

MEDICINA NATURAL Y TRADICIONAL

Tratamiento de la enuresis funcional con digitopuntura y terapéutica convencional. Estudio comparativo

Treatment of Functional Digitopuncture and Conventional therapy. Comparative study

Dra. Rebeca Rodríguez Puente

Policlínico Provincial de Especialidades Pediátricas. Camagüey, Cuba.

RESUMEN

Se realizó un ensayo clínico fase II tardía, aleatorizado y a ciegas en el Policlínico Provincial de Especialidades Pediátricas de Camagüey de Mayo a Octubre de 1997. El universo de trabajo abarcó un total de 60 niños con diagnóstico previo de enuresis funcional . Se constituyeron dos grupos , uno de estudio y otro de control, con 30 pacientes cada uno con el objetivo de valorar la eficacia del tratamiento con digitopuntura en relación con el método convencional . Al grupo estudio se le aplicó el tratamiento con digitopuntura y al grupo control la terapéutica convencional . Mediante encuesta se recogieron los datos primarios y se llevó el control evolutivo en ambos grupos. La enuresis funcional fue más frecuente en las edades de 5 a 10 años y, el inicio de la respuesta terapéutica , así como el control se logró más tempranamente con la digitopresión que resultó ser un método fácil de aplicar y carente de efectos adversos.

DeCS: ENURESIS; TERAPIAS ALTERNATIVAS; RESULTADO DEL TRATAMIENTO; TERAPIA POR ACUPUNTURA.

ABSTRACT

A clinical essay, late phase II, double blind, randomized at the Pediatric Specialisties Polyclinic of Camagüey was performed from May to October 1997. The study universe comprised a total of 60 children with previous diagnosis of functional enuresis. Two groups were formed one study and the other one control, with 30 patients each of them with the aim of value the effectiveness of treatment with digitopuncture in relation with the conventional method. Digitopuncture treatment was applied to the study group and the conventional one to the control group. Primary data were collected through a survey and the evolutive control was used in both groups. Functional enuresis was most frequent at ages of 5 to years and, the beginning of the therapeutic reply, as well as the control was achieved earlier with digitopressure which proved to be an easy method for application and lacking of adverse effects.

DeCS: ENURESIS; ALTERNATIVE THERAPIES; TREATMENT OUTCOME; ACUPUNCTURE THERAPY.

INTRODUCCIÓN

La enuresis es un trastorno relativamente común en la infancia, repercute en la estabilidad psíquica y en el comportamiento social de quienes la padecen e influye además en sus familiares. Es la falta de control en la emisión de orina, tanto diurna como nocturna, que aparece de forma involuntaria e inconsciente una vez pasada la edad en que debió de haberse adquirido el control fisiológico normal. Debe diferenciarse de la incontinencia urinaria que aparece en estado de vigilia. (1, 2). Puede ser primaria, que es aquella en la que nunca se ha adquirido el control del esfínter vesical nocturno por encima de la edad de 5 años, y secundaria en la que se pierde el control dormido después de haberse establecido por más de seis meses. (3, 4). Según el horario del día puede ser nocturna en su mayoría. La investigación sobre el niño de 7 años en Cuba arroja un 10, 2% en relación con presentación en estado de vigilia, en la ropa, despierto en un 1, 2% (5). La enuresis de regresión aparece generalmente asociada a patología neurótica de tipo situacional, por lo que algunos la llaman enuresis neurótica y representa una quinta parte de los enuréticos.

Sobre la etiología se invocan factores biológicos, psicológicos y sociales; sin embargo, el grueso de las evidencias sugieren los primeros, como: a) Vejiga

disfuncional, b) La enuresis que ocurre durante el período de ausencia de MOR, c) Alteraciones que se deben a la reducida actividad de la hormona antidiurética durante la noche, d) Factores hereditarios y e) Retardo circunscrito en la maduración del sistema nervioso central. Se han encontrado electroencefalogramas anormales en la mayoría de los enuréticos (6-9).

En la década del 70 se difundió mucho el tratamiento con imipramina, y se analizaron distintas hipótesis fisiopatológicas. En la actualidad se han recomendado diferentes métodos como: Placebos, instrumentos condicionantes, psicofármacos, entrenamiento de vejiga, interrupción del sueño hipnosis (10-14) y también tratamientos alternativos como dietas, terapia nutricional, aromaterapia, remedios con flores, hierbas, homeoterapia homeopatía, hidroterapia, medicina neuropática, reflexología, acupuntura, quiropraxia, terapia con campo magnético, moxibustión, auriculoterapia, medicina ambiental y digitopuntura o método Shiatzu (15-20).

En la literatura asiática revisada se consigna que la enuresis es producida por deficiencia en la energía del riñón con dificultad en la vejiga para impedir la emisión de orina.

Según la teoría del TAO, doctrina filosófica antigua esencialmente materialista primitiva, la materia es representada por el Ying Yang, dos fuerzas contrapuestas que están presentes en toda la naturaleza.

Cuando se produce un desequilibrio, surge la enfermedad. El tratamiento va encaminado a tonificar el Qi del riñón y estimular la circulación por sus canales y colaterales.

De los procedimientos alternativos mencionados han sido usados métodos de acupuntura y moxibustión con gran eficacia, auriculoterapia en menor cuantía y la digitopuntura o presión de los dedos, también llamado método Shiatzu (17). Literalmente significa en japonés presión con los dedos y proviene del Shi que significa dedo atzu que quiere decir presión. Es una terapia que usa la presión rítmica sobre puntos específicos durante 3 a 10 segundos con el objetivo de excitar los meridianos de acupuntura puesto que está basado en fundamentos similares (Acosta Cuellar A. Tratamiento de la enuresis funcional con digitopuntura. Trabajo para optar por el Título de Master en medicina Natural y Tradicional 1996. Policlínico Comunitario Docente Carlos J. Finlay. Camagüey). (12, 16).

Considerando que el método convencional utilizado durante años por muchos terapeutas combina la terapia conductista con psicofármacos, cuyo costo internacional es cada vez más elevado y existe la posible aparición de efectos indeseables, además teniendo en cuenta que el método Shiatzu es de fácil aplicación, eficaz, económico y carente de efectos adversos, decidimos realizar esta investigación cuya metodología y resultados exponemos.

OBJETIVO:

Valorar la eficacia del tratamiento o método Shiatzu en la enuresis funcional en relación con el método convencional de psicoterapia conductual combinada con psicofármacos.

MÉTODO

Se realizó un ensayo clínico fase II tardía, aleatorizado y a ciegas que abarcó un universo de trabajo de 60 niños con diagnóstico de enuresis funcional.

La investigación se realizó en el Policlínico Provincial de Especialidades Pediátricas de Camagüey desde mayo hasta octubre de 1997.

Se trabajó con dos grupos: uno estudio y otro control constituidos por 30 pacientes cada uno. El grupo estudio recibió tratamiento con digitopuntura y el grupo control terapéutica convencional con procedimientos psicológicos y la asociación de psicofármacos (Imipramina) en 12 de los 30 casos.

A cada niño se le realizó una encuesta de investigación cuyas variables independientes fueron: edad sexo, antecedentes de trastornos psíquicos, antecedentes de tratamiento para la enuresis, tipo de enuresis, según horario de presentación y tipo por control vesical establecido, así como aparición de reacciones adversas.

Como variables respuestas se consideraron las noches no enuréticas después del tratamiento. Los datos recogidos en la encuesta la convirtieron en el registro primario después de llenada por la investigadora principal de cada consulta. Se realizaron estadísticas descriptivas con distribuciones de frecuencia y test de hipótesis de proporción. Los resultados se procesaron mediante un paquete de programas estadísticos en una microcomputadora IBM compatible, los cuales se muestran en cuadros.

Formato del tratamiento

Al grupo estudio se le aplicó el método tradicional de digitopuntura que consiste en presión con los dedos pulgares de las manos a ambos lados de la columna lumbar durante siete segundos por tres veces en los cinco puntos correspondientes, uno debajo del otro en la región lumbar, continuando con los puntos centrales de la región sacra: tres puntos con el mismo proceder sobre el hueso sacro. Luego se pasa el paciente de la posición prona a la supina para ejercer una presión suave con la palma de la mano sobre la zona de la vejiga durante 20 segundos y por último se realiza presión con rotación sobre la zona de la médula oblongada (entre

la primera y segunda vértebra cervical) en la región cervical posterior con la dirección derecha izquierda e izquierda derecha, tres veces cada uno.

La presión de los puntos se realizó antes de dormir con la participación del niño y el familiar entrenado y se mantuvo esta técnica hasta que hubo transcurrido una semana sin emisiones enuréticas.

Los puntos de la región lumbar se corresponden con el meridiano de la vejiga, entre ellos está el punto Shu de espalda del meridiano riñón, lo cual permite fortalecer el Qi del riñón y vigorizar la función de la vejiga. Los de la región sacra están sobre el meridiano VG (vasogobernador) quien controla todos los meridianos Yang. La presión sobre la zona de la vejiga, abdomen inferior, sobre los meridianos, VC (vasoconcepción), riñón y estómago, incluye VC 3 punto Mo delante de la vejiga y el punto VC. 4, importante para tonificar, que es por donde cruzan los tres meridianos Ying. La presión digital en la zona de la médula oblongada coincide con el meridiano VG en su punto de unión de los meridianos vejiga y riñón en la nuca por lo que ambos reciben tonificación a la vez, reforzando el Qi del riñón y fortaleciendo el control de la vejiga.

Con el grupo de control se utilizó el método convencional con psicoterapia conductual y psicofármaco. Estos dos recursos psicológicos se mantuvieron durante dos meses y siempre se indicó restricción de líquidos en la noche y el vaciamiento vesical antes de dormir. En los casos que, transcurrido este tiempo, no hubo respuesta positiva o fue muy discreta, o se asoció al psicofármaco Imipramina en dosis de una tableta de 25 mg una hora antes de dormir y se mantuvo durante dos meses retirándose paulatinamente para evitar reacción de rebote, manteniendo las medidas psicológicas.

El seguimiento de ambos grupos se llevó a cabo durante seis meses con evaluaciones quincenales hasta la semana número 12 y mensuales hasta la semana 24.

CONTROL SEMÁNTICO:

Criterios de enuresis funcional:

- . Emisión involuntaria de orina de día o de noche una vez pasada la edad en que debió de haberse adquirido el control fisiológico normal del esfínter vesical.
- . Este trastorno debe ocurrir no menos de dos veces por mes en niños menores de edades entre 5 y 6 años y al menos una vez mensual en niños mayores.
- . La edad cronológica no inferior a 5 años
- . No debida a enfermedades orgánicas, tales como: urosepsis, malformaciones del tracto urinario, enfermedades cerebro-vasculares, traumatismos, etc.

Definiciones operacionales:

- Controlado: Cuando el paciente no presenta emisiones enuréticas en un período de 30 días o superior.
- Parcialmente controlados: Si hay una reducción en el número de noches húmedas pero sin desaparición total del síntoma.
- No controlado: Si se mantiene igual que al inicio del estudio.
- Empeorado: Si a partir del estudio ha aumentado la frecuencia de enuresis.
- Reacción adversa: Aparición de efectos indeseables y molestos tales como: insomnio, palpitaciones, constipación, mareos, vómitos, etc, relacionados con la aplicación del tratamiento para la enuresis.

DISCUSIÓN

Tabla 1. Policlínico de Especialidades Pediátricas. Distribución según grupos de edades.

Edad en años	Grupo estudio		Grupo Control		Total	
	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%
5-7	10	33	10	33	20	33
8-10	8	27	10	33	18	30
11-13	8	27	8	27	16	27
14-16	4	13	2	7	6	10
Total	30	100	30	100	60	100

Fuente: Encuestas

Al analizar las edades de los niños investigados observamos que los grupos de 5 a 7 y de 8 a 10 años resultaron ser los de mayor frecuencia , tanto en el grupo de estudio como en el grupo de control (Tabla 1). Del total de pacientes a los que se les aplicó el tratamiento digitopuntor el 33% (10 casos) pertenece al grupo de edad de cinco a siete años. Con igual frecuencia en este grupo etáreo aparecen los niños tratados por el método convencional. En las edades de ocho a diez años fueron tratados el 27% y 33% de los niños con los métodos de digitopuntura y convencional, respectivamente.

Pérez Villar (5) en su estudio epidemiológico de la enuresis, la edad más frecuente de presentación es a los 5 años, mientras que Hom (22) reporta la mayor

frecuencia entre los 4 años y 8 años . Nuestros resultados están en correspondencia con los hallazgos de dichos investigadores.

Tabla 2. Distribución según sexo

Sexo	Grupo Estudio		Grupo Control		Total	
	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%
Masculino	18	60	18	60	36	60
Femenino	12	40	12	40	24	40
Total	30	100	30	100	60	100

Fuente: Encuestas

La enuresis en nuestro estudio prevaleció en el sexo masculino en los dos grupos investigados, alcanzando los varones un 60% en cada grupo (Tabla 2).

Nuestros resultados coinciden con los de otros estudiosos de esta afección, quienes reportan un predominio del sexo masculino en los pacientes enuréticos (5, 23-25).

Más de la mitad de los pacientes tratados en nuestra investigación presentó de seis a siete emisiones enuréticas por semana, pues entre los niños del grupo estudio que recibieron el método Shiatzu (digitopuntura) el 67% se orinaba involuntariamente de seis a siete semanas y entre los que recibieron la terapéutica convencional este índice alcanzó un 57%.

Por los datos aquí ofrecidos se aprecia que en nuestra investigación prevalecieron los niños cuya enuresis era prácticamente diaria. Estos resultados se corresponden con lo que durante años ha sido una realidad en nuestra consulta de Psiquiatría infantil y del adolescente y pudiera pensarse que los padres llevan a sus hijos a consulta especializada cuando la enuresis es casi diaria, pues cuando aparece de forma ocasional no recibe la importancia y preocupación que motiven concurrencia a la consulta.

La enuresis diurna de forma única no se presentó en ninguno de los pacientes estudiados, mientras que la enuresis nocturna prevaleció de manera significativa, pues la presentaban 54 de los 60 niños investigados lo que equivale a un 90%. La enuresis mixta (diurna y nocturna) la presentó solamente el 10% del total de pacientes.

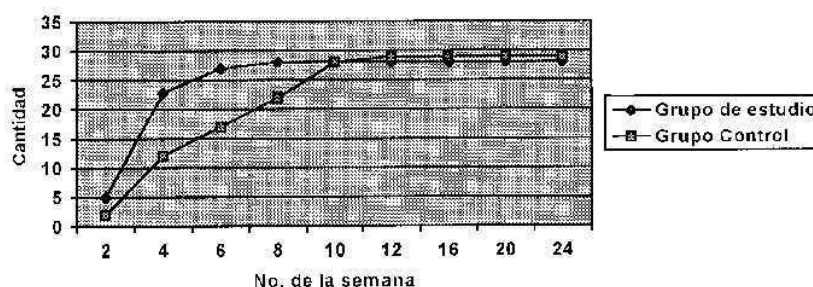
Múltiples autores (1, 2, 6, 11, 24-27) reportan como resultados de sus investigaciones, que la enuresis nocturna de forma única es la predominante.

Para Doleys y Dolce (25) la forma nocturna es la más frecuente. Pérez Villar (5) alerta que cuando la enuresis aparece en estado de vigilia deben agotarse los procedimientos para destacar una causa orgánica o trastornos psíquicos mayores.

A pesar de que la enuresis es un síntoma molesto, casi las dos terceras partes (65%) de nuestro universo de estudio no había recibido terapéutica alguna para su

control. Pensamos que esto pudiera estar relacionado con múltiples factores, tales como: criterio de los padres de que el síntoma desaparece con el tiempo, negativa de concurrir al médico por pena o por temor, entre otros.

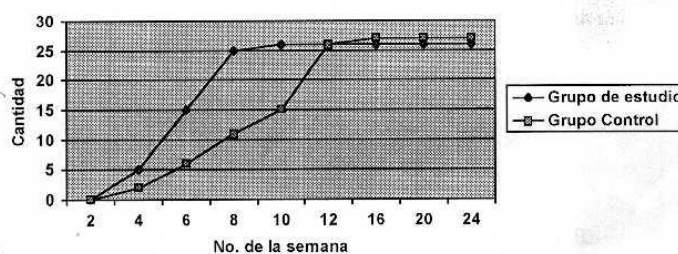
Gráfico 1. Inicio del control de la enuresis según tipo de tratamiento.



Fuente: Encuesta

Gráfico 1. Inicio del control de la enuresis

El inicio de la respuesta terapéutica fue más rápido con el método de digitopuntura que con el tratamiento convencional (Gráfico 1). Al filo de la sexta semana, 27 de los 30 pacientes que recibían tratamiento digitopuntor habían iniciado el control de su enuresis, es decir, ya mostraban signos de mejoría. En este mismo tiempo, sólo 17 de los 30 con tratamiento convencional refirieron comienzo del control enurético. En la décima semana de tratamiento, la mejoría de la incontinencia se evidenciaba en igual cantidad de enfermos en ambos grupos y al concluir la semana número 24 los resultados favorables similares con las dos terapéuticas, pues sólo dos pacientes con digitopuntura y uno con terapéutica convencional no respondieron satisfactoriamente.



Fuente: Encuesta

Gráfico 2. Distribución evaluativa de pacientes que controlan la enuresis según tipo de tratamiento

Al concluir la octava semana de iniciada la terapéutica en ambos grupos, la gran mayoría de los niños enuréticos tratados con digitopuntura habían controlado su trastorno (25 de 30), mientras que menos de la mitad de los que recibían tratamiento convencional lograban ese control (Gráfico 2). Sin embargo, en la

semana número 16 el total de los casos controlados era similar con las dos terapéuticas, pues sólo cuatro niños con digitopuntura y tres con tratamiento convencional no alcanzaron resolver el síntoma.

Nuestra investigación confirma la temprana eficacia del método Shiatzu en niños enuréticos, sin dejar de reconocer que, aunque requiere más tiempo, el tratamiento convencional también resulta eficiente.

Los resultados de nuestra investigación nos permiten afirmar que los niños enuréticos pueden controlar su trastorno tanto con el tratamiento convencional como con la digitopuntura.

Al evaluar el grado de eficacia de ambas terapéuticas comprobamos que con el tratamiento digitopuntor la incontinencia fue controlada en el 87% de los casos, mientras que el 90% lo lograba con el método convencional que utiliza procedimientos psicológicos que pueden ser combinados con psicofármacos. Esta combinación se utilizó en 12 pacientes de este grupo.

Del total de niños objeto de estudio, cuatro mejoraron parcialmente y sólo el 5% no logró su mejoría. Todos los pacientes han continuado siendo objeto de estudio y observación en nuestra consulta.

Ninguno de los pacientes tratados con digitopuntura tuvo efectos adversos y solamente dos menores que recibían tratamiento con Imipramina refirieron insomnio ligero, el cual fue resuelto con la disminución de la dosis del medicamento en un 50%.

CONCLUSIONES

La enuresis funcional se presentó con mayor frecuencia en las edades de 5 a 10 años y prevaleció en el sexo masculino.

Predominaron los niños que tenían de 6 a 7 emisiones enuréticas por semana. La enuresis nocturna única tuvo prevalencia significativa y apareció en el 90% de los niños investigados. Hubo predominio de los pacientes que no habían recibido tratamiento anterior. El inicio de la respuesta terapéutica fue más rápido con el método de digitopuntura que con el tratamiento convencional. El control de la enuresis por medio de la digitopresión se logró más tempranamente que con la terapéutica conductual combinada con psicofármacos. La eficacia de ambos tratamientos fue similar al concluir el tiempo establecido en la investigación. El tratamiento de la enuresis funcional con el método Shiatzu resultó económico, fácil de aplicar y carente de riesgos.

RECOMENDACIONES

El método Shiatzu o digitopuntura puede ser la primera opción terapéutica en el control de la enuresis de causa no orgánica y puede ser aprendido y aplicado exitosamente por el médico familia a niños y adolescentes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ajuriaguerra J. Manual de Psiquiatría infantil . 4 ed . Barcelona: Toray Masson. 1979: 269-7.
2. Córdova Vargas L, Machado Fernández O, Váldez Lazo F, Dueñas Gómez E, Amador García M, Doyos Gato H. Manual de procedimientos de diagnóstico y tratamiento en Pediatría. La Habana: Pueblo y Educación.
3. Fredman A, Kaplan H. Tratado de Psiquiatría. La Habana: Científico Técnica. 1982: 2334-41.
4. Ng Kh. Nocturnal enuresis. Singapore Med. 1994; 35(2): 198-200.
5. Pérez Villar J. Trastornos psíquicos en el niño y el adolescente. La Habana: Pueblo y educación: 1988: 45-7.
6. Caione P, Nappe S, Capozza N, Minni B, Ferro F. Primary enuresis in children. Which treatment today. Minerva Pediatr. 1994; 46(10): 437-43.
7. Ian Oswald. Neurofisiología contemporánea . La Habana: Editorial Orbe. 1975: 361-3.
8. Rushton HG. Wetting and functional voiding disorders. Urol Clin. North Am. 1995; 22 (1): 75-93.
9. Stubbe Hannes A. Terapia de enuresis a través de dos aparelhos. The treatment of enuresis by alarm. Obras psiquiatr. 1985; 34(5): 297-302.
10. The Burton Golberg group. Alternative Medicine. The definitive guide future medicine publishing. Inc Puyalpup. Washington: Inc Puyaloup, 1993: 110-3,887-8.
11. Kreitz BG, Aker Pd. Nocturnal enuresis: treatment implications for the chiropracter. J. Manipulative Physical. The 1994; 17(3): 465-73.
12. Alan Dale R. Acupuntur con sus dedos. Sistema de 18 puntos . Miami Beach: Dialectic Publication, 1987: 27, 32-44.
13. Rigol Ricardo O. Manual de Acupuntura y digitopuntura del médico de la familia. La Habana: Editorial. Ciencias Médicas. 1992:2-16.
14. Mulet Pérez A. y Acosta BM. Digitopuntura. Holguín: Editorial Holguín . 1994: 7-25.
15. Edde Gerad. Manual práctico de digitopuntura. España: Editorial España 1981.

16. Zhang Jim, Zhang Jing. Fundamentos de acupuntura y Moxibustión de China. 1ed. Beijing: Editorial lenguas extranjeras . 1984: 369-78.
17. Bergson A. y Tuchak V. Digitopuntura Shiatzu: masaje japonés de presión sobre puntos. Acupuntura sin agujas. Barcelona: Edit. Aura. 1985: 7-30,71-74.
18. Lebedev VA. The treatment of neurogenic bladder dysfunction with enuresis in children using the SKENAR apparatus. Fisioter-Lech-Fiz-Kult. 1995; 7,8 (4): 6-25.
19. Miller K. Concomitant nohpharmacologic therapy in the treatment of primary nocturnal enuresis. Clin. Pediatr. 1993; 7(32).
20. Kachan AT. Acupunture reflexotherapy of neurogenic bladder dysfunction in children with enuresis. Neuropatol-Pskhiatir. 1993; 93(5): 2-40.
21. .Hom JC. Enuresis nocturna y su tratamiento homeopático: estudio de 20 casos tratados con Ilex Paraguensis. Homeopatía Mex. 1989; 528: 14-22.
22. Howe A, Walker E. Behavial management of toiler training. Enuresis and encopresis. Pediatr Clin Nort Am. 1992; 39(3): 416-22.
23. Vaughan MC, Kay N. Tratado de Pediatría. La Habana: Científico Técnica. 1992: 1311.
24. Doleys D, Dolce J. Control de esfínteres y enuresis. Clin Ped Norteam. 1982; 29 (2): 297.
25. Cohen MW. Enuresis. Clin Ped Norteam. México: Edit. Interamericana. 1975: 549-62.
26. Cracf MD, Cone TE. Manual de Terapéutica Pediátrica. La Habana: Científico Técnica. 1984: 176.

Dra. Rebeca Rodríguez Puente. Especialista en Psiquiatría Infantil. Máster en Medicina Natural y Tradicional. Policlínico Provincial de Especialidades Pediátricas. Camagüey, Cuba.