

# Revista Médica de Homeopatía

www.elsevier.es/homepatia



## CLÍNICA

# Enuresis, otra perspectiva de su tratamiento

Francisco Javier Ramos Alija

*Médico homeópata*

Recibido el 15 de diciembre de 2008; aceptado el 6 de febrero de 2009

### PALABRAS CLAVE

Enuresis nocturna;  
Incontinencia;  
Homeopatía;  
Materia médica;  
Remedio  
homeopático;  
Búsqueda repertorial

### Resumen

La enuresis en la infancia es un trastorno muy frecuente, dado que el 16% de los niños de 5 años moja la cama por la noche. Las repercusiones negativas en el niño y la familia no se deben infravalorar. Desde la perspectiva alopática no se contempla la posibilidad de otros tratamientos que no sean el conductual, los dispositivos de alarma y el farmacológico.

Con este trabajo se trata de ampliar el abanico terapéutico, explicando que la homeopatía puede abordar el problema individualizando cada caso, y con unos resultados que sorprenden por la respuesta y la rapidez obtenidas en la curación.

Como ejemplo ilustrativo, se revisan 6 casos clínicos, pero en el estudio participaron 19 niños que enfocaron su tratamiento al final desde la perspectiva homeopática, siendo la media de curación de 2 meses y 17 días.

© 2008 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

### KEYWORDS

Nocturnal enuresis;  
Incontinence;  
Homeopathy;  
Medical material;  
Homeopathic remedy;  
Repertorial approach

### Enuresis: another perspective of the treatment of this disorder

### Abstract

Enuresis in childhood is highly frequent, given that 16% of 5-year-olds wet the bed at night. The negative effects on children and their families should not be underestimated. The allopathic point of view does not include the possibility of treatments other than behavioral therapy, alarms and drug treatment.

The present article aims to broaden the therapeutic options, explaining how homeopathy can approach the problem by individualizing each case and providing results that are surprising due to the response and the rapidity of cure.

By way of illustration, six cases are reviewed. However, 19 children participated in this study. Homeopathic treatment was provided and cure was achieved in a mean of 2 months and 17 days.

© 2008 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Correo electrónico: fjrallija@gmail.com

## Introducción

La enuresis nocturna primaria monosintomática se define como la presentación de una micción funcionalmente normal, que ocurre involuntariamente durante el sueño, al menos 2 veces por semana y durante un tiempo mínimo de 3 meses consecutivos en un paciente que nunca ha sido continente, a la edad en la que se espera que ya controle la micción nocturna (a partir de los 5 años)<sup>1</sup>. Aunque, quizás este límite de edad en los varones se pueda elevar hasta los 6 años teniendo en cuenta que su maduración vesical tiene lugar más tardíamente<sup>2</sup>.

Dicha micción, por definición, no se debe a ningún efecto directo de ninguna sustancia ni a ninguna enfermedad<sup>3</sup>.

La enuresis nocturna es un trastorno más frecuente de lo percibido por los pediatras. Probablemente se infravaloran las repercusiones de este trastorno en el niño y su familia y, en consecuencia, el tratamiento se aborda con menor frecuencia de la debida. Aproximadamente el 16% de los niños de 5 años moja la cama por la noche. Aunque el problema tiende a resolverse espontáneamente y su prevalencia decrece con la edad, sin tratamiento no se cura en todos los casos, ni en el momento oportuno<sup>4</sup>. Todo esto implica repercusiones negativas en el niño y su familia que no deben infravalorarse. En el niño puede causar ansiedad, interferencia con sus relaciones sociales y puede mermar su autoestima; también la familia se resiente en su desempeño social y en su economía. No debe desdeñarse la repercusión de la enuresis en la estabilidad emocional del niño, parámetro muy importante, que desde nuestro punto de vista no se ha valorado suficientemente.

Desde el punto de vista alopático, el 85% de la enuresis nocturna es primaria monosintomática, argumento que para nosotros supone un conflicto de distinción. Este primer conflicto se resume en el hecho “archiconocido” de que el homeópata trata al individuo en su conjunto, y esa individuación que hace único a cada ser vivo, la Homeopatía lo vive como diferente, y por eso este punto de discordancia cuando se habla de “monosintomática”, que para el homeópata se hace incomprensible. Por tanto, partimos de una definición que ya en la propia clasificación de la enfermedad se nos hace muy difícil de encajar. Del mismo modo, en las guías clínicas y documentos alopáticos al uso, se insiste en que el tratamiento se basa en modificaciones conductuales, dispositivos de alarma y desmopresina<sup>4</sup>, y se olvidan las posibilidades de otros tratamientos, y si bien se comenta la idea de que el tratamiento es pluridisciplinario, sin embargo en la práctica se intenta primero el tratamiento farmacológico con desmopresina, acudiendo a la “interconsulta” con el urólogo o el psicólogo, cuando dicho tratamiento fracasa, que suele ser en gran parte de los casos (fig. 1).

## Remedios homeopáticos

A continuación se recogen todos los remedios homeopáticos en los que aparece el ítem “enuresis”<sup>5</sup> (cuando existe alguna especificidad, se añade):

*Aethusa cynapium*: enuresis con vómitos de leche cortada.  
*Alumen*.  
*Apis mellifica*.

*Apocynum androsaemifolium*.

*Argentum metallicum*.

*Argentum nítricum*.

*Arnica montana*.

*Arsenicum album*.

*Atropinum*.

*Baryta sulphúrica*.

*Belladonna*: enuresis por dificultad para despertar el niño.

*Benzoicum acidum*: enuresis infantil, peor en el primer sueño (*Causticum*, *Sepia*).

*Calcarea oxálica*: enuresis; incontinencia en ancianos.

*Causticum*: enuresis nocturna del primer sueño.

*Cereus bonplandii*: orina amarillenta o verdosa.

*Chenopodium vulvaria*.

*China*.

*Chloralum*: enuresis a la madrugada.

*Chloropromazina*: orina de color rojo ladrillo.

*Cina*: orina en el primer sueño.

*Coca*: película aceitosa iridiscente sobre la orina, que huele como el sudor.

*Conium maculatum*.

*Cubeba officinalis*.

*Daphne indica*: orina turbia, espesa; amarillenta o roja-amarillenta; fétida, con olor a huevos podridos; con sedimento rojizo difícil de lavar; con pus.

*Digitalis purpúrea*.

*Dolichos pruriens*.

*Equisetum*.

*Eucalyptus globulus*.

*Eupatorium purpureum*.

*Ferrum metallicum*.

*Ferrum muriaticum*.

*Gadus morrhua*.

*Gaertner*.

*Gelsemium*: enuresis en niños nerviosos.

*Graphites*.

*Hepar sulphur*.

Hipófisis lóbulo posterior.

Hipofisina.

Hipotálamo: enuresis en jóvenes.

*Kali bromatum*.

*Kali iodatum*: enuresis diurna y nocturna en el niño.

*Kali nítricum*.

*Kali phosphoricum*: enuresis en adolescentes o personas de edad, por *surmenage*; incontinencia de orina por parálisis del esfínter vesical.

*Kali silicatum*.

*Kreosotum*: enuresis en niños a los que es difícil despertar, y que sueñan que están orinando; especialmente en el primer sueño.

*Lac caninum*.

*Lac vaccinum defloratum*.

*Linaria vulgaris*.

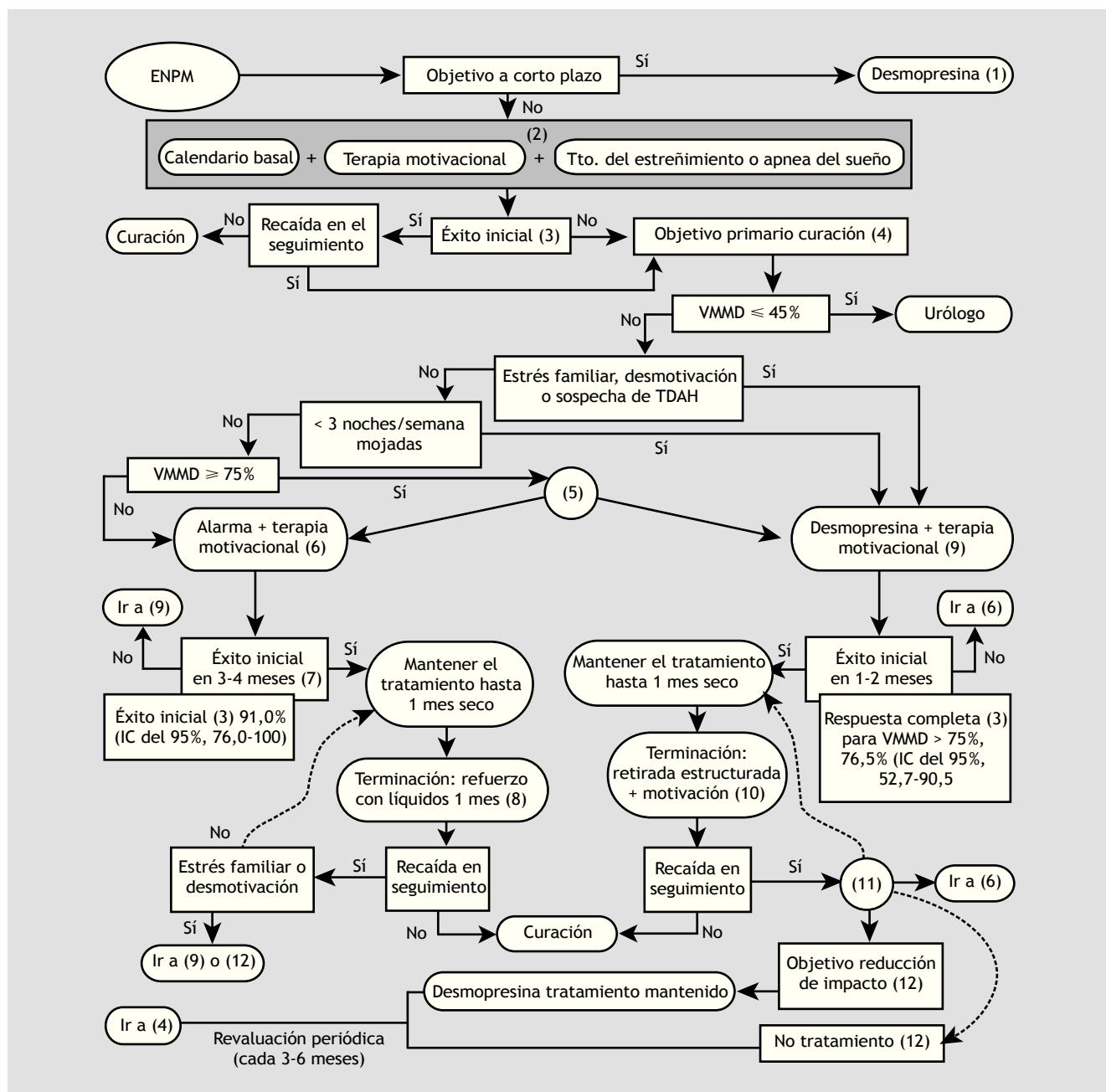
*Magnesia phosphorica*: enuresis nocturna con gran poliuria.

*Magnesia sulphurica*: sedimento rojo abundante.

*Mandragora*.

*Manganum*: enuresis diurna; sedimento violáceo y terroso en la orina.

*Medorrhinum*: enuresis nocturna; cada noche elimina enormes cantidades de orina, oscura y amoniaca; por mucha actividad o jugar mucho, o por extremos de calor o frío; es uno de los más importantes remedios de la enuresis,



**Figura 1** Algoritmo de tratamiento alopático. IC: intervalo de confianza; VMMD: volumen miccional máximo diurno (capacidad vesical funcional) —se obtiene de los diarios miccionales; el porcentaje se calcula en relación con el estimado por la fórmula de Koff—; TDAH: trastorno de déficit de atención e hiperactividad. Tomado de *Revista Pediatría de Atención Primaria*. 2005;VII Supl 3.

especialmente cuando falla el remedio bien elegido o hay antecedentes de blenorragia en los padres.

*Mercurius*.

*Millefolium*.

Morgan Gaertner.

*Natrum carbónicum*: orina con olor a orina de caballo.

*Natrum muriaticum*.

*Natrum phosphoricum*.

*Natrum silicatum*.

*Nitricum acidum*.

*Oxalicum acidum*.

*Petroleum*.

*Phosphoricum acidum*: enuresis nocturna en niños en el primer sueño.

*Physalis*: enuresis nocturna, peor por frío húmedo, con micciones abundantes y ácidas.

*Pix liquida*: orinas oscuras.

Plántago: enuresis nocturna de grandes cantidades de orina en niños.

*Podophyllum*: orina amarilla con sedimento rojo.

*Psorinum*: casos persistentes de enuresis crónica, con una historia familiar de eccema; peor en luna llena.

*Pulsatilla*.

*Radium bromatum*.

*Rhus aromática.*

*Rhus toxicodendron.*

*Sabal serrulata.*

*Saccharum lactis:* enuresis nocturna varias veces en la noche, y grandes cantidades cada vez. La orina tiñe de amarillo oscuro.

*Sanícula:* los pañales están teñidos de rojo.

*Santoninum.*

*Zarzaparrilla:* enuresis día y noche, peor por tomar cerveza.

*Scila marytima.*

*Scrophularia nodosa.*

*Secale cornutum:* enuresis en ancianos; con orina pálida, acuosa o sanguinolenta.

*Senecio jacobea:* enuresis día y noche.

*Senega.*

*Sepia:* enuresis del primer sueño.

*Silicea:* enuresis nocturna en niños con parasitosis.

*Sulphur.*

*Tabacum:* orina rojo-amarillenta.

*Taraxacum.*

*Thyroidinum:* enuresis en niños débiles, nerviosos e irritables. Orina con olor a violetas.

*Tilia.*

*Uranium nítricum.*

*Vejiga.*

*Verbascum.*

*Vespa.*

*Viola odorata.*

*Zincum.*

Vemos pues que con sólo pulsar una búsqueda repertorial tenemos infinidad de remedios. ¿Qué implica esto? En primer lugar, dificultad. Después, estudio y, más adelante, más dificultad para encajar al paciente en el remedio. Es decir, nuestras armas terapéuticas requieren trabajo, tanto más cuanto la complejidad del caso lo requiera. Por tanto, nosotros no nos podemos limitar a protocolizar o tabular en nuestra forma de tratar y, por ello, cada caso es único, lo cual implica que, por un lado, no se pueda comparar con otro medio terapéutico al uso, dado que en nuestro caso cada paciente recibe su remedio adecuado a sus particularidades.

La homeopatía es muy útil en el tratamiento de esta patología, y con nuestro punto de vista integrador, con especificidad y unicidad, tratamos de llevar a cabo una recogida de casos en la que el problema principal de consulta es la enuresis. Nuestros clásicos también escribieron acerca del tema, y sus observaciones han sido muy importantes en la resolución de la mayoría de estos casos clínicos, es por ello que leer al Dr. W.A. Dewey o al Dr. D.M. Borland ha supuesto para mí un enorme placer.

## Casos clínicos

### Caso 1

Jesús acude a consulta el 14 de febrero de 2008; acaba de cumplir 6 años. La madre me comenta que el niño se hace pis durante el primer sueño. Sin otros problemas médicos

desde que nació hasta la fecha. Es un niño abierto y nervioso, también es obediente. Es ordenado. Duerme mucho y bien, el sueño es profundo, no sueña ni habla en voz alta mientras duerme. Es mal comedor, no le gusta nada, ni los caramelos. Tomó biberón hasta el año pasado. Han intentado todo tipo de tratamientos convencionales sin resultado alguno. Acuden al homeópata por indicación de su pediatra. En el colegio dicen que no le sacan nada de conversación, es muy solitario, se porta bien y es muy inteligente; así, copia a su hermano mayor y ya sabe multiplicar, todo lo que estudiaba el mayor ya lo sabe él. Lee muy bien desde el año pasado.

Se propone como tratamiento *Causticum* 30 CH gránulos toma en plus durante 10 días.

Acude de nuevo a consulta el 18 de marzo de 2008, y no hubo mejoría, el remedio “no movió nada”. Pauto *Sepia* 30 CH.

El 8 de abril de 2008 acude la madre a verme muy contenta explicándome que hace 3 días que el niño no se hace pis. Pauto *Sepia* 200 CH.

La siguiente visita fue el 3 de julio de 2008, me dice que no ha venido antes ya que no hubo razón para hacerlo, el niño continúa sin hacerse pis.

### Comentarios al caso 1

La elección de *Causticum* no fue afortunada; sin embargo, en primera instancia era el remedio que, según mi criterio, encajaba mejor, “se orina involuntariamente día y noche, o de noche en la cama, especialmente en el primer sueño”<sup>5</sup>. Compréndase que en este caso el síntoma particular que yo tomé como prioritario me condujo al error. Esto ocurre en algunas ocasiones cuando no hemos priorizado bien, al recurrir a los otros síntomas que en este caso no son añadidos, sino fundamentales y el eje del problema, y al revisar la materia médica, encajando el remedio que pueda ser útil, vemos además que también este remedio recoge el problema particular: “Se orina involuntariamente, al toser o reírse o estornudar o por ruidos, y de noche en la cama, en el primer sueño”<sup>5</sup>.

Como hemos visto, *Sepia* en este caso fue muy rápida.

### Caso 2

Carolina tiene 4 años. Acude a consulta el 27 de mayo de 2008. Sueño profundo. Enuresis del primer sueño. Niña tímida y caprichosa. Sin miedos ni temores. Mala comedora. Apetencia por la leche y el queso. Dificultad para hacer amigos. Habla bajito en la guardería y en casa chilla. Propensa a bronquitis, siempre en tiempo frío y húmedo.

Se propone tratamiento con *Causticum* 12 LM.

Acudió de nuevo a consulta el 24 de julio de 2008. Me dice la madre: “Desde el cuarto día no se volvió a hacer pis, y eso a pesar de que no la levanto. Ya no se encapricha tanto y obedece un poco más, a pesar de que sigue con caprichos, pero menos que antes. Come mejor”.

### Comentarios al caso 2

Este caso para mí es el paradigma de la buena fortuna, es decir, a la primera el acierto y en el justo sitio. Los síntomas mentales y el comportamiento de Carolina durante la entrevista fueron el eje conductor de su remedio.

### Caso 3

Nicolás es el hermano de Carolina, tiene 6 años. Acudió a consulta el 27 de mayo de 2008. Enuresis que a veces coincide con varios días sin hacerse pis. Los padres pautan levantarlo a determinadas horas, y siempre que lo levantan hace pis; a pesar de ello, muchas veces cuando llegan ya se ha orinado. Es tímido, pero no caprichoso, es un poquito celoso. Es buen comedor, pero vago para comer. Le encanta la fruta. Aparece dermatitis cuando suda. Se le ponen coloretos en la cara con mucha facilidad. Es dulce y muy sentido con los demás. Es muy despistado. Tuvo escarlatina cerca de los 3 años.

Se propone tratamiento con *Belladonna* 12 LM.

Acudió de nuevo a consulta el 24 de julio de 2008. Me dice la madre: “Lleva 32 días sin hacer pis, pero como ya hubo períodos en los que no se hacía, no me fio”. Le pauto *Belladonna* 15 LM, y le indico que me llame por teléfono si reaparece el problema. A fecha de hoy no he recibido su llamada.

### Comentarios al caso 3

Como podemos comprobar, esta familia está en deuda con la homeopatía, muy efectiva y muy rápida en ambos hermanos. El criterio en la elección del remedio fue el mismo que con Carolina, los síntomas mentales fueron los síntomas guía, pero he de decir que además aquí “los coloretos en la cara” y la escarlatina previa sirvieron de ejes conductores. Dice Kent al respecto: “Una parte inflamada que estará al alcance de la vista estará colorada”<sup>6</sup>.

### Caso 4

Diego tiene 5 años. Acudió a consulta el 24 de enero de 2008. Tiene un sueño muy profundo. Hay veces que en el primer sueño ya tiene el pijama mojado. El pis no huele de forma característica ni tiene color especial. El sueño es tan profundo que lo hago caminar para que despierte. Saco el pañal seco una vez a la semana. Habla en sueños cuando ve una película que le impacta. Se mueve mucho mientras duerme, da patadas, se destapa siempre. Antecedentes de bronquiolitis y neumonía, siempre con gran sequedad de mucosas y tos seca. Es tranquilo, juega solo y con mil cosas a la vez, sin embargo es ordenado y cabezón. No pega ni tan siquiera se defiende. Temor a los perros, a las bombas, a las tormentas y a la oscuridad. Cuando hay cambios de temperatura al día siguiente tiene tos. A la exploración tiene sibilantes en inspiración y espiración. Orofaringe con moco fluido en pared posterior.

Se propone tratamiento con *Belladonna* 30 CH.

Acude de nuevo el 6 de marzo de 2008. Refiere la madre que al principio estuvo 4 días sin hacer pis, pero que luego de nuevo apareció el problema. Le pauté *Belladonna* 200 CH.

El 17 de abril acude de nuevo, me dice la madre que al principio del tratamiento estuvo 1 día sin hacer pis y luego 4 días seguidos. Preguntada por los procesos respiratorios me dice que a la fecha sin problema. Pauto *Belladonna* 10.000 K.

El 27 de mayo de 2008 acude de nuevo, la madre me dice que se hizo pis sólo 2 días. Indico esperar y que me llame si lo precisa. A fecha de hoy sé que está bien.

### Comentarios al caso 4

Dice Kent, al referirse a *Belladonna*: “Gran sequedad; una sensación de sequedad. Sequedad en la nariz; en la boca; en la lengua; en la garganta; en el pecho, y evidencias tales como tos seca y condiciones espasmódicas. Éstas son tan generales que con los síntomas de la nariz, la coriza, los síntomas de la garganta, la tos, ésta se intensifica, en general se hallará sequedad en las mucosas”<sup>6</sup>. Cuando la madre me dijo que “siempre” la tos es seca, me hizo pensar y la búsqueda repertorial tuvo sus frutos, tal como puede verse. Además, los demás síntomas encajaban perfectamente en el remedio, y creo que actuó bien.

### Caso 5

Clara tiene 7 años. Acude a consulta el 2 de octubre de 2007. Me dice la madre “que no hay forma, intentamos premiarla, pero nada, igual un día no lo hace, pero luego sí”. Duerme muy mal, habla, da patadas, chillá. Le duelen mucho las piernas de noche y creo que es de eso. Es muy inquieta, no se centra en las cosas, las hace todas a medias. Es ordenada dentro de un caos personal. Prematura, 1 kg al nacer. De pequeña siempre con problemas de garganta y oídos, la fiebre era alta y la dejaba molida. Cuando nació la hermana empezó a tartamudear. Tuvo una época muy mala hasta que fue a la guardería, quería llamar la atención. Es muy responsable en cosas serias. Se preocupa mucho de lo que piensan los demás. La orina tiene un olor fuerte. Apehencia por lo salado. Tiene miedo a todo, a la oscuridad, a ir sola por la casa... yo creo que es miedo a estar sola. Tiene pesadillas, creo que discute con las amigas, cuando se le oye hablar es para reñir a alguien, a pesar de todo es cariñosa. Creo que por el día no rinde porque no descansa de noche.

Se propone tratamiento con *Causticum* 30 CH.

Acude de nuevo el 22 de noviembre de 2007. Duerme más tranquila, pero la incontinencia no ha mejorado, sólo 1 día sin hacerse pis. Ahora ya no se despierta por la noche con dolor de piernas. Pauto *Causticum* 200 CH.

La veo de nuevo el 24 de enero de 2008. La enuresis persiste. Los demás síntomas son anodinos. Le doy *Sepia* 30 CH.

El día 5 de febrero de 2008 me llama por teléfono indicándome que notó mejoría 1 día, pero que después tuvo diarrea. Indiqué espera.

El 19 de febrero de 2008 me dice que la percibe más tranquila, ya no tartamudea. Pauto *Sepia* 12 LM en plus.

El 10 de abril de 2008 me dice la madre que mientras tomaba el remedio estaba más tranquila y sin dolor de piernas, no tartamudea. Tomó antibiótico por placas en la garganta. Se orinó un solo día. Pauto *Sepia* 15 LM en plus.

El 13 de mayo acude de nuevo a consulta: “No se hizo pis en todo el tiempo”. Sin otros procesos intercurrentes. Le pauté *Sepia* 18 LM en plus.

### Comentarios al caso 5

En este caso confluyen, desde mi punto de vista, 2 problemas terapéuticos, estrictamente de prescripción, que quiero comentar. Por un lado, la elección del remedio, que se tuvo que cambiar y, por otro lado, la potencia elegida, que también se modificó. En primer lugar, creo que *Causticum* fue bien elegido, y si bien se movieron algunos síntomas, el

cardinal por el que consultaba no se movió nada. Desde un punto de vista estricto, creo que no debía de cambiar el remedio, algo se había movido, aunque no todo; sin embargo, la decisión del cambio terapéutico fue meditada, releí ambas materias médicas y decidí el nuevo encaje. Le di *Sepia* y apareció diarrea. Yo no podía atribuir la diarrea como una consecuencia de haberle dado *Sepia*, indiqué esperar, y a los 15 días la madre me llama para darme su notición: “La niña no tartamudea”. Mis temores hacia la agravación terapéutica aparecen en el caso de dar una potencia 200 CH. Es posible que estos temores no estén bien fundamentados, pero eran mis temores, decido pasar a la potencia cincuentamilesimal y además en plus, con ello la mejoría es notoria, si bien hay un proceso intercurrente, una amigdalitis, que no sé a qué atribuir.

### Caso 6

Amanda tiene 14 años cuando acude a consulta. Me dice “sueño que me meo”. “Soy epiléptica, me tiembla todo el cuerpo, me muerdo la lengua y me tienen que meter un palo. Desde 2002, y gracias al Depakine, no he tenido ningún ataque.” “De pequeña mi madre me daba con la sartén en la espalda y con las zapatillas o lo que pillara, y mi padre me defendía. Mi madre se fue cuando yo estaba ingresada en el hospital por un ataque epiléptico. Vivo con mis abuelos. Ahora odio a mi madre. Soy nerviosa, me enfado con facilidad pero con buen corazón, muy consentida por los abuelos y desobediente. Desordenada y muy obstinada. Dice la abuela que no sabe lo que quiero. Miedo a las serpientes, a las arañas, a los escorpiones, a la oscuridad y a las alturas. No me gusta el salmón.”

Pauto *Sepia* 30 CH.

Al mes (el 15 de enero de 2008) me dice que desde que tomó el remedio no se hizo pis ningún día. Llamó a su madre para intentar arreglarse.

El día 22 de enero me llama por teléfono y me dice que de nuevo se hace pis, le pauto *Sepia* 200 CH.

A los 3 meses, aproximadamente, acude la tía para contarme que desde entonces no se hace pis. El problema social continúa.

### Comentarios al caso 6

Hemos de fijarnos en este caso que el síntoma “sueño que me meo” que refiere la niña no ha sido el fundamental en la elección del remedio, nótese que dicho síntoma: “Sueña que está pasando orina y ésta pasa involuntariamente”<sup>6</sup>, no ha sido primordial y, sin embargo, la evolución del caso fue muy satisfactoria. Utilizamos los mentales como síntomas guía que fueron los definitorios del problema. En este caso, se eligió *Sepia* y actuó bien. Por otro lado, Kent afirma: “*Sepia* impulsa a la paciente a mantenerse alerta, de lo contrario perderá orina”<sup>6</sup>. En este caso, para nosotros este síntoma fue más definitorio dadas las características mentales de Amanda. Un síntoma que nos descubrió el remedio fue: “No es mala ni francamente colérica, sino constantemente irritable, no sabe lo que quiere”<sup>7</sup>.

## Conclusiones

A fecha de hoy han pasado por esta consulta 19 niños/as cuyo problema de partida es enuresis. En la casuística, he de decir que 3 de ellos abandonaron el tratamiento, al menos no han vuelto por aquí y no sé qué ha sido de ellos. Las edades han sido de 4 a 14 años. La media de curación, cuando ha existido, ha sido a los 2 meses y 17 días. El número de niños libre de síntomas después del tratamiento es de 14. Hay 2 casos que no damos por perdidos, uno de ellos acudió hace 1 mes a consulta y el otro lleva 4 meses de tratamiento, sin haber conseguido los resultados que deseamos.

He escogido 3 remedios para documentar este trabajo, lo he hecho a propósito, pensando que tal vez son los remedios que más casos de enuresis puedan tratar; de ningún modo se puede decir que sean los únicos, para eso anteriormente se ha reproducido el listado, que posiblemente pueda ser ampliado. No olvidemos que para nosotros la enuresis es un síntoma más dentro del cortejo sintomático individual al que tratamos.

Como se puede observar, se han utilizado formas y potencias diferentes en la resolución de los casos que se plantean. También se hizo a propósito. Mi idea consistía en evaluar los tratamientos en función de sus beneficios, para plantear qué potencias vendrían mejor al caso. Como se puede observar, las curaciones han sido posibles utilizando ambos tipos de abordajes terapéuticos. Mi planteamiento actual es que debe utilizarse aquél con el que el médico homeópata esté más familiarizado y maneje con mejor soltura.

Desde mi punto de vista, la homeopatía puede y debe considerarse como una herramienta fundamental en el tratamiento de la enuresis, y por ello cabe plantearse, con esta visión, que habría que reconsiderar el protocolo recogido en la figura 1.

## Bibliografía

1. Valdés Miyar M, editor. American Psychiatric Association. DSM-IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson; 2001.
2. Läckgren G, Hjalmas K, Van Gool J, Von Gontard A, De Gennaro M, Lottmann H, et al. Nocturnal enuresis: a suggestion for a European treatment strategy. *Acta Paediatr.* 1999;88:679-90.
3. Thiedke CC. Nocturnal enuresis. *Am Fam Physician.* 2003;67:1499-506.
4. Úbeda Sansano MI, Martínez García R, Díez Domingo J. Guía de práctica clínica: enuresis nocturna primaria monosintomática en atención primaria. *Revista Pediatría de Atención Primaria.* 2005;VII Supl. 3:19.
5. Vijnovsky B. Tratado de Materia Médica Homeopática. Buenos Aires: Albatros; 1978.
6. Kent JT. *Materia Médica.* Buenos Aires: Albatros; 1989
7. Lathoud JA. *Materia Médica.* Buenos Aires: Albatros; 1977.