

# Tratamiento de la Enuresis

Dr. Luis Recarte de Silva (Médico Naturista)

## TREATMENT OF URINARY INCONTINENCE. RECARTÉ L.

**Keywords:** *Urinary incontinence, Homoeopathy, Natural Healing.*

**English Abstract:** *This work revises the prevalence of enuresis in different age groups. There were several theories about its etiology (Constitutional, Sleep deepness, Epleptic, Physiopathologic and psychologic). There were many homoeopathic drugs useful in the treatment of this trouble, if the patient is well repertorized.*



## LA ENURESIS

Se denomina enuresis a la emisión involuntaria de orina que persiste durante un período de tiempo en el que la mayoría de los niños se mantienen continentes. Esta continencia se logra en el 85 % de la población a una edad igual o inferior a los 5 años (1).

Etapas en el desarrollo del control vesical:

– De 0 a 1,5 años: Micción a intervalos regulares. Puede diferir la micción.

– De 1,5 a 2,5 años: Capacidad de aguantarse; “avisar” durante el día.

– De 2,5 a 3 años: Van al servicio solos. Se aguantan si están entretenidos.

– Más de 5 años: Tienen vergüenza ante los otros. Micción ante cualquier repleción vesical.

La enuresis es básicamente un trastorno benigno, pero puede producir una preocupante situación en los padres y en el niño. Se da aproximadamente en el 10 % de los niños, siendo más frecuente entre los varones y en las clases socio-económicas bajas.

Hasta la actualidad, se han postulado innumerables hipótesis para interpretar el fenómeno y ello ha dado lugar a los más variados tratamientos con pobres resultados o incluso sin ellos.

Sin embargo se puede distinguir dos tipos de enuresis:

1.- **Enuresis primaria**, en la que nunca ha existido control de esfínteres, constituyendo el 90 % de los casos.

2.- **Enuresis secundaria**, en la que ha existido al menos seis meses de control, que es igual de frecuente en ambos sexos, y que afecta al 10 % de los niños, en los que se encuentran signos regresivos de maduración por motivos psicoafectivos (celos, escolaridad, etc....).

Según el ritmo nictameral, pueden clasificarse en diurnas (33%), nocturnas (64%) y mixtas (3%). Las diurnas pueden ir acompañadas de encopresis (incontinencia de defecaciones).

## NEUROFISIOLOGÍA DEL APARATO VESICAL Y ESFINTERIANO

El aparato vesico-esfinteriano tiene una inervación simpática, parasimpática y motora.

La musculatura lisa de la vejiga (músculo detrusor) está dotada de una inervación formada exclusivamente por terminaciones parasimpáticas procedentes de la médula sacra (S2 - S4) por medio de los nervios eferentes o pelvianos. La musculatura lisa del cuello de la vejiga y de la uretra, que forman el esfínter liso, están inervadas por terminaciones simpáticas, procedentes de la médula lumbar (D 11 - L 2) a través de los nervios hipogástricos. El esfínter estriado uretral recibe una inervación motora de los nervios pudendos internos (S2 - S3 - S4). En el recién nacido el reflejo miccional está inducido a partir de estímulos cutáneo-mucosos que se conducen a través de la médula sacra. El reflejo arcaico desaparece a los pocos meses, dependiendo desde entonces de la presión vesical controlada por los receptores propioceptivos del detrusor, a través del hipotálamo. Para el control voluntario es necesario que el estímulo de los receptores del detrusor llegue hasta la corteza cerebral, para percibir la necesidad de orinar. Para mantener la continencia, a través de la vía piramidal, se contrae el esfínter estriado uretral y se inhibe el sistema parasimpático, es decir, la contracción vesical por el detrusor.

La micción se desencadena por una descarga parasimpática que motiva la contracción del detrusor y la inhibición del sistema simpático y somático que da lugar a la relajación de la uretra. Existe por tanto una coordinación esfinteriana que permite que estos dos mecanismos antagónicos se adapten de forma sincrónica. La enuresis puede ser debida, a nivel neurofisiológico, a una insuficiente inhibición de las contracciones vesicales o a que el estímulo aferente es mal percibido o no percibido.

## ETIOPATOGENIA

Las hipótesis que tratan de explicar el fenómeno de la enuresis son numerosas como dije anteriormente, aunque no creo que dichas teorías puedan dar por sí solas una respuesta suficientemente consistente

**Se han postulado innumerables hipótesis para explicar la enuresis, dando lugar a tratamientos con pobres resultados, e incluso sin ellos.**

**El  
tratamiento  
ha de ser  
muy  
conservador  
si el  
paciente no  
llega a los  
siete años  
de edad.**

como para tenerla en cuenta; más bien tenemos que pensar en una etiología multifactorial:

**1º. Constitucional y genética:** Se ha podido comprobar que si los dos padres han sido enuréticos, el 77 % de los niños también lo son. Esta cifra desciende hasta el 44 % cuando lo era uno sólo de los padres, y al 15 % si no existen antecedentes entre los progenitores. La tasa de concordancia en gemelos monocigóticos es del 68 %, mientras que en los gemelos dicigóticos es del 36 %.

**2º. Profundidad del sueño:** Existe un síntoma en los niños enuréticos que consiste en la dificultad de ser despertados por la mañana o durante el sueño. Estudios realizados con E.E.G. (Electroencefalograma) parecen orientar hacia la conclusión de que la enuresis sobreviene al pasar de un estado de sueño profundo al de un sueño ligero con comportamiento físico de vigilia. Esto explica también la mayor incidencia de enuresis entre los primeros 90 a 160 minutos de la noche.

**3º. Epiléptica:** Por la relajación esfinteriana que se produce durante las crisis generalizadas, aunque no exista evidencia en el EEG.

**4º. Teoría fisiopatológica:** Por un retraso hereditario en el desarrollo, o por una inadecuada maduración neuromuscular de la vejiga. Trazados cistomanométricos durante el sueño muestran una elevación de la presión intravesical y contracciones en pico del detrusor en el momento de llenado, al igual que se observa en vejigas infantiles, y que no se ven en niños enuréticos (2).

**5º. Teoría psicológica:** Como siempre muy difícil de valorar puesto que apunta a vivencias del niño; pero si tenemos en cuenta que todo lo somático es mental y todo lo mental es somático, es decir, si tenemos en cuenta que el ser humano siempre actúa en su totalidad, la enuresis se podría basar en cuatro factores principales (3):

- a) Actitud regresiva, para reclamar la atención de los padres.
- b) Actitud agresiva o de oposición a lo establecido.
- c) Afirmación de poder.
- d) Comportamiento auto-erótico.

De hecho, los tratamientos que se centran en la psicología son los que más éxito suelen tener.

### **Diagnóstico diferencial**

**1º. Infección Urinaria:** Cursan con disuria, polaquiuria y escapes involuntarios de orina.

**2º. Malformaciones obstructivas** de las vías urinarias y enfermedades endocrinas que cursan con poliuria (diabetes).

**3º. Mielopatía.**

**4º. Vejiga inmadura,** que presenta trastornos miccionales diurnos.

### **DIAGNÓSTICO**

**1º Historia Clínica:** Es imprescindible la realización de una correcta historia clínica comenzando por

los antecedentes familiares y socio-económicos, e incidiendo en los síntomas mentales y del entorno psíquico del niño, en los síntomas generales que acompañan a la enuresis, en los síntomas particulares de la micción con sus modalidades más características, y además en los síntomas subjetivos y peculiares, que son muy importantes ya que individualizan el caso a tratar.

**2º Exploración física:** Se valorará el desarrollo psicomotor del niño, las malformaciones y su estado neurológico. En éste examen es útil la exploración iridológica que nos ofrece una idea de la globalidad.

**3º Pruebas complementarias:** Analíticas como el sedimento urinario y el urocultivo son de utilidad para descartar una infección urinaria, siendo además de utilidad una glicemia basal, urea, creatinina, hemograma e ionograma, así como los exámenes radiográficos y ecográficos si el diagnóstico no está claro.

### **TRATAMIENTO**

Se han hecho muchas barbaridades en éste punto, y pienso que el tratamiento ha de ser muy conservador si el paciente no llega a los 7 años de edad, ya que he podido observar en mi práctica diaria que con tranquilizar a los padres y advertirles de que la enuresis no es una enfermedad, sino un retraso en el proceso de maduración, más de la mitad de los niños mejoran sin más intervención que una correcta alimentación. En el caso de las enuresis secundarias, deberemos interpretar el entorno del niño, y destaco sobre todo : la aparición de una celotipia por el nacimiento de un hermano, muerte de familiares, ausencia de los padres por viajes o divorcio, la entrada en el colegio, sustos, miedo, etc. Todas éstas causas, en niños con una personalidad formada, constituyen una enuresis autolimitada y que si no son sometidos a tratamientos coactivos o supresores, no fijan el problema. No se debe restringir la ingesta hídrica, ya que no se soluciona el problema con ello y el niño luego se despertará por la noche con sed y podría entrar en una situación de angustia que podría agravar el problema. Tampoco es una solución el ponerle cada vez pañales más grandes, porque es interesante que el niño se sienta libre y que además se encuentre incómodo cuando se moje.

Por supuesto que es inútil reñir o castigar al niño, lo cual podría agravar el problema, siendo importante en la mayoría de los casos el no darle "importancia" o felicitar al niño cuando algún día no se orina ; y si es lo suficientemente mayor, decirle que apunte en una libreta los días que no se ha orinado. Levantar al niño a media noche tampoco suele servir de nada, salvo para alterar el sueño fisiológico del niño y de los padres. Más nefasto es todavía el sistema de las "alarmas nocturnas" constituidas por una almohadilla de dos capas conductoras separadas por una tela aislante. El niño duerme sobre la almohadilla y cuando la orina atraviesa la tela aislante se cierra el circuito eléctrico sonando un timbre que despierta a

niño, lo cual es una auténtica pesadilla para la criatura y puede condicionar estados de neurosis, aunque también hay que decir que algunos médicos que recomiendan (1).

En alopatía el medicamento más utilizado para tratar la enuresis es la imipramina, fármaco antidepressivo tricíclico (4), pero dados sus efectos secundarios anticolinérgicos, extrapiramidales, cardiovasculares, hepáticos, hemáticos y dermatológicos, incluso a dosis que no excedan los 2,5 mg/kg/día, hacen desaconsejable su utilización.

Para un correcto tratamiento debemos, como siempre, respetar a la naturaleza y basar la terapéutica en las siguientes medidas:

**1º. Dieta apropiada:** Es bien sabido que la alimentación actual está muy industrializada y ello acarrea déficits vitamínicos y de minerales, sobre todo de aquellos oligoelementos menos abundantes como sílice, oro, cobre, manganeso, etc. que deben ser aportados por la dieta y de forma complementaria en gotas o ampollas, siempre dependiendo de la diátesis o el déficit observado.

**2º. Fitoterapia:** He encontrado útil en algunas ocasiones las infusiones de Plantago y Equisetum. Los comprimidos de alfalfa (6 al día) o su tintura madre (10 gotas disueltas en un vaso de agua templada) pueden por sí solos solucionar el problema.

**3º. Tratamiento psicológico:** En mi experiencia, las técnicas sofrológicas son las que mejores resultados han ofrecido; refuerzan la personalidad del niño, le dan un mayor conocimiento y control de su propio cuerpo y le ayudan complementándolas con las demás terapias. Entre estas técnicas, los tres primeros grados de relajación dinámica y la técnica de sofroaceptación progresiva son las más interesantes en el tratamiento de la enuresis.

**4º. Tratamiento medicamentoso:** El medicamento homeopático es el ideal para el tratamiento de la enuresis, ya que carece de contraindicaciones y no tiene efectos secundarios siempre que se aplique según la Ley de Similitud, pues en caso contrario puede producir supresiones tan graves o más que la medicación alopática. De entre los medicamentos más comúnmente utilizados destacaré los siguientes:

APIS.- Cólera, anticipación de acontecimientos, penas, rabia, o bien por excesos sexuales en un niño con celos y problemas renales.

ARGENTUM NITRICUM.- Anticipación de acontecimientos, excitación emocional, mortificación, en un niño que pide dulces y que necesita estar seguro.

ARNICA.- Pérdida de dinero, excitación emocional, malas noticias, pena, prisa, rabia, en un niño que ha sufrido un traumatismo.

ARSENICUM.- Anticipación, cólera con ansiedad, en un niño inquieto que se cansa con facilidad y teme estar solo presentando miedo a morir.

BELLADONNA.- Decepción amorosa, cólera con ansiedad o con susto, excitación emocional en un niño con enuresis espasmódica y que es difícil de despertar.

BENZOIC AC.- Enuresis del primer sueño, con trastornos urinarios.

CAUSTICUM.- Anticipación, excitación emocional, muerte de los padres, parientes o amigos, con pena, preocupaciones, temor. Enuresis del primer sueño.

EQUISETUM.- Cuando no hay causa tangible excepto el hábito enurético.

FERRUM.- Cólera por ser despreciado, excitación emocional o sorpresas agradables en un niño anémico con micciones voluntarias caminando.

GRAPHITES.- Anticipación, desacuerdos con sus superiores, penas, sustos, en un niño obeso y friolero y con problemas cutáneos.

KREOSOTUM.- Excitación emocional en un niño que es difícil de despertar, que se orina en el primer sueño; cuando está acostado o cuando lo sueña.

LAC CANINUM.- Anticipación en un niño cuyos síntomas alternan, o que sueña que se orina.

MAGNESIA PHOSPHORICA.- Trabajo mental.

NATRUM MURIATICUM.- Decepción amorosa, cólera con pena silenciosa, decepción pasada, mortificación, sustos, pena por ser despreciado.

NITRIC. ACID.- Sustos, excesos sexuales, penas, prisa en un niño que odia a las personas que le han ofendido, con orina de olor a caballo.

PULSATILLA.- Anticipación, celos, cólera con ansiedad o con susto, decepción, excitación emocional, sustos, o gozo excesivo en un niño tímido y llorón.

RHUS TOX.- Pérdida de dinero, fracaso en negocios, sustos, cólera con ansiedad en un niño inquieto con deseo de leche.

SEPIA.- Excesos sexuales, enojos reprimidos, decepción, sustos en niños con enuresis del primer sueño que sueñan que se orinan.

SILICEA.- Anticipación, contradicción, excesos sexuales, sustos en un niño que carece de confianza en sí mismo. Enuresis tras vacunación.

SULPHUR.- Malas noticias, mortificación, turbación, en un niño que sueña que se orina, es indolente, egoísta y desordenado. Se puede utilizar cuando el medicamento mejor indicado no actúa.

Evidentemente, éstos no son todos los medicamentos que pueden tener una indicación en la Enuresis Nocturna, ya que existen unos 100 medicamentos más en cuyas patogenesias consta la micción involuntaria nocturna, cuya prescripción dependerá de la totalidad sintomática.

Cuando la enuresis es debida a una parálisis vesical pueden ser útiles medicamentos como ARSENICUM (hiperdistensión vesical, postparto, retenciones forzadas o en ancianos); CAUSTICUM (distensión vesical, retención forzada o postparto); DULCAMARA (por tiempo húmedo); GELSEMIUM (por retención forzada, en ancianos por malas noticias, anticipación con miedo); NUX VOMICA (por hiperdistensión vesical, por celos con cólera o con ansiedad, por ser despreciado, excesos sexuales o muerte de familiares); OPIUM (cólera con ansiedad, pena, reproches, sorpresas agradables, por presenciar un accidente o por vergüenza con debilidad o sensación parálitica del cuello de la vejiga); PHOSPHORUS (anticipación, ser despreciado, pena, excesos sexuales, sustos, des-

**El medicamento homeopático es el ideal para el tratamiento de la enuresis, ya que carece de contraindicaciones y no tiene efectos secundarios, si se aplica según la ley de la similitud.**

pués de un parto, con parálisis del esfínter); ZINC (en sujetos histéricos, postparto, excitación emocional), etc,...

Las posibilidades terapéuticas son enormes ; pero sólo el médico que respete las Leyes Naturales encontrará en ellos como ayudar a la Vis Medicatrix para la total curación de éste o de cualquier otro problema que se nos presente en la práctica cotidiana.

## BIBLIOGRAFÍA

(1) FOXMAN B et al: *Enuresis infantil, prevalencia, importancia que se le atribuye y tratamientos prescritos*. *Pediatrics*

(Ed Esp), 21, 4, 1986.

(2) EDMUN C BURKE et al: *Enuresis, Is it being overtreated?*, *Mayo Clin Proc*, 55, feb 1980

(3) EMC 4101 g80 *Troubles simples du comportement*. *L'Enuresis* 7-8

(4) VIVES A y cols: *Un niño con enuresis*. *Medicina Integral*, 13, 8, 1989

OTROS LIBROS CONSULTADOS: *Repertorio de Kent, Materia médica de Vijnovsky, Tratado de Medicina interna de Harrison*.

### Dirección del autor:

Luis Recarte de Silva  
Avenida Rufo Rendueles 6, 8º C  
33203 GIJÓN, Asturias  
Tel.: (985) 36 67 02

# Homeopatía



Licenciarios de Heel  
BADEN-BADEN (Alemania)

## Fiabilidad y precisión alemanas.

OLIGOELEMENTOS - ORGANOTERAPIA  
FITOTERAPIA - YEMOTERAPIA  
SALES DE SCHUESSLER

Servicio inmediato  
de cualquier  
medicamento en:  
Manuel Tovar, 3-2.º  
Tfno. 358 06 59  
28034 MADRID