

24 11226
2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD ACADÉMICA
CLINICA "GUSTAVO A. MADERO"
I. S. S. S. T. E.



TITULO
DETECCION DE ENURESIS EN NIÑOS DE 4 A 8
AÑOS DE EDAD EN CLINICA DE PRIMER NIVEL
GUSTAVO A. MADERO I. S. S. S. T. E.

I. S. S. S. T. E.:
SUB-DIRECCION MEDICA
CLINICA GUSTAVO A. MADERO

FALLA DE ORIGEN

T E S I N A
PARA OBTENER EL DIPLOMA UNIVERSITARIO
EN LA ESPECIALIDAD DE
M E D I C I N A F A M I L I A R
P R E S E N T A
DR. ROGELIO FLORES VILLARREAL



MEXICO, D. F. FEBRERO 1990



Universidad Nacional
Autónoma de México



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 está 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

Introducción	1
Antecedentes	2
Planteamiento del problema	17
Justificación	18
Objetivos	19
Metodología	20
Resultados	22
Análisis	32
Conclusiones	35
Sugerencias	36
Anexo	37
Bibliografía	39

INTRODUCCION

La enuresis ha sido documentada desde fechas tan remotas como desde 1550 A.C., donde ya se hace mención de éste síntoma en el papiro de Ebers.

Etimológicamente enuresis deriva de la palabra griega "enou - rein", que significa vaciar la orina.

Es un síntoma frecuente que afecta aproximadamente del 2 al 25 % de la población infantil.

Se le ha clasificado en : Primaria; Secundaria; Diurna; Nocturna; Orgánica y funcional.

En relación a la frecuencia por edades, se menciona en la literatura lo siguiente :

5 años 14 a 20 %

10 años 5 %

18 años 2 %

La etiología de la enuresis es multifactorial e incluye :

Alteraciones en el desarrollo; Deficiencias en el entrenamiento vesical; Alteraciones genéticas, orgánicas, ambientales y psicológicas; Trastornos del sueño y susceptibilidad alimenticia.

Algunos autores consideran que la enuresis es más común en los niños que en las niñas, después de los 10 años de edad; Sin embargo otros más consideran que no existe diferencias entre los sexos.

Respecto al tratamiento la variedad de los mismos se limitaba antiguamente a la imaginación de los terapeutas; Actualmente la terapia comprende : 1.- La espera. 2.- Tratamiento con fármacos. 3.- Adiestramiento en retención y control vesical. 4.- Sistemas de alarma de la orina.

ANTECEDENTES

Desde épocas muy remotas la enuresis ha sido motivo de preocupación, como lo menciona Glicklinch en su estudio, en el cual se remonta hasta el papiro de Ebers en el año de 1550 A.C (13).

La necesidad de tratamiento para la enuresis antecede a la civilización moderna; y la variedad de los tratamientos se limitaba únicamente a la imaginación de los terapeutas antiguos, algunos de los cuales consistían en :

Anudar un lazo alrededor del pene del niño; Quemarle las nalgas o colgarle en el cuello la ropa mojada. Si bien alguno de éstos manejos eliminaban el síntoma enurético, el efecto se obtenía seguramente a expensas de la salud emocional y física del niño(10) Como ya se mencionó la palabra enuresis deriva del vocablo griego "encourein" que significa vaciar la orina (15).

Enuresis es la emisión de orina hacia un sitio diferente del sanitario a una edad fuera de lo comúnmente aceptado para obtener un control adecuado de los esfínteres, la que normalmente se considera es a los 4 años de edad (10), etapa en la cual en condiciones normales ya se debe de haber alcanzado una madurez plena del Sistema Nervioso Central, para efectuar un adecuado control esfinteriano (15,18).

Es un problema médico frecuente que se llega a presentar hasta en un 25 % en la población infantil (11,15).

Algunos autores (Blomfield y Douglas) han señalado que la mayor parte de los niños obtienen un control diurno completo a los 3 años de edad; y que hacia los 4 años y medio de edad, el 88 % ya lo han obtenido, y de ésta edad en adelante el restante 12 % alcanza un estado de control a razón de 15 % al año, quedando sólo una población mínima de 2 a 3 % con enuresis después de la pubertad (1).

La enuresis se puede clasificar en :

- 1.- Primaria:- Cuando no ha habido nunca control esfinteriano.
- 2.- Secundaria:- Control esfinteriano por lo menos durante 6 - meses, y posteriormente incontinencia vesical.
- 3.- Diurna:- Durante el día
- 4.- Nocturna:- Durante la noche

Enuresis primaria nocturna	80 a 85 %.	
Enuresis primaria diurna	2 %.	
Enuresis secundaria nocturna	20 %.	
Enuresis secundaria diurna	-1 %	(16).

Otra clasificación es la siguiente : (Anatómica)

A.- Extrauretral

- 1.- Ectopia uretral
- 2.- Yatrógena

B.- Por falta de almacenamiento

- 1.- Incontinencia de urgencia
- 2.- Hipocontractilidad del detrusor de la vejiga
- 3.- Falta de la inhibición (Maduración)
- 4.- Falta de cierre uretral (Esfintérica)
 - a.- Congénita
 - b.- Neuropática
 - c.- Incontinencia de esfuerzo

C.- Falta de la expulsión

- 1.- Detrusor arrefléxico (Hipocontractilidad)
- 2.- Disinergia del esfínter detrusor
- 3.- Lesiones anatómicas obstructivas, compresión de uretra, estrechez uretral.

Históricamente la definición de enuresis ha cambiado, según el investigador que trate el tema, inhibiéndose con ésto la capaci

dad de hacer comparaciones ante los diferentes informes.

Friman menciona que la frecuencia de enuresis a la edad de 2 años es del 85 %; a los 3 años del 49 %; a los 4 años del 26 %; a los 5 años del 20 %; entre los 6 y 10 años de un 10 %; y en los adolescentes de un 3 % aproximadamente (10).

Algunos autores han relacionado enuresis con peso bajo al nacer en comparación a niños con peso normal al nacimiento; además de aumento en la frecuencia de la misma, en niños con factores de riesgo genético para la misma (11).

La enuresis se ha visto relacionada a constipación ; En una muestra de 25 niños enuréticos se comprobó la constipación intestinal en 22, y en los cuales el tratamiento para la constipación dió resolución a la enuresis; ésto se llevó a cabo mediante historia clínica completa, exámen rectal, y estudios rectales manométricos (14,19).

La mayor parte de la enuresis nocturna es de tipo primario, la de tipo secundario y nocturna se hace evidente después de un período de tensión psicológica, tal como el nacimiento de un hermano, enfermedad del niño, cambio de domicilio, de escuela, etcétera (1).

Se ha visto además que los niños enuréticos muestran relaciones afectivas menos integradas con la madre, a diferencia de lo que pasa con la figura paterna, en donde no interesa el hecho de haber logrado el control vesical para que la relación afectuosa sea positiva (5,15).

Por otro lado se le ha intentado dar sentido al comportamiento del niño enurético, indicando posibles causas, pero sin aclarar del todo su mecanismo; entre éstas teorías se encuentran las psicodinámicas, para las que la enuresis es una forma de expresar agresividad reprimida, imposible de manifestar por otros me

dios; también se ha tratado de explicar como la persistencia de un patrón de comportamiento infantil, o como el efecto de una -regresión a un estadio anterior de la evolución psíquica del ni ño. Otros autores han considerado la enuresis como un sustituto del sueño, o como un equivalente sexual (3,4,15).

DESARROLLO DE MADURACION DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

Se ha confirmado en estudios realizados en animales, que las redes nerviosas continúan reestructurándose después del período neonatal; éste concepto llamado ENCEPALIZACION, sostiene que los arcos reflejos presentes en la vida embrionaria y aún a principios de la vida posnatal, se someten a desarrollo subsecuente, y a la integración final del Sistema Nervioso Central; Clínicamente ésto se puede ver en la secuencia del control intestinal y vesical del siguiente modo :

- 1.- Control intestinal al dormir
- 2.- Control intestinal estando despierto
- 3.- Control vesical estando despierto
- 4.- Control vesical al dormir (1).

En el lactante la micción se produce en forma espontánea como reflejo de la médula espinal. Cuando cantidades crecientes de orina distienden la vejiga, se produce la estimulación de la rama aferente del arco reflejo sacro; ésto se produce como un acto de micción coordinado entre el músculo detrusor de la vejiga y el esfínter externo, por lo que el lactante vacía automáticamente la vejiga, pero no puede iniciar o inhibir la corriente o chorro de orina.

Entre el año y los 2 años de edad se producen en el niño 2 eventos importantes :

- 1.- Aumento gradual de la capacidad vesical
- 2.- Maduración de los lóbulos Frontal y Parietal

En éste período el niño adquiere conciencia de la plenitud vesical, y reconoce que la micción es inminente, pero es incapáz de controlarla; el niño no puede iniciar el vaciamiento a menos que tenga la vejiga llena.

Al madurar , el desarrollo de la continencia urinaria depende de 3 factores :

- 1.- Capacidad adecuada de la vejiga
- 2.- Control voluntario sobre el esfínter externo
- 3.- Control cortical directo de la capacidad para vaciar o -
inhibir el vaciamiento en cualquier grado de la capacidad vesical.

(1)

ETIOLOGIA

No hay una causa simple que defina a todos los pacientes, pues pueden estar actuando múltiples causas, entre las cuales están :

- 1.- Factores urodinámicos :- Un 85 % de los pacientes mostrarán persistencia de un patrón infantil, con capacidad vesical disminuída, y frecuentes contracciones vesicales no inhibidas (1,10).
- 2.- Retraso de la maduración :- Aquí se sostiene la hipótesis de que la enuresis representa un retraso de la maduración; ésta hipótesis tiene buen apoyo en diversas observaciones clínicas (por ejemplo el que la incontinencia se produce normalmente en niños pequeños) (1).
- 3.- Factores del sueño :- Strom y Olson en 1950 notaron que el vaciamiento vesical se producía en el sueño excesivamente profundo, o en la transición de un patrón de sueño al siguiente. Sin embargo otros autores (Kales y Colaboradores) en 1977, y Mickkelsen y colaboradores en 1980, comprobaron que la enuresis nocturna no estaba asociada con el sueño profundo, ni con patrones del despertar, y que la micción se produjo en todas las etapas del sueño (1,10,12).
- 4.- Factores genéticos :- Se ha visto mayor presencia de enuresis cuando ambos padres del niño habían sido enuréticos, - 77 %, a diferencia de cuando lo era solamente uno (44 %) o ninguno de los padres (15 %). (1,10)
- 5.- Factores psicológicos :- No hay pruebas convincentes de que la mayor parte de los enuréticos primarios padezca de psiconeurosis subyacente (1,12,17).

Se ha relacionado a la enuresis con datos de erotización temprana en la infancia, y con violencia, y de que la manera que el niño tiene para manifestarlos es solamente mediante el sín-

toma enurético, con lo que así se siente seguro intrapsíquica - mente; éstos datos se encontraron en un análisis que se hizo de adultos que habían sido enuréticos durante su infancia, en los que además se encontró relación con algunos derivados enuréticos, en los que la adopción de un fetiche proporcionaba protección como un sustituto para negar la pérdida o muerte intrapsíquica (3,4,13).

6.- Factores orgánicos :- Se ha relacionado ciertas alergias - alimentarias como contribuyentes de la reducción vesical, - al igual que ciertas infecciones de vías urinarias, en las que se ha visto que hasta un 25 % de pacientes enuréticos - con bacteriuria, resuelven su problema de enuresis, por medio de tratamiento específico para la infección de vías urinarias (1).

NIVEL SOCIOECONOMICO

En investigaciones recientes de tipo epidemiológico, se ha demostrado que una gran cantidad de los casos de enuresis se dá en familias de bajo nivel socioeconómico. Sin embargo dicha - variable no es asequible para el análisis experimental, por - que independientemente de los bajos recursos económicos y so - ciales, puede haber muchos más problemas en éstas familias, - que en otras que cuentan con mejores recursos tanto económi - cos, como sociales.

Identificar cuáles de éstos problemas tiene relación funcional con la enuresis, es un tema de investigación continua tanto - para el pediatra, como para el médico familiar.

Sin embargo como sugieren Gross y Dornbusch, una variable se - ría la disminución del tiempo o de los recursos sociales de - los padres. Los padres de familia de escasos recursos dedica - rían más tiempo a actividades directamente relacionadas con - la supervivencia, que aquellos con medios económicos más abun - dantes.

Para el niño que no se encuentra en riesgo de tener enuresis - el tiempo limitado que pasa con los padres tiene pocos efec - tos adversos en el desarrollo de la continencia vesical, a di - ferencia de aquél niño (a) que si está en riesgo de tenerla - (10).

DIAGNOSTICO

Datos recientes indican que no es sino hasta la edad de 8 años cuando muchos niños se vuelven tan continentales como las niñas porque las niñas simplemente desarrollan la continencia antes que los niños.

La incontinenencia en un varón a la edad de 6 o 7 años puede ser normal si se le considera desde el punto de vista del desarrollo de la maduración.

El pediatra y/o el médico familiar, pueden ayudar a prevenir problemas innecesarios en el nivel diagnóstico en por lo menos 2 maneras :

- 1.- Educando a los pacientes y a sus padres, previniendo problemas que se deban a comparaciones y expectativas injustas en relación a categorías diagnósticas de género.
- 2.- Cambiando el criterio diagnóstico de enuresis para los varones de 8 años de edad, de modo que esto refleje datos epidemiológicos que muestren diferencias del desarrollo entre niños y niñas (10).

En Nueva Zelanda se estudió un grupo de niños para ver la edad de obtención del control vesical nocturno; a los 8 años de edad, con excepción de sólo el 3.3 % de los niños, todos los demás habían logrado control vesical nocturno, pero algunos de ellos presentaron recidivas después de haber obtenido el control vesical, por lo que el 7.4 % en total, presentaron enuresis. Se encontró que de los 5 años de edad en adelante, entre la mitad y los 2 tercios de los niños que presentaban enuresis lo hacían como resultado de fracaso en la obtención del control vesical nocturno, y que el resto de los niños tenía una enuresis de tipo secundario.

Los factores de predicción de la edad de obtención del control vesical nocturno fueron :

- 1.- Historia familiar de enuresis
- 2.- Nivel de desarrollo del niño al año y 3 años de edad
- 3.- Patrones precoces del sueño del niño

La edad de obtención del control vesical no se halló relacionada con un amplio número de factores psicosociales, incluyendo el entorno familiar, económico y social; acontecimientos en la vida familiar; cambios en los padres, en la familia y cambios de residencia. Estos resultados apoyan la teoría de que la etiología primaria de la enuresis es biológica en su mayor parte, y que los factores psicosociales juegan un papel mínimo en el desarrollo de la misma (7).

En otras pruebas se ha encontrado que pacientes con enuresis primaria nocturna sometidos a stress emocionalmente inducido, tenían contracciones vesicales involuntarias del músculo detrusor de la vejiga (Enuresis psicogénica), las cuales no se presentaban en aquellos pacientes cuyo disturbio dependía de etiología orgánica (16,19).

Aún cuando la enuresis es un problema médico frecuente, y que comporta una preocupación tanto para los padres, como para el propio niño, son muy pocos los padres que buscan ayuda o tratamiento médicos para el niño. Ello no es de extrañar, si se tiene en cuenta la naturaleza en gran parte autolimitada de la enuresis, y que el porcentaje de curación anual en forma espontánea del 14 % entre los 5 y 9 años de edad, y del 16 % entre los 10 y 18 años de edad (8,9).

Se considera que en condiciones normales a la edad de 4 años se debe de haber alcanzado ya una madurez del Sistema Nervioso Central, como para poder efectuar un control vesical adecuado (15, 18, 20); Sin embargo algunos autores aceptan que existe enuresis cuando niños de entre 5 y 6 años de edad tienen 2 o más emisiones de orina al mes en forma involuntaria, y cuando los mayores de 6 años tienen una o más al mes (10).

Una historia clínica completa, un exámen físico adecuado, con un exámen general de orina y urocultivo, pueden revelar hasta en un 90 % de los casos, la posible etiología de la enuresis(1).

TRATAMIENTO

Las terapias contemporáneas actuales comprenden :

- 1.- Tratamiento farmacológico
- 2.- Modificación de la conducta
- 3.- Sistemas de alarma de la orina (1,6,10)

Tratamiento farmacológico :- Se han utilizado anticolinérgicos entre los cuales se encuentran el Ditropan o Probanthine, y - que en general sus resultados son dudosos.

Otro tipo de medicamento usado son los antidepresivos tricíclicos (Imipramina y Amitriptilina), los que actúan como estimulantes del Sistema Nervioso Central, y que han demostrado tener un efecto benéfico desde el estudio original de Mac Clean sobre la imipramina en 1960. Su efectividad se traduce en un aumento mensurable de la capacidad funcional de la vejiga. El inconveniente de los antidepresivos tricíclicos no es tanto - por su dosis (0.9 a 1.5 mg./Kg./día), sino que existe el peligro de que pueda ser ingerido por hermanos menores en una dosis excesiva accidental, siendo ésto la principal causa de - muerte infantil por fármacos. El tratamiento con antidepresivos es de una sola vez al día, poco antes de que el paciente - se duerma; se debe proporcionar como prueba durante por lo menos 2 semanas para evaluar su efectividad, y por un lapso no mayor de 6 semanas. Un 40 % de los pacientes tiene mejoría después de la supresión del medicamento, y sólo un 10 a 20 % tienen una mejoría parcial considerable (1).

Precauciones con los antidepresivos tricíclicos :

- 1.- No deben usarse como tratamiento primario, antes de probar otros métodos.

- 2.- No se deben recomendar en familias agobiadas de problemas, con una cadena incierta de autoridad.
- 3.- No deben usarse en niños menores de 6 años de edad.
- 4.- Deben recetarse únicamente cuando los padres y el paciente han tomado conciencia de sus peligros.
- 5.- Deben surtirse en envases que no puedan ser abiertos por los niños, y cuya etiqueta o rótulo indique claramente que es un medicamento peligroso.
- 6.- Deben almacenarse fuera del alcance de los niños. (10)

Actualmente existe otro medicamento que es la Desmopresina, un análogo de la vasopresina, el cual se ha usado con buenos resultados en Europa, para el tratamiento de la enuresis; su mecanismo de acción consiste en concentrar la orina, y por lo tanto disminuye el gasto urinario durante la noche. La administración de éste fármaco es por vía intranasal a dosis de 10 ug. después de la última micción del día; en comparación con los antidepresivos tricíclicos y los anticolinérgicos, la desmopresina está libre de efectos adversos, sin embargo es ineficaz durante los intervalos de congestión nasal, y además puede representar un problema en niños en los que la retención de agua es un riesgo-clínico significativo (1).

Modificación de la conducta :- Kimmel y Kimmel desarrollaron en 1970 una técnica específica para el tratamiento de la capacidad vesical disminuída, la cual consiste en adiestramiento en retención del control vesical, el cual está dirigido a incrementar los intervalos entre las micciones, a fin de que la capacidad vesical aumente. En niños bien motivados, con padres escrupulosos el índice de mejoría fué rápido, y el de recidivas fué bajo

mediante un recurso terapéutico llamado "Programa de reforzamiento de la responsabilidad", en el cual el niño lleva un registro de sus progresos, y además con una gráfica de dieta o bebidas, para ayudar a saber si existe o no una alergia alimentaria como causa del problema de enuresis; también el paciente se debe de encargar de cambiar y lavar sus propias ropas de cama, con objeto de hacerlo más responsable de sus acciones (1).

Sistemas de alarma de la orina :- Mower y Mower en 1938 popularizaron la alarma urinaria para el tratamiento de la enuresis, cuyo mecanismo consiste en la activación de un detector que genera un mecanismo de alarma electrónica operada por una unidad de baterías, la cual despierta al niño, quien reacciona inhibiendo su reflejo de vaciamiento vesical.

La efectividad del sistema de alarma es de un 70 %, con un 30 % de recidivas; el tratamiento se debe de mantener por lo menos un espacio de 16 a 17 semanas; la principal desventaja en el sistema de alarma es el abandono de la misma por parte del paciente o de los padres, cuyo porcentaje en algunos estudios llega a ser hasta de un 30 %.

Una de las complicaciones que se pueden producir por el uso del sistema de alarma, es la úlcera del zumbador, la cual se llega a producir cuando las baterías del sistema de alarma están debilitadas y no accionan la alarma, ocasionando con esto electrólisis y daño celular por contacto (1,6).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Considerando que en nuestro país el primer nivel de atención es la vía de entrada al sistema de atención médica, y siendo el médico general y/o familiar los encargados de brindar éste servicio, es por ello que debe de poseer un amplio campo de conocimientos y abordar desde el inicio el problema o padecimiento en forma adecuada e integral.

La edad óptima para diagnosticar enuresis se considera que es a los 4 años de edad, por lo tanto es importante que el médico se encargue de hacer una detección precóz del síntoma-enurético, y estar capacitado para manejar el mayor número de pacientes enuréticos. Debe además conocer su historia natural y brindar un abordaje integral del síntoma, y sólo referir a otro nivel de atención a aquellos pacientes que probablemente tengan patología orgánica asociada.

El impacto que el síntoma enurético pudiera ocasionar sobre el paciente y sus familiares, es de suma importancia, pues puede traer como consecuencia alteraciones en el adecuado desarrollo psicológico y social del niño.

Habitualmente los padres no le dan la importancia debida al síntoma, y no lo toman en cuenta, por lo que no buscan ayuda médica para el mismo, y lo manejan en forma inadecuada, ocasionando frecuentemente ansiedad en el niño y en ellos mismos motivándose una mayor alteración en el funcionamiento vesical del niño, y perpetuando frecuentemente el síntoma.

JUSTIFICACION

La enuresis afecta del 2 al 25 % de la población infantil (1) por lo que es importante conocer en forma adecuada dicho porcentaje en nuestro medio (Primer nivel de atención), dado que es el primer acceso del paciente al sistema de atención médico. El médico de primer nivel estando en contacto continuo con sus núcleos familiares, tiene la oportunidad de conocer en forma adecuada la dinámica familiar y el entorno ambiental y social del paciente, por lo que al detectar disfunciones en áreas que predispongan, desencadenen o perpetúen la enuresis, tiene la posibilidad y la responsabilidad de orientar y dar un manejo adecuado al síntoma.

En clínica de primer nivel de atención del I.S.S.S.T.E Gustavo A. Madero, se manejaba una cantidad mínima de pacientes diagnosticados con enuresis; por lo que tomando en consideración las cifras estadísticas arriba mencionadas, y el que los padres no acuden a consulta con el niño por dicho problema (enuresis), es conveniente la detección de tales niños, para así saber el porcentaje más cercano a la realidad del síntoma enurético, y establecer con ello medidas adecuadas respecto a conducta y manejo del síntoma.

OBJETIVOS

- 1.- Identificar pacientes de 4 a 8 años de edad, de ambos sexos, con enuresis, en clínica primer nivel de atención I.S.S.S.T. E. (Gustavo A. Madero), durante el mes de Agosto de 1989 .
- 2.- Describir la relación de la enuresis con :
Antecedentes heredofamiliares de enuresis
Predominio de frecuencia en cuanto a sexos
y Peso al nacimiento del niño (a)

METODOLOGIA

Tipo de estudio : Descriptivo y transversal, en población infantil de 4 a 8 años de edad, en la clínica G.A.M del I.S.S.S.T.E. durante el mes de Agosto de 1989.

Criterios de Inclusión :

- Niños de 4 a 8 años de edad, de ambos sexos.
- Ser derechohabientes del I.S.S.S.T.E.
- No haber sido diagnosticados antes como enuréticos.

Criterios de Exclusión :

- Niños menores de 4 o mayores de 8 años.
- No ser derechohabientes del I.S.S.S.T.E.
- Niños con daño o retraso mental y/o neurológico.

Criterios de Eliminación : No hay

Información a recolectar : Variables de tipo Cualitativo y Cuantitativo (Sexo; Tipo de enuresis; Evolución del síntoma enurético; Antecedentes heredofamiliares de enuresis, y peso al nacimiento).

Planes para la recolección de la información :- La información a recolectar está contenida en el instrumento de recolección de datos, con un total de 12 preguntas, y ficha de identificación personal. (Anexo 1)

Se aplicará a 100 niños que acudan a la consulta externa independientemente del motivo de la misma, por parte del médico responsable y/o por los familiares del niño, bajo supervisión directa del médico.

La primera pregunta del instrumento de recolección de datos es en relación a que si el niño se ha orinado sin avisar, y en forma involuntaria durante los últimos 6 meses, por lo menos 1 a 2 veces al mes, considerándose como enurético a todo aquel niño - si dicha pregunta es positiva. Las restantes 11 preguntas están encaminadas a ver cuál es la duración del síntoma, su frecuencia, el tipo de enuresis (primaria, secundaria, diurna o noc -

turna), su relación con antecedentes heredofamiliares de enuresis, peso al nacimiento del niño (a), y el grado de interés de los padres respecto al síntoma.

Con la pregunta número 10 se investigó la presencia de algún tipo de daño cerebral y/o neurológico, confirmado médicamente. Para hacer la diferenciación entre enuresis Primaria y Secundaria, ésto se realizó mediante la pregunta número 6, en la cual se consideró como mínimo 6 meses ininterrumpidos de continencia vesical después de los 4 años de edad, para ser catalogada como enuresis de tipo secundario; como enuresis de tipo primario se consideró a todos aquellos niños que no habían tenido por lo menos dicho período de tiempo.

RESULTADOS

Se aplicaron en total 100 cuestionarios a niños de 4 a 8 años - de edad.

El promedio de edad obtenido en todos los niños que se revisa - ron fué de 5.85 años de edad, siendo 48 del sexo masculino y 52 del sexo femenino (cuadro # 1).

Aplicando los criterios que ya se mencionaron para establecer - el diagnóstico de enuresis, se encontró un total de 29 niños e - nuréticos, de los cuales 15 fueron del sexo femenino y 14 del - sexo masculino, con una edad promedio de 6.07 años y 5.98 res - pectivamente (cuadro # 2).

Respecto al tiempo de evolución de la enuresis se encontró que - hubo un total de 13 niños con más de 1 año de evolución del sín - toma, y 9 niños con una evolución de más de 3 a 6 meses, como - se puede apreciar en el cuadro número 3.

En relación a la frecuencia de la enuresis en veces por semana - y/o mes, hubo un total de 6 niños con una frecuencia de presen - tación del síntoma de 3 veces por semana; 5 niños con una fre - cuencia de una vez al mes; 4 con una frecuencia de 2 veces al - mes, y sólo hubo 3 niños con una frecuencia de 4 o más veces - por semana (cuadro # 4).

El cuadro # 5 muestra que el tipo de enuresis más frecuente fué el de tipo primario con un 72.4 %, y con un 82.8 % del tipo noc - turno.

En los antecedentes heredofamiliares de enuresis se encontró lo siguiente : Frecuencia mayor de enuresis por línea materna (Ti - os maternos), con un total de 8 niños con dicho antecedente; - en tanto que por línea paterna (Ti os paternos), sólo hubo un - niño; los antecedentes enuréticos tanto para el padre como para la madre fué similar (6 en total para ambos); en cuanto a ante - cedentes enuréticos en los hermanos del niño, sólo hubo 4 niños. (cuadro # 6)

En cuanto al peso al nacimiento de los pacientes revisados, se encontró que la gran mayoría de los mismos tienen un peso de 2.5 a 3 Kilogramos al nacimiento (total 11 niños), y 9 niños con un peso al nacimiento de entre 3 a 3.5 Kilogramos (cuadro # 7) El interés de los padres respecto al síntoma enurético de sus niños fué como sigue : 26 no consideraron normal el síntoma, y sólo 3 lo consideraron como normal en sus niños; en contraste, de los 29 niños con el síntoma enurético, sólo un total de 7 si habían buscado ayuda para sus niños, y los restantes 22 no lo habían hecho (cuadro # 8).

CUADRO # 1

Distribución por edad y sexo de población infantil de 4 a 8 años de edad, encuestada en la clínica G.A.M. Agosto 1989.

	NIÑOS 48 %	NIÑAS 52 %
Menos de 6 años	23	26
Más de 6 años	25	26
TOTAL	48	52

Promedio de edad = 5.85

FUENTE : Instrumento de recolección de datos.

CUADRO # 2

Distribución por edad y sexo de niños enuréticos en la clínica

G.A.M Agosto 1989.

	NIÑOS	NIÑAS	
Menos de 6 años	7	8	51.72 %
Más de 6 años	7	7	48.28 %
TOTAL	14 48.28 %	15 51.72 %	
Promedio de Edad	5.98	6.07	

FUENTE : Instrumento de recolección de datos.

CUADRO # 3

Tiempo de evolución de la enuresis en población infantil de la clínica G.A.M Agosto 1989.

	MENOS DE 3 MESES	DE 3 a 6 MESES	DE 6 a 12 MESES	MAS DE 1 AÑO
Niños de Menos de 6	0	3	2	2
Niñas de Menos de 6	2	2	2	2
Niños de Más de 6	1	3	0	3
Niñas de Más de 6	0	1	0	6
TOTAL	3	9	4	13

10.34 % 31.04 % 13.79 % 44.83 %

FUENTE ; Instrumento de recolección de datos

CUADRO # 4

Frecuencia de la enuresis por edad y sexo en población infantil
clínica G.A.M Agosto 1989.

	VECES POR SEMANA				VECES POR MES		
	1	2	3	4 o +	1	2	3
Niños de Menos 6	1	2	2	1	1	0	0
Niñas de Menos 6	0	0	2	2	1	1	2
Niños de Más de 6	3	0	1	0	1	0	2
Niñas de Más de 6	0	1	1	0	2	3	0
TOTAL	4	3	6	3	5	4	4

FUENTE : Instrumento de recolección de datos.

CUADRO # 5

Tipo de enuresis (Clasificación) en la clínica G.A.M Agosto 1989.

	PRIMARIA	SECUNDARIA	DIURNA	NOCTURNA
Niños de Menos 6	5	2	0	7
Niñas de Menos 6	8	0	2	6
Niños de Más de 6	3	4	2	5
Niñas de Más de 6	5	2	1	6
TOTAL	21	8	5	24

72.4 %

27.6 %

17.2 %

82.8 %

FUENTE : Instrumento de recolección de datos

CUADRO # 6

Antecedentes heredofamiliares de enuresis en población infantil con enuresis, en clínica G.A.M Agosto 1989.

A.H.F = 65.5 %

	PADRE	MADRE	HERMANOS	TIOS MATERNOS	TIOS PATERNOS
Niños de Menos de 6	2	1	0	2	1
Niñas de Menos de 6	0	0	2	4	0
Niños de Más de 6	1	1	0	0	0
Niñas de Más de 6	0	1	2	2	0
TOTAL	3	3	4	8	1

FUENTE : Instrumento de recolección de datos

CUADRO # 7

Peso al nacer de población infantil con enuresis en la clínica

G.A.M Agosto 1989.

	Menos de 2 Kg.	2 a 2.5 Kg.	2.5 a 3 Kg.	3 a 3.5 Kg.	3.5 a 4 Kg.	Más de 4 Kilo-gramos.
Niños de Menos de 6	0	2	2	2	1	0
Niñas de Menos de 6	0	0	3	2	3	0
Niños de Más de 6	0	0	2	3	1	1
Niñas de Más de 6	0	1	4	2	0	0
TOTAL	0	3	11	9	5	1

FUENTE : Instrumento de recolección de datos

CUADRO # 8

Interés de los padres respecto a la enuresis en sus niños, en clínica G.A.N. Agosto 1989.

	LA CONSIDERAN NORMAL		HAN BUSCADO AYUDA	
	SI	NO	SI	NO
Niños de Menos de 6	1	6	1	6
Niñas de Menos de 6	2	6	2	6
Niños de Más de 6	0	7	2	5
Niñas de Más de 6	0	7	2	5
TOTAL	3	26	7	22

10.3 % 89.7 % 24.2 % 75.8 %

FUENTE : Instrumento de recolección de datos

ANALISIS

La población encuestada en el presente trabajo, que fué de 100 en total, estuvo equilibrada en cuanto a sexos (48 masculinos y 52 femeninos), por lo que se puede inferir una relación adecuada para obtener el predominio de frecuencia de la enuresis en cuanto a sexos; en éste rubro algunos autores consideran la enuresis más frecuente en los varones que en las niñas después de los 10 años de edad; pero algunos más consideran no existe diferencia entre los sexos (15). En el presente estudio se demostró que en realidad no hay diferencias entre los sexos en la población estudiada, sin embargo sería necesario aumentar la muestra en estudio, para establecer en forma más real dicho parámetro.

Se consideró como enurético a todo aquel niño (a), con una emisión de orina en forma involuntaria, por lo menos de una vez al mes, durante los últimos 6 meses (11).

La frecuencia de enuresis obtenida se encuentra dentro del rango que se menciona en la literatura (11,15), aunque ligeramente por arriba del mismo, pudiendo ésto ser debido al criterio diagnóstico de enuresis en la población estudiada.

El tipo de enuresis más frecuente fué la de tipo primaria y nocturna, con una frecuencia del 72.4 % , y del 82.8 % respectivamente, lo cual concuerda con un estudio realizado en Nueva Zelanda (7), en donde se encontró que de la mitad a los 2 tercios de los niños de 5 años en adelante presentaban éste tipo de enuresis; también concuerda con la clasificación de Sánchez Chapado y Colaboradores (16).

En el presente trabajo se encontró discrepancia en cuanto a la enuresis de tipo diurno, tanto primaria como secundaria, hallándose un porcentaje total de 17.2 % , en tanto que Sánchez Chapado y colaboradores mencionan una frecuencia no mayor del 3% para ambas, por lo que tal resultado en el presente trabajo-

es dudoso e incierto.

En cuanto a la frecuencia de enuresis en veces por semana y/o mes, se encontró que sólo 5 niños tuvieron una emisión de orina en forma involuntaria al mes, y los restantes más de 2 emisiones de orina al mes; por lo que siendo menos estrictos en cuanto al diagnóstico de enuresis, se podrían restar éstos 5 niños del presente estudio, para dar sólo un total de 24 niños con enuresis, quedando aún así dentro de los rangos de frecuencia mencionados, y siendo todavía un número significativo de niños con el síntoma enurético (11, 15).

Respecto a la evolución de la enuresis, se encontró que la gran mayoría de ellos tenían más de un año de evolución con el síntoma, lo que nos confirma el hecho de que los padres no le dan la importancia debida al mismo (9).

En relación a los antecedentes heredofamiliares de enuresis - hubo mayor frecuencia de la misma por línea materna, que por línea paterna; en total solamente 19 niños tuvieron antecedentes positivos de enuresis en sus familiares, y los restantes 10 no lo tuvieron, dando esto por resultado que más del 60 % de los niños enuréticos cuentan con antecedentes genéticos de enuresis, lo cual también concuerda con la bibliografía revisada (10); sin embargo no se debe pasar por alto, que esto también puede ser debido a un copiado de conductas de tipo familiar, o como una manera del niño (a), de identificarse en forma inconciente con alguno de los padres o hermanos, que en su infancia fueron enuréticos (5,15).

El peso al nacimiento de los niños estudiados, se encontró con un predominio de frecuencia en el rango de 2.5 a 3 Kilogramos, con un total de 11 niños, siguiéndole en orden de frecuencia niños con un peso entre 3 y 3.5 Kilogramos, con un to

tal de 9; éstos resultados se contraponen a la teoría de algunos autores, que afirman existe relación de la enuresis con peso bajo al nacer, en más frecuencia que los niños con peso normal al nacimiento (11). Sólo hubo un total de 3 niños con un peso entre 2 a 2.5 Kilogramos al nacer, para hacer un porcentaje menor del 10 % de los enuréticos, siendo en realidad poco significativo, si se considera el peso promedio normal de los niños en nuestra población.

El grado de interés de los padres respecto al síntoma enurético, se halló que la gran mayoría de ellos no buscan ayuda para el problema de sus niños por parte del médico, a pesar de que también la gran mayoría no consideraban el síntoma como normal (9), concordando también lo anterior con lo que se menciona en la bibliografía.

CONCLUSIONES

La enuresis como síntoma, es frecuente (mayor del 25 % en la población infantil estudiada), y en general no se encontraron diferencias de frecuencia en cuanto a sexos.

El tipo de enuresis más frecuente fué el de tipo primario y nocturno; respecto a la evolución del síntoma, el mayor número de pacientes tenían más de 1 año de evolución, con predominio en el grupo de niños de más de 6 años de edad.

La asociación del síntoma con antecedentes heredofamiliares de enuresis, fué mayor en los pacientes con antecedentes del mismo en los tíos maternos; el promedio de niños con antecedentes genéticos de enuresis, fué un poco más del 60 %.

No se halló una relación significativa de la enuresis con peso bajo al nacer de los pacientes estudiados (menos del 10 %).

El predominio de la enuresis primaria sobre la secundaria, nos orienta a pensar más hacia el carácter de tipo funcional de la enuresis.

También se confirma el hecho de que la mayor parte de los niños con enuresis, no son llevados a consulta por dicho problema, a pesar de que los padres en su gran mayoría, no consideran normal el síntoma enurético.

Teniendo en cuenta el gran porcentaje de pacientes que logran anualmente el control del esfínter vesical, además del carácter autolimitado del síntoma, se puede esperar a que el niño llegue a tener control vesical por sí mismo; a ésto se puede aunar una adecuada orientación a los padres para evitar ansiedad en ellos mismos, como en el niño, lo cual a la postre se puede reflejar en el desarrollo biopsicosocial del niño, volviéndolo en ocasiones, tímido e inseguro. A pesar del carácter autolimitado del síntoma, es pertinente que el médico pregunte en forma sistemática sobre la presencia del síntoma, pues como ya se mencionó, la-

mayor parte de los padres no buscan ayuda médica para el síntoma enurético de sus niños.

SUGERENCIAS

- 1.- Recaltar la importancia del diagnóstico precoz de enuresis - por parte del médico general y/o familiar, preguntando a los padres en forma sistemática, sobre la presencia del síntoma - en sus niños.
- 2.- Orientación Motivacional :
 - Explicar el síntoma.
 - Tranquilizar a los padres y al paciente.
 - Responsabilizar al paciente de su síntoma (papel activo)
- 3.- Ejercicios vesicales :
 - Aumentar la ingestión de líquidos durante el día, con disminución de los mismos durante la noche.
 - Que el niño orine antes de acostarse.
 - Aguantar la micción lo más que pueda.
- 4.- Tratamiento farmacológico : Sólo en niños mayores de 8 años, y después de haber intentado por lo menos durante 6 meses, - con las medidas arriba señaladas (2 y 3).

Se prefiere la Imipramina a 50 mg. al día antes de acostarse durante por lo menos 2 semanas; si no hay respuesta se aumenta la dosis a 75 mg. por 2 semanas más, y si no hay respuesta, se considera que el tratamiento no fué efectivo.

CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

Nombre : _____ Consultorio # : _____
 Edad : _____ (AÑOS y meses)
 Sexo : _____
 Exp. # : _____
 Dirección : _____
 Teléfono : _____

1.- En los últimos 6 meses su niño (a), se ha orinado sin avisar durante el día o en la noche ?.

Sí _____ No _____

2.- Cuánto tiempo tiene el niño orinándose sin avisar ?.

Menos de 3 meses ___ 3 a 6 meses ___ 6 a 12 meses ___ Más de 1 año ___

3.- Su niño (a) se orina en la ropa durante el día, sin avisar ?.

Sí _____ No _____

4.- Su niño (a) se orina en la cama durante la noche ?.

Sí _____ No _____

5.- Cuántas veces a la semana o al mes se orina su niño (a) sin avisar ?.

1 vez por semana _____	1 vez al mes _____
2 veces por semana _____	2 veces al mes _____
3 veces por semana _____	3 veces al mes _____
4 o más por semana _____	

6.- Ha permanecido su niño (a) sin orinarse (en la cama o en la ropa sin avisar), por lo menos durante 6 meses, después de los 4 años de edad ?.

Sí _____ No _____

7.- Conoce Ud. si algún familiar se orinaba sin avisar, después de los 4 años de edad ?.

Sí _____ No _____

- 8.- Si la respuesta anterior es afirmativa, especifique :
Padre ____ Madre ____ Hermanos ____ Tíos maternos ____ Tíos-
paternos ____ .
- 9.- Cuál fué el peso de su hijo al nacer ?.
- | | |
|-------------------------|-------------------------|
| Menos de 2 Kg. _____ | Entre 3 y 3.5 Kg. _____ |
| Entre 2 y 2.5 Kg. _____ | Entre 3.5 y 4 Kg. _____ |
| Entre 2.5 y 3 Kg. _____ | Más de 4 Kg. _____ |
- 10.- Se le há diagnosticado al niño (a) algún tipo de daño o re-
traso mental y/o neurológico ?.
- Sí _____ No _____
- Si la respuesta es afirmativa, especifique : _____
- 11.- Considera Ud. normal el que su niño (a), se orine sin avi-
sar ?.
- Sí _____ No _____
- 12.- Ha buscado Ud. ayuda por parte del médico para éste proble-
ma ?.
- Sí _____ No _____

- 1.- A.Mc Lorie G.; Hussman D.A.; "Incontinencia y enuresis" Clínicas Pediátricas de Norteamérica Vol. 5; 1987 Pág. 1247-1265 .
- 2.- Berg I.; Ellis M.; Forsythe I.; Mc Guire R.; "The relationship between the Rutter A Questionnaire, and an Interview with mother assessing child psychiatric disturbance among enuretic children" Psychol.Med. 1981 Aug.; 11 (3) Pág. 647 - 650.
- 3.- Browne M.D.; "Some enuretic derivatives in an adult analysis"- Int. J. Psychoanal. 1986; 67 (4) Pág. 449 - 457.
- 4.- Calef V.; Weinschel M.; "Enuresis: a functional equivalent of fetish" Int. J. Psychoanal. 1980; 61 (3) Pág. 295 - 305.
- 5.- Couchells S.M.; Johnson S.B.; Carter R.; Walker D.; "Behavioral and environmental characteristics of treated and untreated enuretic children, and matched Non-enuretic controls" J. Pediatr. 1981 Nov. ; 99 (5) Pág. 812 - 816.
- 6.- Klinder G.; Soback S.; "Effect of uristop on primary nocturnal-enuresis" Acta Pediatr. Scand. 74 (4) Jul. 1985 Pág. 574-578.
- 7.- Fergusson D.M.; Hons L.J.; "Factores relacionados con la edad de obtención del control vesical nocturno; un estudio longitudinal de 8 años" Pediatrics (ed. Esp.) Vol. 22 (5) 1986 - Pág. 331 - 336.
- 8.- Fisher E.P.; Fisher R.L.; "Parents of disturbed enuretic, and Non-enuretic children" Percept Mot. Skills 1981 Feb. 52 (1); Pág. 181 - 182.
- 9.- Foxman B.; Burciaga Valdez R.; H.Brooks R.; "Enuresis infantil. Prevalencia, importancia que se le atribuye, y tratamientos prescritos" Pediatrics (ed. Esp.) Vol. (4) 1986 Pág. 227-232.
- 10.- Friman P.C.; "A preventive context for enuresis" Pediatric Clin. of North American 33 (4) Aug. 1986 Pág. 871 - 876.

- 11.- Jarvelin M.R.; Vikevainen-Terbonen L.; Moilanen I.; and Hu-
ttunen N.P.; "Enuresis in seven year old children" Acta Pe-
diatr. Scand. 77 (1) Enero 1988 ; Pág. 148 - 153.
- 12.- Mikkelsen E.J.; Rapoport J.L.; "Childhood enuresis. I. Slee-
p patterns and Psychopatology" Arch. Gen. Psychiatry 1980
octubre 37 (10) Pág. 1139 - 1144.
- 13.- Mikkelsen E.; Rapoport J.L.; "Enuresis. Psychopathology, -
sleep stage, and drug response" Urolog. Clinics of North-
American 7 (2) Junio 1980 Pág. 361 - 377.
- 14.- O'Regan S.; Yazbeck S.; Hamberger B.; Shick E.; "Constipa-
ción a commonly unrecognized cause of enuresis" Am. J. Chi-
ld 140 (3) Marzo 1986 Pág. 260 - 261.
- 15.- Sánchez Chapado; Sánchez Sandoval.; "Enuresis I. Estudio so-
ciológico del fenómeno enurético" Actas Urolog. Esp. 7 (2)-
1983 Pág. 117 - 122.
- 16.- Sánchez Chapado; Sánchez Sandoval y Otros. "Enuresis II. Es-
tudio urológico de la enuresis" Actas Urolog. Esp. 7 (2) -
1983 Pág. 123 - 129.
- 17.- Sánchez Chapado; Sánchez Sandoval.; "Enuresis III. Estudio-
psicológico del enurético" Actas Urolog. Esp. 7 (2) 1983-
Pág. 131 - 136.
- 18.- Shelov S.P; Gundy J; Weiss J.C; Mc Intire M.S; "Enuresis: A
contrast of attitudes of parents and physicians" Pediatrics
67 (5) Mayo 1981 Pág. 707 - 710.
- 19.- Trombini G; Rossi N; Umilt a; Baccarani C.P; "Experimental-
stress and cistomanometric recordings of patients with pri-
mary enuresis, a preliminary report" Percept Mot. Skills -
Junio 1982 54 (3) Pág. 771 - 777.
- 20.- Young D.E; and Young R.R; "Nocturnal enuresis; a review of-
treatment approaches" Am. Family Physicians 31 (3) Mar. 19-
85 ; Pág. 141 - 144.