para integrar el grupo control. Según las Recomendaciones del Comité de “estandarización” de la Sociedad Internacional de la Continencia en Niños (ICCS) 1

### **Criterios de inclusión:**

- Pacientes 5 a 18 años con enuresis nocturna de causa no orgánica, que presenten micciones involuntarias de orina durante la noche por más de 1 mes de evolución, síntoma repetido y mantenido en el tiempo
- Ambos sexos.
- Sin distinción de color de piel.
- Que acepten el método terapéutico una vez explicado.
- Que firmen como constancia el consentimiento informado.

### **Criterios de exclusión:**

- Pacientes con enuresis nocturna orgánica o secundaria y pacientes con enuresis no monosintomática.

### **Criterios de salida**

- Paciente que, por libre voluntad, no deseen continuar en la investigación.
- Pacientes que, durante la aplicación del tratamiento, presentaran algún efecto indeseable que imposibilite continuar con el mismo.
- Interrupción del tratamiento por cualquier causa.

### **Técnicas y procedimientos**

Para clasificar los distintos tipos de enuresis se tuvo en cuenta los criterios del Glosario Cubano de Psiquiatría en su tercera edición (GC3), por considerar que son criterios actuales y de fácil ejecución 12.

Para descartar la enuresis de causa orgánica a todos los niños estudiados se les indicó: hemograma con diferencial, glicemia en ayunas, parcial de orina, y cuando fue necesario, Ultrasonido renal y Rx de columna lumbosacra. En los casos que existieron dudas en el diagnóstico se inter consultó el caso con el especialista en Urología. Al Grupo I (estudio o experimental), se le aplicaron medicamentos homeopáticos, en dosis de 5 gotas sublinguales 2 veces al día por 60 días en concentraciones 30 CH y las intervenciones conductuales simples sistemas de recompensa como los gráficos de estrellas dados durante las noches sin enuresis, levantar o despertar a los niños de noche para que orinen, entrenamiento para el control de la retención para agrandar la capacidad vesical (entrenamiento vesical) y restricción de líquidos.

Los medicamentos que se usaron fueron:

Argentum nitricum 6 – 30 CH. Enuresis por espasmo vesical en sujeto neurótico, ansioso, agitado e hiperactivo.

Causticum 6 – 30 CH. Debilidad o parálisis del esfínter, pérdida de orina tosiendo, emotividad, hipersensibilidad. Involuntario, se orina al toser, reír, estornudar, etc.

Cina 6 – 30 CH. Enuresis en niños con parasitosis intestinal.

Kreosotum 6 – 30 CH. Enuresis nocturna en paciente del sexo femenino con afección perianal (micosis) a veces uretral o vulvo vaginal (cándida o trichomonas). En niños cuando son difíciles de despertar.

Lycopodium 6 – 30 CH. Crisis de poliuria nocturna con enuresis en paciente urémico.

Pulsatilla 6 – 30 CH. Enuresis puberal en sujetos con crisis nocturna de excitación sexual involuntaria. Goteo estando sentado y andando, al toser, al emitir flatos, en la cama por la noche.

Sepia 6 CH. En el primer sueño.

Staphysagria 6 – 30 CH. Enuresis después de intervención endoscópica sobre la vía urinaria inferior. Es el gran remedio de los esfínteres. O en sujetos afectados de hiperplasia prostática.

Belladonna 6 CH. Simple nocturna, en sueño profundo.

Benzoicum acidum 6 CH. Cuando la orina tiene un olor muy fuerte.

Ferrum phosphoricum 6 CH. Solo de día o principalmente durante el mismo.

Kali bromatum 6 CH. Por sueño demasiado profundo (al acostarse).

Al Grupo II (control), se le indicaron las intervenciones conductuales simples sistemas de recompensa como los gráficos de estrellas dados durante las noches sin enuresis, levantar o despertar a los niños de noche para que orinen, entrenamiento para el control de la retención para agrandar la capacidad vesical (entrenamiento vesical) y restricción de líquidos.

En las consultas evolutivas realizadas a los 30, 60 y 120 días y al año de iniciado el tratamiento, se siguió la evaluación clínica de la enuresis.

#### Técnicas y procedimientos estadísticos

Se utilizó el método estadístico porcentual.

#### Consideraciones éticas

Se respetaron los principios éticos de la Declaración de Helsinki. Se obtuvo la autorización correspondiente para la realización de la investigación. A todos los pacientes incluidos en el estudio se les explicó previamente en qué consistía la prueba a que iban a ser sometidos; sus objetivos y procedimientos y la no interferencia ni modificaciones o retardo en los procedimientos terapéuticos indicados para su enfermedad <sup>(15)</sup>. Los mismos firmaron un modelo de consentimiento informado (Anexo 1).

## RESULTADOS

**Tabla 1.** Edad y sexo de los niños con enuresis. Consulta de Homeopatía. Hospital General Docente Roberto Rodríguez Fernández de Morón. Periodo comprendido entre septiembre del 2016 y septiembre del 2018.

EDAD	Grupo estudio N=109				Grupo Control N=218			
	Masculino		Femenino		Masculino		Femenino	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>5-11</b>	47	43.1	34	31.2	98	45	64	29.3
<b>12-18</b>	19	17.4	9	8.3	37	17	19	8.7
<b>Total</b>	66	60.5	43	39.5	135	62.0	83	38.0

**Fuente:** Base automatizada de datos

En la Tabla 1 se describe la edad y el sexo de los niños con enuresis, predominando el grupo etario de 5-11 años los más afectados en ambos grupos, al igual que el sexo masculino, estos resultados coinciden con los obtenidos por Esqueff Díaz y colaboradores quienes encontraron mayor frecuencia de enuresis infantil entre los 5-8 años, sin diferencias estadísticamente significativas en relación al sexo, sin embargo, aunque en menor frecuencia, se evidenció la presencia de adolescentes que mantienen la enuresis a pesar de su edad 5.

**Tabla 2.** Tipos de enuresis

Tipos de enuresis	Grupo estudio N=109		Grupo Control N=218	
	N	%	N	%
<b>Primaria</b>	97	89	195	89
<b>Secundaria</b>	12	11	23	11
<b>Total</b>	109	100	218	100

**Fuente:** Base automatizada de datos

En la tabla 2 se observó el predominio de la enuresis primaria en los pacientes estudiados. En el grupo estudio 97 pacientes (89%) presentaron enuresis primaria y en el grupo control 195 (89%). Según Saieh y colaboradores... el 80% de las enuresis son primarias y en general tienden a la resolución espontánea, con una tasa de 15% al año

**Tabla 3.** Características de la enuresis

Características de la enuresis	Grupo estudio N= 109		Grupo control N= 218	
	No	%	No	%
<b>Ausencia de elevación nocturna de ADH</b>	4	4.0	28	12.8

**Fuente:** Base automatizada de datos

En la tabla 3 en cuanto a las características de la enuresis la mayoría de los casos del grupo estudio presentaron incapacidad para despertar (80 casos 73,0%), igual situación se presenta en el grupo control (150 casos 68,9%).

**Tabla 4.** Estado nutricional de los niños con enuresis

Estado nutricional	Grupo estudio N= 109		Grupo control N= 218	
	No	%	No	%
<b>Normopeso</b>	80	73.4	195	89.5
<b>Sobrepeso</b>	12	11.0	12	5.5
<b>Obeso</b>	17	15.6	11	5.0
<b>Total</b>	109	100	218	100

**Fuente:** Base automatizada de datos.

En la Tabla 4 se obtiene una valoración acerca del estado nutricional de los niños con enuresis donde se puede apreciar que no se presentaron niños desnutridos en ninguno de los grupos estudiados. En el grupo estudio 80(73,4) de los niños se encontraban normo peso, en el grupo control se repite la situación 195(89,5) eran

normo peso. Resaltando que no se encuentra en la literatura revisada asociación de la enuresis con el peso 1-5.

**Tabla 5.** Factores favorecedores de la enuresis

Estado nutricional	Grupo estudio N= 109		Grupo control N= 218	
	No	%	No	%
Antecedentes familiares de enuresis	73	67.0	98	45.0
Conflictos familiares	21	19.0	82	38.0
Nacimiento de un hermano	6	5.5	20	9.0
Fallecimiento de un familiar	4	3.6	11	5.0
Influencia del frío	4	3.6	7	3.0
Otras circunstancias externas	1	0.9	-	-
<b>Total</b>	<b>109</b>	<b>100</b>	<b>218</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Base automatizada de datos.

La tabla 5 muestra que, al analizar los factores favorecedores de la enuresis, 73 (67%) pacientes del grupo estudio presentan antecedentes familiares de enuresis de igual forma con el grupo control 98 (45%) pacientes estuvo representado por este aspecto.

**Tabla 6.** Respuesta al tratamiento de los niños con enuresis al año de tratamiento

Estado nutricional	Grupo estudio N= 109		Grupo control N= 218	
	No	%	No	%
No respuesta	1	1.0	80	36.7
Respuesta parcial	10	9.1	60	27.5
Respuesta	15	13.8	60	27.5

<b>Respuesta completa</b>	83	76.1	18	8.3
<b>Total</b>	109	100	218	100

**Fuente:** Base automatizada de datos.

La tabla 6 informa sobre la respuesta a los tratamientos empleados, en el grupo estudio (836,1%) presentaron una respuesta completa a la medicación empleada, solo un caso no tuvo respuesta, en el grupo control solo 18 (8,3%) de los pacientes obtuvo respuesta completa. Este resultado no concuerda con la afirmación de Von Gontard A de que la mayoría de casos de enuresis pueden ser tratados eficazmente con asesoramiento y terapia de orientación cognitivo- conductual, pero algunos pueden requerir medicación adicional. Estas terapias se pueden ofrecer en la mayoría de los casos en el contexto de atención primaria- siempre y cuando estén basados en un adecuado diagnóstico y que tanto niños como padres reciban una adecuada ayuda profesional y de duración suficiente.

**Tabla 7.** Respuesta de los niños al tratamiento a largo plazo

<b>Estado nutricional</b>	<b>Grupo estudio N= 109</b>		<b>Grupo control N= 218</b>	
	No	%	No	%
<b>Recaída</b>	10	9.0	200	92.0
<b>Éxito mantenido</b>	99	91.0	18	8.0
<b>Total</b>	109	100	218	100

**Fuente:** Base automatizada de datos.

La tabla 7 muestra que la duración de la investigación permitió determinar la recaída y el éxito mantenido. Se observó que en el grupo estudio la recaída se presentó en 10 (9%) casos, y el éxito mantenido en 99 (91,0%), en el grupo control la recaída se presentó en 200(92,0 %) y el éxito mantenido en 18(8,0%) de los niños.

## **DISCUSIÓN**

La enuresis es 2-3 veces más común que la incontinencia urinaria diurna; es de 1.5 a 2 veces más común en niños que en niñas. La prevalencia de los episodios de mojado de cama decrece con la edad: 20% en niños de 4 años, 10% en niños de 7 años, 1%-2% en adolescentes y 0.3%-1.7% entre los adultos <sup>(2)</sup>. La prevalencia depende de cómo se define la enuresis, especialmente en el número de noches de mojado de cama requeridas. En un estudio de una población de 8151 niños de 7 años de edad, 15.5% tenían enuresis nocturna (niños 20.2%, niñas 10.5%). La enuresis frecuente, definida como dos o más noches de mojado de cama por semana, afectaba sólo al 2.6% (niños 3.6%, niñas 1.6%) (Butler et al, 2005). La enuresis primaria es más frecuente que la secundaria, pero las tasas son comparables a la edad de 7 años (Fergusson y cols, 1986). La enuresis monosintomática es dos veces más común (68.5%) que la no-monosintomática (31.5%) <sup>(2,7)</sup>.

Saieh y colaboradores la definen como una enfermedad frecuente en pediatría, principalmente en varones de edad escolar, describiéndose una prevalencia de un 15% a los 5 años; 7% a los 10 años y menor de 1% a los 15 años <sup>(3)</sup>.

La enuresis primaria corresponde a una condición heterogénea, causada por múltiples factores como poliuria nocturna producto de una variación del ritmo circadiano de la hormona antidiurética, alteraciones del sueño, disminución de la capacidad vesical y, por último, historia familiar o en otras palabras causa genética. Respecto a este último factor se ha observado que existe una transmisión autosómica dominante con penetrancia de hasta 90%. Es así que, si ambos padres tienen antecedentes de enuresis, un 70% de sus hijos la tendrá y si es uno solo, se transmitirá en un 44% de los hijos <sup>(3, 10)</sup>.

La enuresis secundaria aparece después de un periodo seco de al menos seis meses. Siempre hay que investigar la causa. La más frecuente son los problemas emocionales, también habría que pensar en el estreñimiento, infestación por oxiuros y obstrucción importante de la vía aérea superior. Más raras son la diabetes mellitus

o insípida, que además suelen coexistir con otros síntomas, no solo con enuresis (9,13).

En la investigación realizada no se encontraron alteraciones al examen físico, relacionadas con la presencia de enuresis.

Alexander Von Gontard escribió La enuresis constituye un grupo muy común de trastornos en la infancia y ocurre en el mundo entero aproximadamente en la misma proporción. El 10% de los niños de 7 años mojan la cama por la noche y entre un 2% al 3% por el día también. A pesar de la alta tasa de remisión, del 1% al 2% de los adolescentes todavía mojan la cama. La gran mayoría de los trastornos de eliminación tienen causas funcionales y no debido a causas neurológicas estructurales o médica. La incontinencia de orina de día, la urgencia miccional, la enuresis nocturna y las infecciones urinarias en niños son una consulta muy frecuente en el consultorio del pediatra y del urólogo infantil <sup>(1)</sup>. Se señala que en estos niños existe una tendencia a producir menos hormona antidiurética (HAD) por la noche. La HAD controla la producción de orina (disminuyéndola). En la mayoría de las personas existe un ritmo de secreción, de tal manera que producen más hormona de noche y por lo tanto menos orina) <sup>(4, 5)</sup>.

Con respecto al peso no se encontró relación con el padecimiento de la enuresis ni en el estudio ni en la bibliografía revisada. La enuresis es un trastorno genéticamente determinado de la maduración del sistema nervioso central; entre el 70% y el 80% de los niños con enuresis tienen familiares afectados. Las tasas de concordancia son mayores en los gemelos monocigóticos que en los dicigóticos. El riesgo de recurrencia también es mayor en los gemelos monocigóticos que en los dicigóticos. El riesgo de recurrencia es 40% si uno de los padres había tenido enuresis y 70% si ambos la habían tenido En contraste la arquitectura del sueño no está afectada. La enuresis ocurre en la fase no-REM del sueño y no está asociada con estar soñando (enuresis durante el sueño REM es la excepción). La enuresis ocurre predominantemente en el primer tercio de la noche-muchos niños incluso mojan la cama 10 minutos después de haberse dormido. La latencia media es de

tres horas. Esto explica porque algunos niños con enuresis se orinan incluso durante la siesta <sup>(2)</sup>.

Otro aspecto importante lo constituyen los conflictos familiares, elementos que coinciden con la bibliografía revisada. La enuresis está asociada con estrés emocional en los niños y en los padres que desaparece cuando los niños dejan de mojar la cama. Conseguir la continencia es por lo tanto la principal meta del tratamiento que llevará a una mejora de la autovaloración y autoconfianza. Por otro lado, entre el 20%-40% de todos los niños con enuresis tienen trastornos co mórbidos asociados, no sólo condiciones externalizantes como el trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y el trastorno negativista desafiante sino además trastornos internalizantes como la depresión. Estas condiciones co mórbidas requieren una evaluación y tratamiento aparte además del tratamiento orientado a los síntomas del trastorno de la eliminación <sup>(3)</sup>.

Carlos Saieh en su estudio demostró que el 54% de los padres y el 34% de las madres con antecedentes de enuresis tenían hijos enuréticos. Si ambos padres tenían este antecedente sólo el 30% de los hijos presentaron enuresis <sup>(3)</sup>.

Tamayo Carrillo explica que los hijos de padres divorciados desconocen sobre su presente y futuro, el estrés que genera esta situación en los menores provoca inseguridad, sentimientos de rechazo, fantasías de reconciliación y problemas de lealtad; los cuales si no son concebidos generan tensión mental debido a la incapacidad de los mismos para afrontar los problemas que no les corresponden como niños, provocando además debilidad física y mental lo cual se ve reflejado en su aspecto personal y desempeño estudiantil. Es posible que los niños experimenten rabia, tristeza, nostalgia, trastornos enuréticos, etc. por el progenitor que se ha ido <sup>(13)</sup>. El ambiente familiar se conforma de las aportaciones de todos los que forman la familia, pero especialmente de los padres. Los que integran la familia crean su propio ambiente y pueden modificarlo, lamentablemente el ambiente familiar no siempre es positivo, al contrario, es negativo y en lugar de propiciar un

buen desarrollo en el niño, le produce muchos trastornos, que afectan en muchos aspectos de su vida, y a lo largo de ésta <sup>(12)</sup>.

Se dice que la mayoría de casos de enuresis pueden ser tratados eficazmente con asesoramiento y terapia de orientación cognitivo- conductual, pero algunos pueden requerir medicación adicional, Esqueff Díaz <sup>(5)</sup> identificó que la mayor parte de los niños estudiados habían recibido tratamiento para la enuresis en el momento del estudio, fundamentalmente medidas generales de condicionamiento como: despertar al niño, la restricción de líquidos en horario nocturno, así como premiar al niño cuando está seco, además observó una evolución no adecuada del síntoma enurético a pesar del tratamiento utilizado.

Rodríguez Vargas Nuris y colaboradores observaron en su estudio con Imipramina, que, permanecieron secos 73 pacientes (48,6 %), 43 mejoraron (28,6 %), mantuvieron el cuadro clínico 27 (10,8 %) y 7 (4,6 %) no acudieron más a la consulta, por lo que no se obtuvieron resultados. observaron reacción colateral a la imipramina en una paciente de 13 años de edad, que presentó una crisis aguda de lipotimia que motivó su ingreso. Al interrogarla manifestó que estaba ingiriendo el doble de la dosis porque "deseaba curarse rápido" <sup>(7, 11)</sup>.

El tratamiento homeopático constituye un excelente remedio para corregir la enuresis. La homeopatía es un sistema médico complejo, que posibilita el conocimiento profundo del ser en toda su inmensidad permitiendo al médico hacer una valoración más allá de los quebrantos físicos, para escrudiñar en la dinámica interior del enfermo y de esta manera poder reconocer y seleccionar a partir de sus principios, un medicamento individual y semejante a ese enfermo, que lo conduzca hacia una curación suave y rápida <sup>(14)</sup>. Para el diagnóstico homeopático se utiliza el examen minucioso y directo del paciente mediante anamnesis y examen físico. A partir de aquí, el médico busca la sustancia medicinal cuyos signos y síntomas, obtenidos en experimentación, sean lo más parecido posible a los de la enfermedad del paciente, por lo antes expuesto se ha decidido realizar esta investigación

No obstante, la enuresis infantil es un síntoma frecuente que demanda la atención en las consultas clínicas, por lo que, su estudio y comprensión por el médico de atención primaria es importante para orientar adecuadamente a la familia y solo remitir a consultas especializadas a aquellos niños que mantienen el episodio enurético por largo tiempo de evolución o no responden con el tratamiento médico habitual <sup>(5)</sup>.

## **CONCLUSIONES**

La enuresis no orgánica resultó ser consulta frecuente en el departamento de Homeopatía del Hospital General Docente Roberto Rodríguez Fernández de Morón. Predominaron los varones y los niños en las edades de 5-11 años. Con relación al tipo de enuresis predominó la enuresis primaria en los pacientes estudiados. En cuanto a las características de la enuresis la mayoría de los casos presentaron incapacidad para despertar. No se observó relación entre el peso y la presencia de enuresis. Dentro de los factores favorecedores de la enuresis se encontraron con más frecuencia los antecedentes familiares de enuresis seguido de los conflictos familiares. En el grupo estudio más de la tercera parte de los casos, presentaron una respuesta completa a la medicación empleada, solo un caso no tuvo respuesta, en el grupo control una pequeña fracción de los pacientes presentó obtuvo respuesta completa. La duración de la investigación permitió determinar la recaída y el éxito mantenido, observándose que en el grupo estudio la recaída se presentó en una parte muy pequeña de casos, y el éxito mantenido en casi la totalidad de los niños, en el grupo control la recaída fue más frecuente y el éxito mantenido en pocos niños. Podemos afirmar por los resultados de la investigación que la Homeopatía es una opción terapéutica útil en el tratamiento de la enuresis no orgánica.

## **RECOMENDACIONES**

Se exhorta a estudiantes y profesionales de la salud a profundizar sus conocimientos sobre la enuresis y su tratamiento con medicamentos homeopáticos, para así erradicar esta patología que es muy común en la edad pediátrica sin la necesidad de utilizar los fármacos convencionales, mejorando así la calidad de vida de los pacientes, y fomentando la utilización de la Medicina Natural y Tradicional.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rodríguez Fernández LM, Gracia Manzano S. Diagnóstico y tratamiento de la enuresis nocturna. [internet]. España: EAP;2008 [citado 9 Ene 2015 ]: Disponible en: [https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/10\\_3.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/10_3.pdf)
2. Úbeda Sansano MI, Martínez García R. Enuresis nocturna. Rev Pediatr Aten Primaria [Internet]. 2012 Jun [citado 15 Jun 2017]; 14( Suppl 22 ): [aprox. 5 p.]. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1139-76322012000200005](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322012000200005)
3. Saieh AC, Álvarez SC, Lucero AY. Enuresis en niños: frecuencia y antecedentes familiares. rev. med. clin. condes [Internet].2015 [citado 5 Sep 2016]; 26(1):[aprox. 5p.]. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/288123412/ENURESIS-EN-NIN-OS-FRECUENCIA-Y-ANTECEDENTES-FAMILIARES>
4. Meave Cueva LG, Díaz García L, Garza Elizondo R. Diagnóstico y tratamiento de la enuresis no orgánica en pacientes pediátricos. Acta Pediatr Mex [Internet]. 2014 [citado 9 ene 2015]; 35: [aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/actpedmex/apm-2014/apm141d.pdf>
5. Esqueff Díaz N, Rodríguez Aguiar CM, Quesada Sanabria RM, Jacomino Fernández D. Enuresis De Causa No Orgánica En Edades Pediátricas. Rev Cienc Médic Haba [Internet].2013 [citado 5 Sep 2016]; 19(2):[aprox. 8p.]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revciemedhab/cmh-2013/cmh132e.pdf>
6. Caldwell PHY, Nankivell G, Sureshkumar P. Tratamientos simples para la enuresis nocturna en niños. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 2013 jul [citado 9 ene 2015]; (7): [aprox 1 p.]. Disponible en:

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003637.pub3/abstract;jsessionid=9380D6ACBBD4BFA48EBFC1E658CB14E0.f02t04>

7. Rodríguez Vargas N, Martínez Pérez T, Martínez García R, López Benítez J, Garriga Reyes M. Enuresis infantil tratada con imipramina. Rev Cubana Pediatr [Internet] 2013 Jun [citado 14 Jun 2017] ; 85( 2 ): [aprox. 4 p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75312013000200008&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312013000200008&lng=es)

8. Organización Mundial de la Salud. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023 [Internet]. Suiza: OMS; 2013[citado 5 jun 2016]. Disponible en:<http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21201es/s21201es.pdf>

9. Abanades S, Durán M. Documento de actualización de las evidencias científicas en homeopatía.[Internet].España:Universidad de Zaragoza;2013 [citado 14 Jun 2017]. Disponible en:<http://www.homeopatia.net/wp-content/uploads/2014/12/Actualizacion-evidencias-cientificas-homeopatia-Abanades-Duran.pdf>

10. Báez Pérez O L, Díaz Domínguez T, Márquez Marrero JL, Acosta Morales ML. Estrategia pedagógica para el proceso formativo en medicina tradicional y natural en la carrera de medicina. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2013 Jun [citado 14 Jun 2017] ;17( 3 ): [aprox. 15 p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-31942013000300015](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942013000300015)

11. Francia Reyes ME. Enuresis y Medicina Tradicional. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet].2003 [citado 10 Sep 2016];19(1):[aprox. 4 p.]. Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol19\\_1\\_03/mgi16103.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol19_1_03/mgi16103.htm)

12. Otero Ojeda AA, Rabelo Pérez V, Echazábal Campos A, Calzadilla Fierro L, Duarte Castañeda F, Magriñat Fernández JM, et al. Tercer Glosario Cubano de Psiquiatría [Internet].Cuba: Hospital Psiquiátrico de La Habana;

2001[citado 5 jun 2016]. Disponible en: <http://www.wpanet.org/uploads/Newsletters/E-Bulletins/Latest/Cuban-Glossary-dyc.pdf>

13. Tamayo Carrillo CA. EL Divorcio Y La Enuresis Secundaria En Niños De 6 A 12 Años De Edad De La Escuela Fiscal Doctor Alonso Castillo De La Ciudad De

Ambato.[Tesis optar por el Título de Psicólogo Clínic].Ecuador: Universidad Técnica De Ambato; 2014. Disponible en:<http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/8695/1/Tamayo%20Carrillo,%20Cristofher%20Alejandro.pdf>

14. TYLER ML. Imágenes de los Medicamentos Homeopáticos. Narayana verlag [Internet] 2008[citado 14 Jun 2017]:[aprox. 4 p.]. Disponible en: [http://www.narayana-verlag.com/homeopathy/pdf/Imagenes-de-los-Medicamentos-Homeopcticos-Margaret-Lucy-Tyler.12832\\_3Belladona.pdf](http://www.narayana-verlag.com/homeopathy/pdf/Imagenes-de-los-Medicamentos-Homeopcticos-Margaret-Lucy-Tyler.12832_3Belladona.pdf)

15. FRANCIS. Medicaments homeopathical 2017. Rev medica cubana 2018

## ANEXOS

ANEXO 1: Planilla de recolección de datos.

Nombre: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_

Sexo: M\_\_

F\_\_

Color de la piel: Blanca\_\_ No blanca\_\_

Peso: \_\_\_\_ Talla: \_\_\_\_ IMC: \_\_\_\_\_

Antecedentes Patológicos Personales:

Hiperlipidemia \_\_

Enfermedades del colágeno \_\_

Diabetes Mellitus tipo I \_\_

Obesidad \_\_

Diabetes Mellitus tipo II \_\_

HTA \_\_

Síndrome metabólico \_\_

Tabaquismo \_\_

Diagnóstico:

\_\_\_\_\_

Estadía hospitalaria: \_\_\_\_\_

ANEXO 2: Modelo de consentimiento informado.

Por medio del presente documento emito mi consentimiento para participar en el presente estudio y expreso mi aprobación con el mismo, próximo de haber escuchado la descripción detallada de la investigación. Así entonces, comprendo la importancia de mi contribución para su desarrollo y me reservo el derecho de apartarme del mismo, cuando así lo considere pertinente. Que sea mi asentimiento, garantía de la confidencialidad de la información obtenida en caso de publicación de los datos.

Nombre(s) y apellidos del participante

Firma

Nombre(s) y apellidos del investigador responsable

Firma

Nombre(s) y apellidos del testigo

Firma