

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

11226
2er 82

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

DEPARTAMENTO DE MEDICINA GENERAL FAMILIAR Y COMUNITARIA

EL MEDICO GENERAL Y FAMILIAR EN EL
MANEJO DEL PACIENTE ENURETICO
EN CLINICAS DEL PRIMER NIVEL
EN EL D. F. EN 1987

T E S I S

PARA OBTENER EL DIPLOMA UNIVERSITARIO EN LA
ESPECIALIDAD EN MEDICINA GENERAL FAMILIAR

P R E S E N T A N

DRA. MA. DEL CARMEN RODRIGUEZ RUBALCAVA

DRA. MA. ASUNCION ROMERO TEJEDA



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MEXICO, D. F.

FEBRERO 1988



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

Antecedentes	1
Descripción del Problema	21
Justificación	23
Objetivos	24
Metodología	25
Resultados y Conclusiones	27
Protocolo de Manejo	36
Anexo	41
Bibliografía	45

ANTECEDENTES

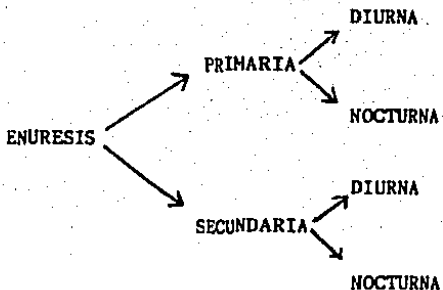
La enuresis ha sido motivo de preocupación desde épocas muy antiguas como lo menciona Glicklinch en su estudio histórico de este síndrome, remontándose hasta el papiro de Ebers que data del año 1550 A.C. (42). Etimológicamente deriva de la palabra griega "enourein" que significa vaciar la orina. La enuresis es un problema médico que se presenta con una frecuencia promedio de 20% en la edad infantil (1,12,50,54).

Se define la enuresis como la descarga involuntaria de orina posterior a los cuatro años de edad, ya que se considera que a esta edad y en condiciones normales se ha alcanzado la madurez del S.N.C. para efectuar un control voluntario adecuado. (1,12,54,66).

La enuresis se divide en primaria y secundaria; los niños con enuresis primaria nunca han logrado control vesical, mientras que aquellos con enuresis secundaria han tenido períodos secos de por lo menos seis meses antes de empezar a mojar (1).

La enuresis es diurna cuando el paso de orina ocurre durante los períodos de alerta, y la enuresis nocturna es la que sucede durante el sueño. Existen las diversas combinaciones que se hacen al momento de clasificar la enuresis como son: Enuresis Primaria Diurna con una frecuencia del 2%, Enuresis Primaria Nocturna con una frecuencia del 80 al 85%, - Enuresis Secundaria Diurna con una frecuencia muy baja y Enuresis Secundaria Nocturna con una frecuencia del 20%. (55). La Enuresis Mixta es aquella que se presenta durante el día y la noche y ocurre en el 15% de los

casos.



Con respecto a su etiología ha sido dividida en orgánica y funcional. La enuresis orgánica puede resultar de condiciones urológicas, metabólicas y neurológicas; la enuresis funcional resulta de problemas psicológicos y del medio ambiente, los cuales se ampliarán más adelante.

La edad de adquisición del control vesical varía en relación al sexo, la raza, diferencias culturales y algunos autores lo han relacionado con el peso del niño al nacer, señalando que los bebés con menos de 2500 grs son más lentos para lograr la continencia diurna y nocturna que los niños con peso normal o superior. (16).

En una muestra de población general, Sánchez Chapado encontró que a los tres años el 80% presentaba control vesical diurno y nocturno, lo cual está de acuerdo con lo encontrado por otros autores; sin embargo para Mckendry, Soule y Cohen el límite de edad de adquisición del control vesical es a los cinco años para las niñas y seis años para los niños (54).

Asrín y Foxx describen tres aspectos que deben valorarse para decidir si el niño está listo para iniciar el adiestramiento del control

de esfínteres: control vesical, aptitud física y aptitud para obedecer instrucciones, considerando que hay suficiente control vesical cuando el niño: a) orina buena cantidad de una sola vez en lugar de gotear continuamente, b) logra permanecer seco por varias horas y c) se da cuenta de su necesidad de eliminar.

Con respecto a la frecuencia de enuresis la literatura refiere que se presenta del 14 al 20% a los cinco años, 5% a los diez años y 2% a los dieciocho años (1). Diches presenta datos del 10% de los cinco a los siete años, 5% a los once años y 2% de los trece a los quince años. Aproximadamente uno en mil todavía tiene enuresis nocturna a los veinte años. (15).

Entre el 10 y el 25% de los enuréticos también sufren de encopresis. La enuresis y la encopresis deben ser vistas como síntomas y no como una enfermedad. (22).

La razón de enuresis en niños y niñas varía según diferentes autores. Algunos mencionan que hay una razón hombre/mujer de 3 a 2. (1). Otros están de acuerdo en que es más común en los niños que en las niñas después de los diez años y otros más en base a los estudios realizados consideran que no hay diferencia entre los sexos. (54).

Se ha propuesto una etiología múltiple para explicar la enuresis, que incluye: alteraciones en el desarrollo, deficiencias en el entrenamiento vesical, genéticas, orgánicas, ambientales, psicológicas, trastornos del sueño y susceptibilidad alimenticia. (1,38,43,54,55,63).

Normalmente el deseo de la micción se presenta cada vez que la vejiga está llena y su vaciamiento se lleva a cabo mediante contracción sostenida del músculo detrusor, esta función refleja requiere de influencias reguladoras de tipo inhibitorio y facilitador provenientes de centros

cuya maduración se adquiere de los dieciocho a los treinta y seis meses paralelo a la mielinización del S.N.C. El control diurno se alcanza antes que el nocturno. (11).

La hipótesis más comunmente aceptada con respecto a la enuresis primaria es que se asocia a un retardo en la maduración funcional del S.N.C. produciendo una demora en el desarrollo del mecanismo de control inhibitorio normal. (49).

Mimouni señala que el retardo en la edad ósea en los niños con enuresis primaria nocturna puede coexistir con un retraso en la maduración de las funciones reguladoras del S.N.C., esta hipótesis la basó en un estudio comparativo sobre el crecimiento y la maduración esquelética en niños enuréticos de origen étnico similar, sin encontrar diferencias significativas en el promedio de talla y peso en ambos grupos, ni en marcadores hormonales (se midieron hormona estimulantes del tiroides y tiroxina), aún embargo, la edad ósea fue un parámetro de utilidad, ya que mostró un retraso significativo con respecto a la edad cronológica en el grupo con enuresis primaria nocturna. (43).

Se han efectuado estudios urodinámicas en niños normales antes de alcanzar su control de esfínteres y en niños enuréticos, encontrando que tienen un patrón urodinámico similar que corresponde a la denominada vejiga infantil y se caracteriza por capacidad vesical disminuida, presión intravesical aumentada condicionada por un aumento en el tono de las fibras musculares vesicales y en el cistometograma existen contracciones en espiga del músculo detrusor durante la fase de llenado (contracciones no inhibidas). Estos mismos estudios urodinámicos efectuados durante el sueño tienen un patrón muy similar al descrito en los pacientes enuréticos a diferencia de los no enuréticos en que no existen contracciones

no inhibidas, y si las hay son de baja presión. (11).

El síndrome de disfunción cerebral mínima también se ha asociado a la presencia de enuresis y puede estar condicionado a anormalidades bioquímicas, genéticas, congénitas, daño perinatal hipóxico, bajo peso al nacimiento y otras lesiones o enfermedades establecidas durante los años críticos de desarrollo y maduración del S.N.C. (11).

Entre los factores ambientales y psicológicos es difícil establecer una diferencia ya que están estrechamente relacionados, sin embargo dentro de los factores puramente ambientales se ha considerado el nivel socioeconómico familiar del enurético.

Algunos autores como Duche, Disches, Shaffer y Cohen han estudiado la relación entre el nivel económico, educativo y sociocultural inferior y un predominio de enuresis que se va haciendo más significativo con la edad del niño. Sin embargo otros como Stein y Sánchez Chapado afirman que no existe diferencia alguna entre frecuencia de enuresis y condición social. (54).

Dentro de los factores psicológicos se ha visto que un episodio transitorio de stress que ocurra durante un período crítico del desarrollo puede ser causa de enuresis. Esta explicación es particularmente posible en la enuresis secundaria, pero también podría ser subyacente a una enuresis primaria.

Aparentemente hay un estado sensitivo y vulnerable en el desarrollo del control vesical nocturno, que se presenta durante el tercer año de vida, y si coexiste con un stress agudo o crónico puede interferir en el desarrollo de patrones normales de conducta. Se reporta que la frecuencia de enuresis es mayor en hogares rotos o después de una separación

traumática entre el niño y la madre.

Los niños enuréticos muestran relaciones afectivas menos integradas con la madre, a diferencia de lo que sucede con la figura paterna en donde no interesa el hecho de haber logrado el control vesical para que la relación afectuosa sea positiva. (1,13,54).

Un grupo de teorías psicológicas considera el síntoma enurético como resultado de aprendizaje defectuoso del control de esfínteres iniciado a edad temprana, exigido por una disciplina muy rígida, o al contrario con excesivo abandono. (35).

Por otro lado se ha tratado de dar sentido al comportamiento enurético indicando posibles causas pero sin intentar aclarar su mecanismo; entre estas teorías se encuentran las psicodinámicas para las que la enuresis es una forma de expresar una agresividad reprimida imposible de manifestar por otras vías; también la explican como persistencia de un comportamiento infantil o como el efecto de una regresión a un estadio anterior de la evolución psíquica. Otros autores la consideran como un sustituto del sueño o como un equivalente sexual. (54).

Al tomarse en cuenta el entorno del paciente enurético, se ha interpretado este síntoma como una forma de atraer la atención o como una expresión de angustia ante el temor de la pérdida de los padres, ruptura del hogar, nacimiento de un nuevo hermano, etc.

En la literatura se ha hecho mención a la personalidad enurética "típica", describiéndola con rasgos de impulsividad, sentimientos reprimidos, distracción, ambición, miedo a fracasar, sin embargo no se ha distinguido si ésto sea la causa o el efecto de no estar seco. (11). Sánchez Chapado y colaboradores, después de analizar seis rasgos caracterológicos

en su estudio de pacientes enuréticos, llegan a la conclusión de que no se puede hablar de un determinado perfil psicológico en estos pacientes. (56). De igual forma, diferentes autores encuentran que no hay alteración emocional como patrón particular que se asocie con la enuresis, aunque ésta se puede correlacionar con la ansiedad, excitabilidad e irritabilidad (1,13,54,55).

Al estudiar la enuresis, se ha observado que existe una tendencia familiar directa, pero no es claro si está genéticamente relacionada o si el factor ambiental es el determinante. Las investigaciones que se han hecho en esta área han revelado que la incidencia en gemelos ya sea monocigotos o dicigotos es casi igual que para la población general, sin embargo para los gemelos monocigotos es cerca del doble que para los dicigotos. Agarwal refiere que hay una concordancia del 68% entre gemelos monocigotos comparándola con el 36% de los gemelos dicigotos. (1).

También se ha observado que existe una mayor frecuencia de enuresis en niños cuyos padres padecieron enuresis, señalándose que cuando ambos padres fueron enuréticos el 77% de los niños presentaron enuresis, cuando uno de los padres fue enurético el 44% de los niños lo fueron, y si ninguno de los padres tuvo el antecedente, solo el 15% de los niños la presentó. (49) Bakwin refiere que el 20% de los enuréticos carece de antecedentes en los padres.

Tradicionalmente se ha postulado que la enuresis ocurre en pacientes con sueño muy profundo. Lo encontrado es que el sueño tiene dos fases alternadas descritas como la fase, "inhibitoria" o de movimientos no rápidos de los ojos (NREM) y la fase de "despertar" o movimiento rápido de los ojos. (REM).

El sueño se inicia con la fase NREM (con estadios del 1 al 4), teniendo una duración promedio de noventa minutos y siendo estos primeros ciclos los más profundos. Posteriormente ocurre la fase REM en la cual la mayoría de los sueños que recordamos ocurren y existe una mayor actividad autónoma. El número de ciclos de sueño que se experimentan cada noche varían de 4 a 6. (49).

En los pacientes no enuréticos cualquier contracción vesical que pudiese acompañar a una vejiga llena aparece solo durante la fase REM, resultando en un levantarse para el vaciamiento.

La enuresis está usualmente relacionada al primer ciclo de sueño (fase NREM), siendo esto demostrado a través de cistometogramas y electroencefalogramas durante el sueño en pacientes enuréticos, que revelan la presencia de contracciones desinhibidas del detrusor durante la fase NREM. Hay que mencionar aquí, que se ha identificado a un grupo de pacientes enuréticos de mayor edad en quienes el vaciamiento ocurre como un evento del despertar (durante la fase REM), encontrándose como característica en estos niños importante sintomatología neurótica, en contraste con el enurético más "típico" (NREM) quienes tienen una evidencia mínima de desajuste emocional o neurosis. Se piensa que los factores psicogénicos no son necesariamente la causa de la enuresis, sino que pueden ser importantes en su perpetuación, si la constelación neurótica se inició asociándose con el evento enurético. (42,49).

Como se mencionó anteriormente, durante años se señaló al sueño profundo como factor de enuresis, pero esta afirmación es equivocada, ya que los datos presentados coinciden más con la teoría de que los enuréticos tienen dificultad para despertarse.

Por otra parte, en estudios electroencefalográficos de enuréticos se ha demostrado un incremento en la incidencia de disritmias cerebrales (espigas paroxísticas y anormalidades de onda lenta), sin embargo la enuresis rara vez se asocia con epilepsia clínica. Otros autores han sugerido que estas anormalidades electroencefalográficas pueden ser atribuidas a un retraso funcional de la maduración en ciertas áreas del S.N.C. (49,50).

Ahora consideremos aquellas entidades orgánicas que deben ser excluidas cuando el médico atiende a un niño con el síntoma de enuresis. La mayoría de los investigadores reportan que la incidencia de lesiones orgánicas del tracto urinario en niños con sólo enuresis nocturna es entre el 2 y el 10%, y aún entre los adolescentes hay una escasez relativa de patología. (50).

La relación entre enuresis e infección urinaria está bien documentada (4), siendo las niñas con enuresis más susceptibles que las niñas normales y niños enuréticos a desarrollar urosepsis; en un estudio las niñas enuréticas tuvieron 2-6 veces más desarrollo de infecciones urinarias que las niñas no enuréticas, con una prevalencia que variaba de acuerdo a la severidad de la enuresis. (4).

La causa de ésta mayor susceptibilidad no se conoce, aunque pudiera estar relacionada a una presión intravesical anormalmente elevada. (28,49).

La enuresis es una clara indicación para examen y cultivo de orina y si se encuentra una infección que a pesar de dar tratamiento adecuado persiste, es recomendable buscar patología subyacente del tracto urinario con imágenes radiológicas. (28).

Shaffer señala que más de la mitad de los niños con infección urinaria entre los 5 y 10 años de edad son enuréticos, y que una infección urinaria oculta es cinco veces más frecuente en niños enuréticos que en los que no lo son. (59).

Se ha asociado el reflujo vesicoureteral a la infección urinaria por lo que también se ha pensado que pudiera contribuir a la presencia de enuresis. (28,55).

La estenosis de la uretra distal no es infrecuente en las niñas y puede ser responsable de enuresis con o sin infección urinaria. La estenosis meatal en los niños es casi invariablemente el resultado de una meatitis después de la circuncisión durante la infancia, siendo la meatotomía el tratamiento de elección. (28).

Otra patología del tracto urinario que puede manifestarse con enuresis es la obstrucción uretral por valvas, la cual causa hipertrofia variable del músculo vesical y de algún modo conduce a urgencia, polaquiuria y enuresis. (28,50).

Podesta y Buffa encontraron en 1984 al analizar la uropatía obstructiva en niños que no es raro que presenten como sintomatología vesical enuresis diurna y urgencia. (51).

Dentro del bajo porcentaje que ocupan las causas orgánicas, se ha considerado al ureter ectópico como una de ellas, aunque estrictamente hablando lo que ocasiona esta patología es un cuadro de incontinencia urinaria más que enuresis. (38).

En cada niño enurético debe considerarse una posible alteración neurológica. Los trastornos lumbosacros afectan la inervación de la vejiga, siendo el mielomeningocele la causa más frecuente de vejiga neurogé-

nica. La espina bífida oculta no está asociada a enuresis. (12).

La constipación también puede ser una de las causas para producir enuresis, explicándose así: la distensión rectal debida a retención de material fecal en la constipación funcional crónica, produce distensión vesical que puede causar estimulación de los receptores del arco de la micción resultando en contracciones irregulares del detrusor, que se traducen en enuresis. (46,47).

En la literatura se han documentado casos de alimentos alergenos que causan reducción en la capacidad vesical y un incremento en la irritabilidad vesical. En tales casos se obtuvo una mejoría dramática cuando se eliminaron ciertos alimentos tales como huevos, productos lácteos, chocolate, bebidas carbonatadas, refrescos de cola y jugos de frutas cítricas. (11,50).

Otros factores más raros que se han asociado con enuresis son diabetes mellitus, diabetes insípida y anemia drepanocítica.

VALORACION

Un aspecto de gran importancia en el estudio del niño enurético es la obtención de una historia clínica que investigue los factores etiológicos que tradicionalmente se han asociado a este síntoma (1,28,43), tales como antecedentes familiares, antecedentes prenatales y perinatales (enfermedades durante el embarazo, trabajo de parto prolongado, bajo peso al nacimiento, etc.), crecimiento y desarrollo, haciendo mención en la enseñanza y adquisición de hábitos, alteración en el medio ambiente familiar, características de la enuresis así como sintomatología asociada. Estos datos nos servirán para valorar si existen factores que pudieran ser la causa de esta patología o en su defecto contribuir para su mantenimiento. Una historia clínica cuidadosa y detallada del patrón exacto de la enuresis es una parte muy informativa de la evaluación y permitirá distinguir al paciente con probable vejiga neurogénica del paciente con una vejiga normal. (30).

Para que la exploración física sea de mayor utilidad debe incluir observación del chorro urinario, exploración de genitales y evaluación de la integridad neurológica, la cual se realizará inspeccionando el área de la columna vertebral (buscando protuberancias de grasa, depresiones, áreas de pigmentación o con pelo), comprobando reflejos periféricos, sensibilidad perineal y tono del esfínter anal. Esta exploración esta dirigida a descartar patología neurológica que interfiera con la función vesical.

Una historia clínica completa, el examen físico, el examen general de orina y el urocultivo pueden revelar la posible etiología de la enuresis en más del 90% de los casos (1) siendo requisitos indispensables

bles en toda evaluación además de poder ser obtenidos con gran facilidad en el primer nivel de atención médica.

La urografía excretora y la cistouretrografía miccional son los estudios que se utilizan para la exclusión de patología orgánica del tracto urinario cuando ésto es necesario, sin embargo no están indicados en niños enuréticos con exploración física normal, examen general de orina y urocultivo normales. La relación entre enuresis e infección está bien documentada por lo que la enuresis es una clara indicación para estos exámenes de orina, y si una infección es diagnosticada se debe iniciar tratamiento con antibióticos específicos, solicitandose un urocultivo de control para investigar la persistencia de infección urinaria la cual justificaría una evaluación radiológica.

Cuando en el urocultivo la cuenta de colonias bacterianas de una muestra recolectada adecuadamente contenga menos de 100 000 bacterias /cm³, no se debe asumir la postura de que es un cultivo negativo, se debe repetir para rectificar o ratificar el diagnóstico.

Al estudiar al paciente enurético se debe descartar la presencia de situaciones conflictivas que produzcan tensión importante en el niño tales como: pérdida de un familiar cercano, problemas maritales, hospitalización, nacimiento de un hermano, etc. Cuando un niño pequeño se asusta puede orinarse y si la tensión persiste, la enuresis puede transformarse en modelo ya sea por regresión o ansiedad crónica.

La enuresis relacionada con tensión habitualmente es de tipo secundario. Se menciona también que hay niños con enuresis diurna que tienen como base una conducta rebelde hacia métodos punitivos realizados o utilizados en el entrenamiento vesical. (58).

Cuando la valoración para enuresis es favorable y no hay evidencia de alteración orgánica neurológica, psicológica o urológica subyacente, el tratamiento puede ser iniciado.

Como se mencionará posteriormente, en nuestro medio no se le ha dado la debida importancia a este síntoma, como lo demuestran los pocos estudios de investigación realizados y la actitud tomada por el médico general y/o familiar ante estos pacientes, concretándose a referirlos en la mayoría de los casos al servicio de psicología.

TRATAMIENTO

Debido a los múltiples factores etiológicos involucrados, se han propuesto diversos tipos de tratamiento, sin embargo con cualquier forma de éstos, es importante coordinar esfuerzos entre el médico, los padres y el niño para obtener mejores resultados. Una atmósfera de optimismo al tratar niños enuréticos y sus familias es eficaz, brindándole al paciente confianza en sí mismo y tranquilidad a los padres, repercutiendo positivamente en el tratamiento. Una fuente de datos que apoya lo anterior es la información relativa a curas espontáneas. Forsythe señala un índice de curación espontánea anual del 1.4% para las edades de 5 a 9 años y 16% para las edades de 10 a 18 años. Mckendry y Cols encontraron que en el transcurso de 4 años de entrevistas, 50% de los enuréticos se habían curado sin terapia específica (12).

El médico que brinda atención primaria debe otorgar asesoría a los padres acerca de los procesos normales de crecimiento y desarrollo del niño así como la forma adecuada de la enseñanza del control de esfínteres, previniendo con esta actitud la utilización de métodos coercitivos que posteriormente pudieran relacionarse con la aparición de la enuresis.

Frecuentemente una medida que se adopta es levantar al niño cada noche, sin embargo, se ha demostrado que no se eleva el índice de curas espontáneas e inclusive puede retrasar la desaparición de la enuresis (12,49).

Una medida terapéutica que puede ser de gran ayuda es la orientación motivacional, en la que se alienta al niño a que tome la responsabili-

dad del síntoma, ya que si el niño desempeña una función pasiva en el tratamiento, probablemente toda mejoría será temporal. El médico debe tranquilizar a los pacientes y sus padres, explicándoles la etiología y pronóstico de la enuresis, asimismo debe brindar un refuerzo positivo cuando haya habido noches en las que el niño permaneció seco, propiciandolas con recomendaciones como la restricción de líquidos 3 horas antes de ir a la cama y el orinar cuando vaya a acostarse. Se ha reportado que del 70 al 90% de los pacientes obtienen una disminución de la enuresis en aproximadamente el 80% (58).

Basandose en la observación de que muchos niños con enuresis tienen una capacidad funcional reducida, se ha utilizado el entrenamiento vesical cuyo objetivo es aumentar esta capacidad y prolongar los intervalos de las micciones. (6). La técnica del entrenamiento consiste en llevar un registro diario de los volúmenes de vaciamiento, forzar líquidos y hacer un esfuerzo para ampliar el tiempo entre cada micción. Se ha documentado por cistometogramas que los pacientes cuya capacidad vesical se incrementa, muestran una disminución de la irritabilidad vesical y desaparición de contracciones involuntarias (50). Al niño con capacidad vesical normal puede instruírsele para que haga ejercicios de interrupción del chorro urinario, estos ejercicios pueden ayudar a aumentar la capacidad de resistir espasmos vesicales (58).

Con respecto a la farmacoterapia, son varios los medicamentos que se han probado en el manejo de la enuresis, aunque el más utilizado y el más ampliamente estudiado es el clorhidrato de Imipramina, un antidepresivo tricíclico cuyos efectos benéficos fueron reportados por primera ocusión por Mac Lean en 1960. De ese estudio a la fecha existen numerosas

investigaciones controladas que confirman el efecto estadísticamente favorable de la imipramina en pacientes con enuresis nocturna aislada, sin sintomatología urinaria diurna y pruebas urodinámicas normales. (1,11, 30,49). En 1982 Roy Meadow reportó un estudio doble ciego efectuado en 27 niños con enuresis diurna o mixta, los cuales no respondieron al tratamiento con imipramina, sugiriéndose que no debe de ser indicado en este tipo de enuresis. (53)

El mecanismo de acción de la imipramina no es bien comprendido, se piensa que actúa incrementando el tono del músculo liso del cuello vesical y uretra posterior secundario a su acción anticolinérgica y estimulación de los receptores alfa del cuello vesical. Se ha comprobado también una modificación de los estudios del sueño en los pacientes que toman imipramina, disminuyéndose la fase 3 y 4 NREM de su sueño profundo, que es en donde ocurre la enuresis.

La mayoría de los autores concuerdan con que la tasa de remisión con imipramina es de aproximadamente 40 a 50%, sin embargo la tasa de recaída es alta; sólo un tercio de los pacientes permanecen continentes cuando el medicamento es suspendido (1,11,12,49,53). Generalmente esto ocurre porque el medicamento no se dió por un tiempo suficiente o porque se suspendió abruptamente. Para evitar la recaída, la imipramina debe quitarse sólo después que el niño ha permanecido seco todas las noches durante 6 semanas, descontinuándose gradualmente en el lapso de 4 a 6 semanas (1,12). La dosis recomendada de imipramina es de .9 a 1.5 mg/kg/día 30 minutos antes de acostarse (25 mg en niños de 6 a 8 años y 50 mg en niños mayores). Después de iniciarse el tratamiento se debe valorar la respuesta en 10 a 14 días con el fin de ajustar la dosis o el tiempo de administración (49). En caso de no existir reacción se puede aumentar

la dosis a 75 mg, si con esta dosis prescrita por dos semanas más no se presenta mejoría, se puede considerar que el medicamento no fue efectivo (1,53).

La Food And Drug Administration (Administración de Alimentos y Medicamentos), no ha aprobado el uso de la imipramina en niños menores de 6 años (58), ya que más fácilmente puede presentarse una toxicidad severa en este grupo pediátrico por el reducido espacio de distribución corporal, los pacientes con sobredosis pueden presentar desde los efectos típicos de la atropina (sequedad de mucosas, visión borrosa, retención urinaria, taquicardia, etc) hasta alteraciones que amenazan la vida como arritmias, coma, convulsiones, etc. (25).

El mayor peligro en la administración de la imipramina es la sobredosis accidental, por lo que se les debe recomendar a los padres que observen la sintomatología anteriormente mencionada y no dejen el medicamento al alcance de los niños.

Se ha demostrado que casi todos los enuréticos primarios diurnos-nocturnos tienen vejigas inestables (por contracciones desinhibidas del detrusor), y que aproximadamente el 10% de la población tiene éste tipo de alteración, la posibilidad de presentar enuresis aumenta cuando además se tiene un patrón de sueño profundo (61); es en éste tipo de pacientes en quienes se ha reportado un resultado favorable con el uso de anticolinérgicos como la oxibutinina (dosis de 75 mg dos veces al día por una o dos semanas), propantelina y metantelina, combinándose con entrenamiento vesical (1,11,20,30,49,58).

Con respecto a los agentes antidiuréticos, Mordechay y cols. efectuaron un estudio doble ciego en 32 niños con enuresis nocturna admi-

nistrándoles por 30 días desmopresina a razón de 10 mg al acostarse o placebo, obteniéndose resultados excelentes o satisfactorios en 12 niños y ningún resultado en 3 pacientes, a diferencia de los niños con placebo en donde sólo un paciente tuvo respuesta excelente. Se observó también que los niños mayores de 10 años son los que presentan mejores resultados (44).

Otros autores han postulado que la incontinencia urinaria y la enuresis son secundarias a un desbalance de neurotransmisores (catecolaminas) dentro de la estructura basal ganglionar, sugiriéndose a los agonistas de la dopamina como terapéutica alternativa de los tricíclicos en el tratamiento de la enuresis (3).

El tratamiento con aparatos para producir condicionamiento (alarma) tiene un porcentaje de curación de aproximadamente 60%, el índice de recaídas es de 30% (6,58). Este dispositivo funciona sobre la base de que el zumbador hace que el niño despierte súbitamente y contraiga el esfínter vesical externo, suprimiendo así el reflejo de la micción. Muchos niños llegan a formar un nuevo hábito de despertar durante la noche para ir a orinar y se curan sin que cambie la pequeña capacidad vesical. En otros niños se forma un aumento de sensibilidad a contracciones vesicales durante la noche, aprenden a inhibir el reflejo de la micción y no tienen que despertar. Habitualmente empieza a haber noches sin enuresis durante el segundo mes y las curaciones ocurren en el tercer y cuarto mes. El niño deberá seguir utilizando el dispositivo hasta que haya permanecido sin enuresis durante 3 semanas, si posteriormente se presentase nuevamente el síntoma, se puede reiniciar un segundo curso de condicionamiento obteniéndose buenos resultados más rápidos y permanentes (61).

La complicación más frecuente es un rash en perineo y región glútea consistente en pápulas rojas o úlceras y se supone que pueden deberse a electrólisis y eventualmente a daño celular (12).

Paul Roy considera que la alarma puede ser efectiva en un 85 a 90% de los niños que estén motivados y a quienes su situación social les permita llevar este tratamiento ya que su costo es de aproximadamente 50 dólares (además de no existir en el país). (53).

La hipnoterapia ha sido reportada como alternativa afectiva o una forma adjunta de tratamiento para la enuresis, sobre todo en aquellos pacientes que tienen una causa tensional precipitante o un alto nivel de tensión familiar al inicio de la enuresis (11,17).

Con respecto a la psicoterapia ésta será indicada cuando exista la firme sospecha de psicopatología significativa.

En ciertas circunstancias una remisión dramática ha seguido a la eliminación de ciertos alimentos (huevos, productos lácteos, chocolates, jugos de frutas cítricas, bebidas carbonatadas, etc.), por lo que en estos casos puede existir una base alérgica. La terapia con dieta es efectiva en una minoría de pacientes enuréticos.

DESCRIPCION DEL PROBLEMA.

En nuestro país el primer nivel de atención es la vía de entrada al sistema de atención médica del sector salud, siendo el médico general y/o familiar el encargado de brindar este servicio, de ahí que, es en este tipo de unidades de primer contacto donde debe detectarse la patología de mayor morbilidad y mortalidad y abordarse desde el inicio en forma adecuada e integral.

La enuresis afecta del 2 al 20% de la población infantil (1), considerándose que la edad óptima para hacer el diagnóstico de dicha entidad es de cuatro años (55). Por su frecuencia relativamente alta, la mayoría de los autores coinciden en que el médico del primer nivel de atención debe estar capacitado para manejar el mayor número de los pacientes enuréticos, conociendo su historia natural y brindando un abordaje integral, y sólo referir a otro nivel de atención a aquellos pacientes que por presentar una probable etiología orgánica así lo requieran.

Un aspecto importante que no debe ser pasado por alto al valorar a estos pacientes, es el impacto que puede tener el padecimiento en el niño y sus padres, ya que habitualmente es causa de ansiedad para ambos motivando una mayor alteración en el funcionamiento vesical del enurético con lo que se perpetúa este síntoma.

En las clínicas de medicina general no se estudia adecuadamente al paciente enurético como lo demuestra un estudio realizado en la unidad de primer nivel de atención del I.S.S.T.E. (CLINICA DR. IGNACIO CHAVEZ) en donde la mayoría de los pacientes eran enviados al servicio de psicología médica sin el mínimo de estudios encaminados a investigar el

padecimiento, no responsabilizándose del enfermo y su tratamiento. (62).

Por tales motivos es de interés valorar el nivel de conocimientos que con respecto a esta patología el médico general y/o familiar poseen, pues de su actitud dependerá la evolución y el pronóstico de los pacientes.

JUSTIFICACION

El propósito de mayor relevancia para realizar este estudio va encaminado a señalar los lineamientos generales para el manejo integral de los pacientes enuréticos vistos en el primer nivel de atención ya que la intervención del médico general y/o familiar en las diferentes etapas del curso de una enfermedad es determinante, debido a que puede efectuar acciones de promoción y prevención, orientando a los padres acerca del crecimiento y desarrollo del niño así como la enseñanza apropiada en el control de esfínteres y la edad recomendada para ello.

El médico del primer nivel está en contacto continuo con sus núcleos familiares, teniendo la oportunidad de conocer la dinámica familiar y el entorno social, por lo que en caso de existir disfunción en éstas áreas que predispongan, desencadenen o perpetúen la enuresis, existe la posibilidad de orientar y dar atención adecuada.

El estudio integral del paciente enurético brinda una mayor oportunidad de efectuar el diagnóstico etiológico, investigando la posibilidad de que exista una patología orgánica condicionante de secuelas, las cuales ameritarían derivación a un segundo y tercer nivel de atención.

Si el médico analiza los factores anteriormente mencionados dispondrá de mayores recursos para otorgar el tratamiento específico a cada paciente en particular.

Para tener un parámetro que refleje la actitud tomada por el médico, es necesario recabar información relacionada con los conocimientos teóricos y la intervención que efectúa, con el objeto de proponer

en caso necesario un mejor esquema de abordaje para su resolución.

OBJETIVOS

Identificar el nivel de conocimientos que posee el médico general y/o familiar de la enuresis.

Proponer un protocolo de estudio adecuado para que pueda efectuarse un diagnóstico y tratamiento oportunos en los pacientes enuréticos.

Contribuir a mejorar el nivel de conocimientos de los médicos generales y/o familiares acerca de la enuresis y así tendrán oportunidad de llevar a cabo un abordaje integral del paciente.

METODOLOGIA

Tipo de estudio: Descriptivo Transversal.

Se identificaron a 35 médicos familiares y 35 médicos generales, siendo un total de 70 médicos (muestra no probabilística) a los que se les aplicó un cuestionario (Anexo) en el transcurso de las dos últimas semanas del mes de Septiembre de 1987. Dichos médicos laboran en diferentes unidades del primer nivel de atención del I.S.S.S.T.E. y S.S., ubicadas en el D.F. siendo las siguientes Clínicas: Tlalpan, Gustavo A. Madero, Marina Nacional, Dr. Ignacio Chávez, Del Valle, Oriente, Centro de Salud Portales y Dr. Castro Villagrana.

La selección de las clínicas fue en base a la mayor cantidad de médicos familiares que laboran en estas unidades.

El análisis de los resultados será a través de medidas de Resumen presentándose los resultados en cuadros.

El cuestionario inicia con una introducción que explica la finalidad de su aplicación, haciendo hincapié en que se responda verazmente lo que realiza el médico en su práctica; posteriormente el interrogado debe marcar si es médico general, médico familiar (egresado de la especialidad), la clínica en donde labora así como su turno de trabajo.

A continuación se deben de contestar 20 preguntas, siendo 7 de falso, verdadero, no se, 9 de opción múltiple y 4 preguntas de respuesta abierta.

Las preguntas 1, 4 y 7 señalan conceptos relacionados con la

definición; algunos aspectos etiológicos atribuidos a la enuresis son investigados en las preguntas 2, 6, 8, y 17; la clasificación actual de esta patología se indaga en la pregunta 3 así como en la 19; los puntos relevantes de la evaluación son mencionados en las preguntas 9, 10 y 20; con respecto a las modalidades terapéuticas que más se han estudiado, se investiga si éstas son realizadas por el médico a través de las preguntas 11, 13, 14, 15, 16 y 18; una medida preventiva como es el entrenamiento para el control de esfínteres a una edad adecuada se indaga en la pregunta 5; por último, la referencia que se efectúa a las especialidades médicas que de alguna u otra forma han tratado a los pacientes enuréticos es investigada en la pregunta 12.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se aplicaron 70 cuestionarios a médicos generales y familiares de las siguientes clínicas del I.S.S.S.T.E. y S.S.: Tlalpan, Gustavo A. Madero, Marina Nacional, Dr. Ignacio Chávez, Del Valle, Oriente, Centro de Salud Portales y Dr. Castro Villagrana.

De los cuales 35 fueron de Médicos Generales y 35 de Médicos Familiares.

Se analizaron los siguientes aspectos de la Historia Natural de la Enuresis como: Definición, Etiología, Clasificación, Valoración, Tratamiento y Prevención, obteniéndose la siguiente información:

En cuanto a la definición, la mayoría de ellos conoce el concepto de enuresis, teniendo una respuesta acertada en la pregunta 1 el 91% de los médicos familiares y 71% de los médicos generales; en la pregunta 2 surgen dudas en los dos grupos con respecto a la edad a la que se debe considerar a un niño como enurético, pudiendo ser ocasionado por el amplio margen de edades que manejan los diferentes autores, sin embargo la edad más aceptadas para hacer este diagnóstico es a los 4 años. El 68.5% de los médicos familiares contestaron correctamente y el 51.4% de los médicos generales. Asimismo en la pregunta 7 ambos grupos conocen la diferencia entre incontinencia urinaria y enuresis, obteniéndose un 71.4% de aciertos para los médicos familiares y un 74.2% para los médicos generales. (Cuadro 1.-pag. 31).

El cuadro número dos contiene los porcentajes de aciertos obtenidos al investigar los factores etiológicos relacionados a la enuresis. En la pregunta 2 la mayoría de los médicos generales tienen presente que la infección urinaria no es la causa más común de enuresis, acertando en un 85.7% de sus respuestas, al igual que los médicos familiares quienes contestaron adecuadamente en un 71.4%. La pregunta 8 que investigó los antecedentes prenatales y perinatales que se asocian a la enuresis el 42.8% de médicos generales y el 51.4% de médicos familiares los conocen. En la pregunta 17 se observó que el 100% de los médicos generales y el 43% de los médicos familiares creen que el factor psicopatológico juega un papel importante en la etiología de la enuresis, lo cual es erróneo, pues no se tiene presente que se trata de una entidad de origen multifactorial existiendo otras posibles causas como: retraso en la maduración, trastornos del sueño, factores genéticos, alteraciones orgánicas, posibles alergias, factores ambientales etc. La pregunta 6 que indaga esta misma causa se obtuvieron porcentajes de aciertos muy bajos, ratificando lo anteriormente mencionado. (Cuadro 2, pag. 31).

La Enuresis se ha clasificado tradicionalmente en: Enuresis diurna, nocturna y mixta; Enuresis primaria y secundaria y Enuresis orgánica y funcional. En la pregunta 3 la mayoría de los médicos generales (91.4%) y médicos familiares (97%) conocen que la enuresis nocturna es la más frecuente, sin embargo han olvidado los otros tipos de Enuresis, recañándose en la pregunta 19 tan solo un 14.2% de aciertos para médicos familiares y un 10% para los médicos generales. (Cuadro 3, pag. 32).

La edad de inicio para el entrenamiento del control de esfínteres es generalmente a los dos años, si se recuerda que en esta etapa ya se encuentra presente el grado de maduración necesario del S.N.C. para lograr el éxito del entrenamiento. Aproximadamente la mitad de los médicos generales y familiares contestaron adecuadamente a la pregunta 5. (Cuadro 4, pag. 32).

Como en cualquier otra patología la valoración inicial es muy importante ya que dará pauta al tipo de manejo que debe proporcionarse; la pregunta 9 investiga este aspecto, los médicos generales contestaron acertadamente en un porcentaje de 34.2% y los médicos familiares en un porcentaje de 71.4. Al investigar en la pregunta 10 si dentro de la valoración realizan estudios tendientes a descartar patología neurológica, urológica, familiar o social, se obtuvo un porcentaje de aciertos más alto, siendo de 88.8% y de 74.2% para médicos familiares y generales respectivamente. Asimismo un poco más de la mitad de ambos grupos están de acuerdo en que la urografía excretora no es indispensable para estudiar a un paciente enurético, dato recabado en la pregunta 20. Al analizar éstos datos se encuentran respuestas contradictorias ya que si bien el médico sabe que debe descartar las patologías anteriormente mencionadas, desconoce como iniciar su estudio. (Cuadro 5, pag. 33).

En la pregunta 15 el 97% de los médicos familiares y el 68.5% de los médicos generales señalaron que la imipramina es el medicamento más usado, y ésto concuerda con lo referido en la literatura; pero sin embargo al investigar el tiempo en que se debe valorar si se obtuvo mejoría con este medicamento, el 68.6% de médicos familiares y el 74.3% de

médicos generales se equivocaron en la pregunta 16 al indicar un período mayor de dos semanas. Otras modalidades terapéuticas ampliamente utilizadas son la orientación motivacional y el entrenamiento vesical, siendo no recordadas por los médicos generales y familiares como lo demuestra el bajo porcentaje de aciertos obtenido en las preguntas 14 y 18 en ambos grupos para la orientación motivacional que fue de 1.4%; y en el entrenamiento vesical los médicos familiares obtuvieron 14.2% y los médicos generales 5.7%. (Cuadro 6, pag. 34).

La pregunta número 12 investigó los servicios a los que se refiere con más frecuencia a éste tipo de pacientes, observándose que más de la mitad de los médicos refieren al enurético con el psicólogo. (Cuadro 7, pag.35).

Al analizar estos cuadros se concluye que si bien existe cierta diferencia en cuanto al mayor conocimiento que posee el médico familiar de esta patología, el tratamiento que brindan ambos grupos es inadecuada.

Cuadro 1
Definición de Enuresis

Médicos	Preguntas		
	1	4	7
Familiares	91.4 %	68.5 %	71.4 %
Generales	71.4 %	51.4 %	74.2 %

Fuente: Cuestionario de preguntas.

Cuadro 2
Etiología de la Enuresis.

Médicos	Preguntas			
	2	6	8	17
Familiares	71.4 %	34.2 %	51.4 %	42.8 %
Generales	85.7 %	17.1 %	42.8 %	0 %

Fuente: Cuestionario de preguntas.

Cuadro 3
Clasificación de la Enuresis

Médicos	Preguntas	
	3	19
Familiares	97 %	14.2 %
Generales	91.4 %	10 %

Fuente: Cuestionario de preguntas.

Cuadro 4
Prevención de la Enuresis

Médicos	Pregunta 5
Familiares	51.4 %
Generales	54.2 %

Fuente: Cuestionario de preguntas.

Cuadro 5

Valoración de la Enuresis.

Médicos	Preguntas		
	9	10	20
Familiares	71.4 %	88.8 %	57 %
Generales	34.2 %	74.2 %	51.4 %

Fuente: Cuestionario de preguntas.

Cuadro 6
Tratamiento de la Enuresis.

Médicos	Preguntas					
	11	13	14	15	16	18
Familiares	68.5 %	81.4 %	1.4 %	97 %	31.4 %	14.2 %
Generales	38.5 %	60 %	1.4 %	68.5 %	25.7 %	5.7 %

Fuente: Cuestionario de preguntas.

Cuadro 7
Referencia de Pacientes

SERVICIO	MEDICOS FAMILIARES	%	MEDICOS GENERALES	%
UROLOGIA	1	2.8 %	5	14.2 %
PSICOLOGIA	19	54.2 %	21	60 %
NEUROLOGIA	0		1	2.8 %
PSIQUIATRIA	6	12.1 %	4	11.7 %
NINGUN SERVICIO DE LOS ANTERIORES	9	25.7 %	3	8.5 %

Fuente: Cuestionario de Preguntas.

PROTOCOLO DE MANEJO

El objetivo final de este trabajo es proponer un protocolo de estudio del paciente enurético, para que en un primer nivel de atención médica pueda brindarse un diagnóstico y tratamiento oportunos en la mayoría de los casos y así disminuir en forma importante el número de referencias al especialista.

El protocolo de manejo que se propone es el siguiente:

Se debe tomar como enurético a todo paciente que presente micción inconsciente e involuntaria, nocturna y/o diurna después de los 4 años de edad.

La evaluación inicial de estos pacientes debe de incluir una historia clínica completa, investigándose antecedentes familiares de enuresis, antecedentes prenatales y perinatales, características de crecimiento y desarrollo, adquisición de hábitos higiénicos, sintomatología urinaria asociada (aumento de la frecuencia, urgencia, disuria, etc.) y antecedentes de infecciones urinarias corroboradas por laboratorio. Una parte muy importante de la recolección de datos es la descripción del patrón de enuresis, (clasificación).

De igual forma se deben investigar alteraciones en el funcionamiento familiar así como las causas que puedan generar angustia en un niño, como son: nacimiento de un hermano, separación de la madre, cambio de escuela, conflicto entre los padres, pérdida de alguna figura representativa, etc.

Se deben conocer también si la familia utilizó ciertas creencias sociales en la enseñanza del control de esfínteres como el entrenamiento

a edad temprana o aplicación de métodos inadecuados.

La Exploración Física debe incluir examen cuidadoso del área genital, explorando humedad continua, sensibilidad, tono del esfínter anal; se sugiere que para completar esta exploración hay que observar el chorro urinario con el fin de comprobar posibles alteraciones en su fuerza y calibre, interrupción del mismo, etc. En extremidades se buscarán los reflejos osteotendinosos.

Se solicitarán Exámenes General de Orina y Urocultivo.

Los datos que aporte la historia clínica, la exploración física y los resultados de estos exámenes de laboratorio nos orientarán en la mayoría de los casos a determinar si la etiología de la enuresis es orgánica (2 a 10%) o funcional (90%).

Como en la mayoría de los casos la enuresis corresponde a esta última causa, estos pacientes no requieren ser canalizados a otro servicio.

En caso de que una infección urinaria sea documentada hay que dar tratamiento específico y repetir nuevos exámenes al finalizar el tratamiento, si éstos nuevamente indicaran la presencia de infección urinaria el paciente se referirá a urología para que sea estudiado con exámenes más específicos como urografía excretora, cistometogramas, etc.

Cuando en esta evaluación inicial se obtengan datos de alteraciones orgánicas a nivel neurológico o psicológico se debe de referir al paciente a la especialidad que corresponda.

Si los exámenes efectuados son normales, o si una primera infección cede con el tratamiento específico, y persiste la enuresis, el tratamiento para enuresis funcional se iniciará tomando en cuenta dos aspectos: a) el niño, su edad, las repercusiones que tiene la enuresis en su desarrollo y b) a los padres, con su grado de angustia, nivel de educa-

ción, interés, etc.

Con respecto a la misma patología, las indicaciones van a diferir de acuerdo al horario de la enuresis. Se ha visto que la enuresis diurna no tiene buena respuesta a los antidepressivos, no así la enuresis nocturna. Cuando la enuresis es mixta se debe tratar primero la enuresis diurna.

El tratamiento para la enuresis nocturna variará de acuerdo a la edad del paciente: de los 4 a los 6 años sólo se utilizará orientación motivacional, ya que el niño aún es pequeño para entender los ejercicios vesicales y ser responsable de ellos.

La Orientación Motivacional comprende:

- 1.- Explicar el síntoma
- 2.- Tranquilizar a los padres y a el paciente
- 3.- Responsabilizar al paciente de su síntoma (papel activo)
- 4.- Refuerzo positivo

De los 6 a los 8 años se les puede indicar además de la orientación motivacional los ejercicios vesicales que consisten en:

- 1.- Aumentar los líquidos en el día con disminución de líquidos por la noche
- 2.- Que orine antes de acostarse
- 3.- Aguantar la micción lo más que pueda
- 4.- Medir el volumen urinario cada semana

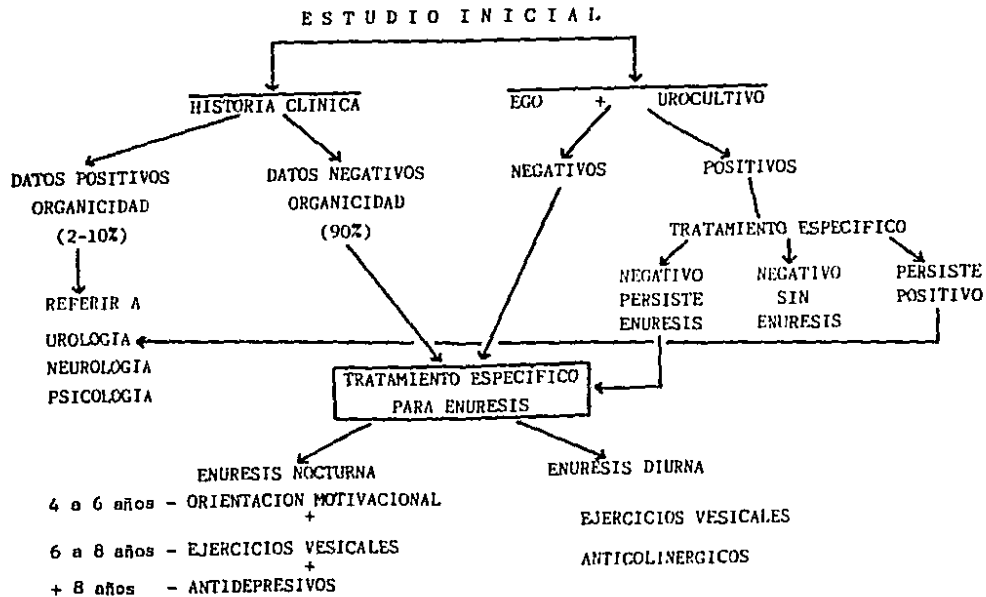
Sólo posterior a los 8 años si no ha remitido el síntoma después de 6 meses con las medidas anteriormente mencionadas se adicionarán los antidepressivos, siendo el más usado la imipramina a dosis de 50 mg al acostarse durante dos semanas, valorándose en este lapso la respuesta al medicamento.

En caso de no existir reacción favorable se puede aumentar la dosis a 75 mg por dos semanas más, si no se obtiene respuesta se puede considerar que el medicamento no ha sido efectivo.

Cuando existe respuesta a la imipramina, ésta debe de quitarse sólo después de que el niño ha permanecido seco todas las noches por 6 semanas, descontinuándose gradualmente en el lapso de 4 a 6 semanas.

La imipramina no produce buenos resultados en los pacientes con enuresis diurna, siendo la piedra angular en el tratamiento de estos pacientes los ejercicios vesicales. Aquellos pacientes que además presenten urgencia se les puede también indicar un anticolinérgico.

ENURESIS



ANEXO

Este cuestionario se aplica con fines de investigación, por lo que es necesario que la respuesta sea veraz, es decir que se responda lo que se hace en la práctica y no lo que se cree que debería hacerse.

Lea cuidadosamente las siguientes preguntas. En las preguntas de opción múltiple marque la letra con la aseveración que considere correcta.

En las preguntas abiertas responda concretamente.

Médico General _____ Médico Familiar _____
Clínica _____ Turno _____

1.- La enuresis es el vaciamiento involuntario de orina que persiste posterior a los cuatro años de edad.

cierto _____ falso _____ No se _____

2.- La infección urinaria es la causa más frecuente de enuresis.

cierto _____ falso _____ no se _____

3.- El 85% de los enuréticos tienen enuresis nocturna.

cierto _____ falso _____ no se _____

4.- La edad a la que considera un niño enurético es:

3 años _____ 10 años _____ 4 años _____

2 años y medio _____ 9 años _____

5.- A que edad recomienda a los padres que inicien el entrenamiento del niño para que aprenda el control de esfínteres?

Menos de un año _____ Al año _____ 3 años _____

2 años _____ 4 años _____

paciente con enuresis funcional?

- a) Desde la primera visita.
- b) Una vez descartada la presencia de infección de vías urinarias
- c) Después de haber intentado orientación motivacional
- d) Intentar previamente entrenamiento vesical
- e) c y d

12.- A que servicio deriva a su paciente enurético con mayor frecuencia y señale el porcentaje aproximado.

- a) Urología
- b) Psicología
- c) Neurología
- d) Psiquiatría
- e) Ninguno de los anteriores

13.- En caso de utilizar medicamentos, mencione usted cuales usa.

14.- Qué orientación motivacional da usted al paciente y su familia?

15.- Que antidepressivo tiene mayor uso para éste padecimiento?

- | | |
|------------------|------------------------------|
| a) Amitriptilina | d) Imipramina |
| b) Anfetamina | e) Ninguno de los anteriores |
| c) Nortriptilina | |

16.- Cuando utiliza un antidepressivo, en cuanto tiempo debe valorar si

hay mejoría?

a) dos semanas

d) tres meses

b) seis semanas

e) seis meses

c) dos meses

17.- La interconsulta al servicio de psicología médica es indispensable porque la enuresis es un problema psicológico en un 80% de los casos.

cierto _____ falso _____ no se _____

18.- Un buen entrenamiento vesical comprende?

19.- Cuantos tipos de enuresis conoce usted?

20.- Considera que la urografía excretora es un estudio indispensable para la valoración del enurético?

cierto _____ falso _____ no se _____

BIBLIOGRAFIA

- 1.- AGARWAL, Anupam. "Enuresis" American Family Physician 25 (5) may, 1982. p. 203-207
- 2.- AJURIAGUERRA, de J. Manual de Psiquiatria Infantil 5a. ed. Barcelona: Toray Masson, 1982. p. 123-129
- 3.- AMBROSINI, P.J. "A pharmacological paradigm for urinary incontinence and enuresis" J. Clin. Psychopharmacology 4 (5) oct, 1984. p. 247-253
- 4.- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS COMITEE OF RADIOLOGY. "Excretory urography for evaluation of enuresis" Pediatrics 65:1980 p. 49-50
- 5.- BAKWIN, H. "Enuresis in twins" Am. J. Dis. Child. 121:1971 p. 222
- 6.- BERG, Ian; Forsythe, I; and Mc Guire, R. "Response of bedwetting to the enuresis alarm influence of psychiatric disturbance and maximum functional bladder capacity" Arch. Dis. Child. 57:1982. p. 394-396
- 7.- BIERMAN, Gerd. Manual de Psicoterapia Infantil Barcelona: E-poxs, 1973. V.2 p. 1006-1016
- 8.- BOJAR, Samuel and Peter Reich. "Psychosomatic aspect of urology" en: Urology 4a. ed. Philadelphia: W.B. Saunders, 1979. V.2 cap. 60 p. 1903-1922
- 9.- BRAMBLE, R.J. "The treatment of adult enuresis and urge incontinence by enterocystoplasty" British J. Urology 54 (6) dec, 1982. p. 693-696
- 10.- CALEF, V.; Weinskel Em, Renik O. "Enuresis a functional equivalent of a fetish" Int. J. Psychoanal 61(3)1980. p. 295-305
- 11.- CAMPBELL, William A. "Enuresis and the childhood bladder dysfunctions" En: Urology in Practice Philadelphia: Little Brown 1978 cap.20 p. 231-240
- 12.- COHEN. "Enuresis" Pediatric Clin North Am. 25:1975 p. 545-560

- 13.- COUCHELLS, Stella; Suzanne Bennet and Carter Randy. "Behavioral and environmental characteristic of treated and untreated enuretic children and matched nonenuretic controls" Journal of Pediatrics 99(5) nov, 1981. p. 812-816
- 14.- DIAMOND, J.M., Stein, J.M. "Enuresis: a new look of stimulant therapy" Canadian Journal of Psychiatry 28(5) aug, 1983 p. 395-397
- 15.- DISCHE, S.; Yulew; Corbett, J. "Childhood nocturnal enuresis: factors associated with outcome of treatment with an enuresis alarm" Dev. Med, Child Neurol. 25(1) feb, 1983 p. 67-80
- 16.- DOLEYS, D.M.; Dolce, J.J. "Toilet training and enuresis" Pediatric Clin North Am 29(2) apr, 1982. p. 279-313
- 17.- EDWARDS, S.D.; Vander, Spuy H. "Hypnotherapy as a treatment for enuresis" J.Child Psychol Psychiatry 26(1) jan, 1985 p. 161-170
- 18.- FERGUSSON, D.M.; Horwood L.J., and Shannon F.T. "Factors related to the age of attainment of nocturnal bladder control" Pediatrics 78(5) nov, 1986. p. 884-890
- 19.- FOXMAN, B., Valdez, R.B. and Brook, R.H. "Childhood enuresis: prevalence, perceived impact, and prescribed treatment" Pediatrics 77(4) apr, 1986. p. 482-487
- 20.- FREWEN, William. "Role of bladder training in the treatment of the unstable bladder in the female" Urologic Clinics of North America 6(1) feb, 1979 p. 273-277
- 21.- FRIMAN, P.C. "A preventive context for enuresis" Pediatric Clin North American 33(4) aug, 1986. p. 871-876
- 22.- FRITZ, G.K.; Ambrust, J. "Enuresis and encopresis" Psychiatr Clin North Am 5(2) aug, 1982. p. 283-296
- 23.- GEFFKEN, G.; Johnson, S.B.; Walker, D. "Behavioral interventions for childhood nocturnal enuresis; the differential effect of bladder capacity on treatment progress and outcome" Health Psychol 5(3) 1986 p. 261-272
- 24.- GIBSON, O.K. "The pathology of incontinence and principles of treatment" En: Year Book Medical Publishers Philadelphia: Scientific Foundation of Urology, 1976. V.2 cap. 13 p. 95-100
- 25.- GREENE, Arthur; Cromie, William. "Treatment of imipramine overdose in children" Urology 17(3) sept, 1981.

- 26.- GRIFFITHS, P. "Dry-bed training in the treatment of nocturnal enuresis in childhood: a research report" J.Child Psychol Psychiatry 23(4) oct, 1982. p.485-495
- 27.- HALLIDAYS; Meadow,S.R.; and Berg, Ian. "Successful management of daytime enuresis using alarm procedures: a randomly controlled trial" Arch Dis Child 62(2) feb, 1987 p.132-137
- 28.- HENDREN. "Evaluation of the child who wets" Pediatrician 3(3-5) 1974 p. 251-270
- 29.- HOUTS, A.C.; Liebert, R.N. and Padawer, W. "A delivery system for the treatment of primary enuresis" J. Abnorm Child Psychol 11(4) dec, 1983 p. 513-519
- 30.- KASS, Evan J.; Ananias, C; and Diokno. "Enuresis: principles of management and result of treatment" Journal of Urology 121: jul, 1979 p. 794-796
- 31.- KOFF, Stephen A. "Enuresis" En: Urology 5a. ed. London: W.B. Saunders, 1986. V.2 cap. 54 p. 2176-2192
- 32.- LAPIDES, and Diokno. "Foundaments of urology" Philadelphia: W.B. Saunders, 1976. p. 239-240
- 33.- LYNCH, N.T.; Greenert, B.K. "Enuresis: comparison of two treatments" Arch Phys Med Rehabil. 65(2) feb, 1984 p. 98-100
- 34.- MACE, F.C.; Parrish, J.M. "A preliminary investigation of tree issues pertaining to a common behavioral treatment for nocturnal enuresis" J. Behav Ther Ep Psychiatry 15(3): 1984 p. 265- 269
- 35.- MAHONY, D.; Laferte, R. "Enuresis: a plea for objectivity and sensitivity" Jour of Urol 109:apr 1973 p. 531-532
- 36.- MAHONY, D.; Laferte, R., and Blais, J. "Studies of enuresis, IX evidence of a mild form of compensated detrusor hyperreflexia in enuretic children" Journal of Urology 126:oct, 1981. p.520-523
- 37.- MAISELS, M.; Firlit, C.F. "Guide to the history in enuretic children" American Family Physician 33(4) apr, 1986 p. 205-209
- 38.- MAISELS, M.; Rosenbaun, D. "Successful treatment of nocturnal enuresis; a practical approach" Primary Care 12(4) dec, 1985 p. 621-635

- 39.- MARCONI, A.M.; Felice, Roggio, A. "Anticholinergic treatment in the therapy of primary enuresis effectiveness of oxybutinin chloride in a controlled clinical study of 58 patients" Pediatric Med Chir 7(4) jul-aug, 1985. p. 573-578
- 40.- MEADOW, Roy. "Childhood enuresis" Br. Med Journal 4:1970 p. 787
- 41.- MEADOW, Roy. "Practical aspects of the management of nocturnal enuresis" London: W. Heinemann Medical Books, 1973 p. 181-194
- 42.- MIKKELSEN, Edwin; Judith L. Rapoport. "Enuresis: psychopathology, sleep stage, and drug response" Urologic Clinics of North America 7(2) jun, 1980 p. 361-377
- 43.- MINOUNI, M.; Snuper, A. and Mimouni, F. "Retarded skeletal maturation in children with primary enuresis" Eur. J. Pediatr. 144(3) sept, 1985. p. 234-235
- 44.- MORDECHAY, Aladjem.; Rachel Wahl, and Hayimboichis. "Desmopressin in nocturnal enuresis" Archives of Disease in Childhood 57:1982 p. 137-140
- 45.- NETLEY, C.; Khanna F.; and Mc Kendry, J.B. "Effects of different methods of treatment of primary enuresis on psychologic functioning in children" Can Med Assoc 131(6) sept, 1984 p. 557-559
- 46.- O REGAN, S.; Yazbeck. "Constipation: a cause of enuresis, urinary tract infection and vesicoureteral reflux in children" Med Hypothesis 17:aug, 1985. p. 409-413
- 47.- O REGAN, S.; Yazbeck. "Constipation a commonly unrecognized cause of enuresis" Am J. Child 140(3) mar, 1986 p. 260-261
- 48.- PENDERS, L.; Leval J. and Petit, R. "Enuresis an urethral inestability" Eur. Urol 10(5) 1984 p. 317-322
- 49.- PERLMUTTER, Alan D. "Enuresis" En: Clinical Pediatric Urology Philadelphia: W.B. Saunders, 1976 V.1 cap. 8 p. 166-181
- 50.- PERLMUTTER, Alan D. "Enuresis" En: Urology 4a. ed Philadelphia: W.B. Saunders, 1979 V.2 cap. 55 p. 1823-1834
- 51.- PODESTA, E.; Buffa, P. de Rovasenda E. "Detection of uropathies an enuresis en children" An Esp. Pediatric 20(6) apr, 1984 p. 597-603

- 52.- REDMAN, S.F.; Seibert, S.S. "The urodiographic evaluation of the enuretic child" J. Urol. 122:1979 p. 799-801
- 53.- ROY, Paul "Enuresis" Australian Family Physician 12(7) 1983 p. 539-541
- 54.- SANCHEZ, Chapado.; Sánchez Sandoval. "Enuresis I: Estudio sociológico del fenómeno enurético" Actas Urol Esp 7(2) 1983 p. 117-122
- 55.- SANCHEZ, Chapado.; Sánchez Sandoval y otros. "Enuresis II: Estudio urológico de la enuresis" Actas Urol Esp 7(2) 1983 p. 123-129
- 56.- SANCHEZ, Chapado.; Sánchez Sandoval. "Enuresis III: Estudio psicológico del enurético" Actas Urol Esp 7(2) 1983 p. 131-136
- 57.- SCHAWARCZ, G. "Pre-existing uninhibited bladder facilitation drug induced enuresis: four case reports" Can J. Psychiatry 28(96) oct, 1983 p. 489-490
- 58.- SCHMITT, B.D. "Nocturnal enuresis" Primary Care 11(3) sept, 1984 p. 485-495
- 59.- SHAFFER, D.; Gardner A.; and Hedge, B. "Behavior and bladder disturbance of enuretic children; a rational classification of a common disorder" Dev. Med Child Neurol 26(6) dec, 1984 p. 781-792
- 60.- SHELOV, S.P.; Gundy J. and Weis J.C. "Enuresis: a contrast of attitudes of parents and physicians" Pediatrics 67(5) may, 1981 p. 707-710
- 61.- TURNER, Richard and Graham Whiteside. "Nocturnal enuresis" Urology Clin North Am 6(1) feb, 1979 p. 255-258
- 62.- VALDEZ, Martha S. "Enuresis, frecuencia, tratamiento y asociación con disfunción familiar" Medicina UNAM Tests Especialidad.
- 63.- VERHULST, F.C.; Vander, Lee J.H; Akkerhurs, G.W. "The prevalence of nocturnal enuresis; do DSM III criteria need to be changed? a brief research report" J. Child Psychol Psychiatry 26(6) nov, 1985 p. 989-993
- 64.- VIVIAN, D.; Fischel, J.E. and Liebert, R.M. "Effect of wet nights on day time behavior during concurrent treatment of enuresis and conduct problems" J. Behav Ther Exp Psychiatry 17(4) dec, 1986 p. 301-303

- 65.- WALTERS, Colstrup H.; and Krinstensen, J.K. "Adult enuresis and hyperthyroidism" Urology 22(2) aug, 1983 p. 151-152
- 66.- YOUNG, D.E.; and Young, R.R. "Nocturnal enuresis; a review of treatment approaches" American Family Physician 31(3) mar, 1985 p. 141-144