

ENURESIS DE CAUSA NO ORGÁNICA EN EDADES PEDIÁTRICAS

NON-ORGANIC ENURESIS IN PEDIATRIC AGES

Norberto Esqueff Díaz,^I Carlos Manuel Rodríguez Aguiar,^{II} Rita Marina Quesada Sanabria,^{III} Dianelys Jacomino Fernández^{III}

^IEspecialista de I grado en Medicina General Integral. Profesor Instructor. Policlínico Docente Universitario "Marta Martínez Figuera". Güines, Mayabeque, Cuba.

^{II}Especialista en Psiquiatría Infantil y de II grado en Medicina General Integral. Profesor Auxiliar. Máster en Sexualidad. Policlínico Docente Universitario "Marta Martínez Figuera". Güines, Mayabeque, Cuba.

^{III}Especialista de I grado en Medicina General Integral. Profesora Auxiliar. Máster en Atención Integral al Niño. Policlínico Docente Universitario "Marta Martínez Figuera". Güines, Mayabeque, Cuba.

RESUMEN

Introducción: la enuresis se define como la emisión involuntaria de orina que ocurre generalmente en el niño mientras duerme en la noche, aunque también puede ocurrir durante el sueño diurno. Se considera patológico por encima de los 5 años de edad.

Objetivo: describir aspectos clínicos epidemiológicos de la enuresis de causa no orgánica en la población infanto juvenil del Equipo Básico de Salud 15 del Policlínico Docente "Marta Martínez Figuera".

Métodos: investigación descriptiva, de corte transversal realizada durante el periodo de tiempo comprendido entre enero de 2010 hasta enero 2011, en el municipio de Güines, provincia Mayabeque. La muestra estuvo constituida por 38 niños y adolescentes que cumplieron con criterios de inclusión previamente establecidos.

Resultados: predominó en este estudio la enuresis infantil de tipo primario, entre los 5-8 años de edad y con un tiempo de evolución del síntoma entre 1-4 años. No se encontró diferencias estadísticamente significativas con relación al sexo, así como se demostró pobre asociación entre el síntoma enurético y la presencia de enfermedades comórbidas. La gran mayoría de los niños estudiados habían recibido tratamiento para su control en el momento del estudio; así como se demostró una evolución no adecuada del síntoma enurético a pesar del tratamiento utilizado.

Conclusiones: se demostró la presencia de enuresis de causa no orgánica en los niños estudiados. Se considero conveniente diseñar estudios de intervención dirigidos a reducir las afectaciones para la salud en niños con esta patología.

Palabras clave: enuresis infantil, enfoque clínico epidemiológico.

ABSTRACT

Introduction: enuresis is defined as the involuntary release of urine that usually occurs in children while sleeping at night, but it can also occur during daytime sleep. It is considered pathological over 5 years of age.

Objective: to describe the clinical and epidemiological aspects of non-organic enuresis in the child and adolescent population of the 15th Basic Health Team of "Marta Martínez Figueroa" Teaching Polyclinic.

Methods: a descriptive, transversal research conducted during the time period from January 2010 to January 2011, in Güines municipality, Mayabeque province. The sample consisted of 38 children and adolescents who met inclusion criteria previously established.

Results: in this study predominated the infantile enuresis of the primary type, between 5-8 years of age and with an evolution of symptoms within 1-4 years. No statistically significant differences were found with regard to sex and it was shown poor association between the enuretic symptom and the presence of comorbid diseases. The vast majority of the children studied had received treatment for their control at the time of the study, and it was demonstrated an inadequate evolution of the enuretic symptom despite treatment used.

Conclusions: it was demonstrated the presence of non-organic enuresis in the children studied. It was considered convenient to design intervention studies aimed at reducing the affectations to health in children with this pathology.

Key words: infantile enuresis, epidemiological and clinical approach.

INTRODUCCIÓN

La enuresis existe prácticamente desde que el hombre salió de las cavernas y tuvo necesidad de mantener limpio el espacio donde habitaba así como regular sus funciones alimentarias. Hasta finales del siglo XVII es común en todos los autores que se ocuparon del tema utilizar para el tratamiento una mezcla de medidas con cierta base racional y una dosis de magia. Sin embargo, no fue hasta el siglo XIX, cuando la pediatría se constituyó como especialidad médica, que se multiplicaron los trabajos sobre esta "entidad clínica".¹

La enuresis nocturna fue raramente mencionada en la antigua literatura dada la poca importancia que entonces se asignaba a los padecimientos de estos niños. Sin embargo cuando el síntoma se prolongaba hasta la adolescencia, el obvio desconfort social presionaba para encontrar una solución.²

Luego de milenios de oscuridad sobre el tema, durante la última centuria, se ha manifestado un particular interés sobre esta problemática de salud. Así es como diferentes especialidades fundamentalmente psicólogos y psiquiatras han tratado de describir sus principales características, mecanismos etiopatogénicos, así como sus diferentes alternativas de solución.

La enuresis se define como la emisión involuntaria de orina que ocurre generalmente en el niño mientras duerme en la noche, aunque también puede ocurrir durante el sueño diurno. Es un trastorno que puede verse en ambos sexos, y se considera patológico por encima de los 5 años de edad.³

Aunque la enuresis describe todas aquellas situaciones en las que se produce un vaciamiento de la vejiga de forma involuntaria, se suele reservar este término para las micciones involuntarias que se producen durante el sueño. Aparece como síntoma único o formar parte de varios síndromes. Puede ser primaria o de fijación, si el niño no ha logrado el control nocturno del esfínter vesical, lo cual la diferencia de la enuresis secundaria o de regresión, en la que se pierde el control una vez establecido.⁴

Según estimaciones recientes, la enuresis constituye uno de los problemas más frecuentes en los servicios de pediatría y en la atención primaria de salud, representando junto con otras alteraciones relacionadas con el control y manejo de los esfínteres, un motivo frecuente de consulta.⁵

Con frecuencia es difícil establecer la causa y, por tanto, un régimen terapéutico eficaz. Además, no existe acuerdo unánime con relación a su tratamiento. En su abordaje se requiere una atención multidisciplinar, dada la diversidad de factores relacionados con esta alteración, sobre la que existen interpretaciones muy diversas, dispares y, en ocasiones, contrapuestas.

Lo que sí es cierto, es, que independientemente de su etiología, la enuresis o síndrome de la “cama mojada” representa un porcentaje importante de las consultas diarias en los servicios de pediatría, urología, psicología, psiquiatría infantil y en la atención primaria de salud. Importante considerar además la preocupación de las familias con relación a esta problemática, por el impacto psicológico y social que acarrear.

A pesar de los avances en el campo científico sobre el diagnóstico, causas, tratamiento y seguimiento de todo niño/niña con enuresis de causa no orgánica, aún sigue siendo un problema de salud que afecta a un grupo considerable de la población infanto-juvenil de nuestra área de salud. Describir cómo se comporta esta entidad clínica en nuestra área de acción, confirmaría en la práctica, la existencia de un problema de salud poco tratado en nuestro municipio, que servirá como diagnóstico inicial para futuros estudios de intervención familiar dirigidos a reducir o minimizar los daños que acarrea, por lo que se decide realizar esta investigación para describir los aspectos clínicos epidemiológicos de la enuresis de causa no orgánica en la población infanto juvenil de un equipo básico de salud.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo y transversal, desde un enfoque o paradigma cuantitativo para describir los aspectos clínicos epidemiológicos de la enuresis de causa no orgánica en la población infanto juvenil del Equipo Básico de Salud 15 del Policlínico Docente “Marta Martínez Figuera” del municipio Guines, provincia Mayabeque, durante el período de tiempo comprendido entre enero del año 2010 hasta enero del año 2011.

La muestra estuvo constituida por el total de niños y adolescentes que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión: edad entre los 5-16 años, que presenten micciones involuntarias de orina durante la noche por más de 1 mes de evolución, síntoma repetido y mantenido en el tiempo y disposición del niño/madre o tutor a colaborar en la investigación.

Así se conformó una muestra de 38 niños que se corresponden con el total de los mismos que cumplieron con los criterios de inclusión señalados con anterioridad.

Se determinó la relación entre el síntoma estudiado y diferentes variables: edad, sexo, tipos de enuresis, tiempo de evolución del niño con el síntoma y presencia de trastornos comórbidos. Estos

datos se obtuvieron de la planilla recopiladora de datos realizada al familiar del paciente estudiado, respetando el principio de confiabilidad y consentimiento informado.

Para clasificar los distintos tipo de enuresis se tuvo en cuenta los criterios del Glosario Cubano de Psiquiatría en su 3era edición (GC3), por considerar que son criterios actuales y de fácil ejecución.⁶

Para descartar la enuresis de causa orgánica a todos los niños estudiados se les indicó: hemograma con diferencial, glicemia en ayunas, parcial de orina, y cuando fue necesario, US renal y Rx columna lumbosacra. En los casos que existieron dudas en el diagnóstico se interconsultó el caso con el especialista en Urología.

El análisis estadístico de los porcentajes se realizó utilizando la tabla de contingencia a través de la dócima X2. En los casos en que se alcanzó diferencias significativas ($P < 0.05$, $P < 0.01$ ó $P < 0.001$) se aplicó la dócima de comparación Múltiple de Duncan. Se utilizó el software estadístico InfoStat (V1.0) para el procesamiento de la información.

RESULTADOS

Se demostró una mayor frecuencia de enuresis infantil entre los 5-8 años, sin diferencias estadísticamente significativas en relación al sexo, sin embargo, aunque en menor frecuencia, se observó la presencia de adolescentes que mantienen la enuresis a pesar de su edad.

La tabla 1 evidencia los tipos de enuresis en los niños estudiados, encontrándose de manera significativa, una mayor frecuencia de enuresis nocturna de tipo primario.

Tabla 1. Tipos de enuresis en los niños estudiados

Tipos de enuresis	No.	%
Primaria	26	68,42a
Secundaria	12	31,58b
EE y Sign	±8.11 **	
Total	38	100

EE: Error Estandar

Sign: Significación estadística

a,b superíndices indican diferencias significativas según Duncan (1955)

** $P < 0.01$

En la tabla 2 se puede apreciar el tiempo de evolución del síntoma en los niños estudiados, donde se evidencia, un franco predominio de niños que mantienen el síntoma enurético por un período de tiempo que fluctúa entre 1-4 años.

Tabla 2. Tiempo de evolución del niño con el síntoma

Tiempo de evolución	No.	%
Menos de 1 año	13	34,21a
1-4 años	13	34,21a
5-9 años	10	26,32a

Mas de 10 años	2	5,26b
EE y Sign	±7.02 **	
Total	38	100

EE: Error Estándar
Sign: Significación estadística
a,b superíndices indican diferencias significativas según Duncan (1955)
** P<0.01

Como se puede observar en la tabla 3, en este estudio se pudo demostrar una pobre asociación entre el síntoma enurético y la presencia de enfermedades comórbidas concomitantes.

Tabla 3. Presencia de enfermedad comórbida en los niños estudiados

Presencia de enf. comórbida	No.	%
Sí	8	21.05b
No	30	78.95a
EE y Sign	±8.11 ***	
Total	38	100

EE: Error Estandar
Sign: Significación estadística
a,b superíndices indican diferencias significativas según Duncan (1955)
*** P<0.001

En este sentido, llama la atención, aunque su frecuencia no es estadísticamente significativa, la presencia de niños con diagnósticos comórbidos como: Trastorno por déficit de atención e hiperactividad, Epilepsia, Espina bífida y tumor de la médula espinal.

En un alto por ciento de la muestra los niños estudiados habían recibido tratamiento para la enuresis en el momento del estudio, fundamentalmente medidas generales de condicionamiento como: despertar al niño, la restricción de líquidos en horario nocturno, así como premiar al niño cuando está seco. En su gran mayoría se demostró, una evolución no adecuada del síntoma enurético a pesar del tratamiento utilizado (tabla 4).

Tabla 4. Evolución del niño con el tratamiento utilizado

Evolución	No.	%
Adecuada	11	28,95b
Relativa	7	18,42b
No adecuada	20	52,63a
EE y sign	±7.65 **	
Total	38	100

EE: Error Estandar
Sign: Significación estadística

a,b superíndices indican diferencias significativas según Duncan (1955)
** P<0.01

DISCUSIÓN

Estudios realizados confirman que los niños logran controlar la vejiga a distintas edades. Para la edad de cinco años la mayoría de los niños ya no se orinan durante el sueño. Orinarse en la cama hasta la edad de cinco años no es inusual a pesar de que puede ser frustrante para los padres. Por tal motivo no es necesario y hasta puede ser perjudicial tratar a un niño menor de cinco años por orinarse en la cama.⁷

Importante considerar lo referido por disímiles investigaciones que reportan una mayor frecuencia de enuresis a partir de los 6 años para posteriormente ir disminuyendo en relación directa con la edad.⁸ Entre el 15-20 % de los niños de 5-6 años se orinan en la cama durante la noche. En la adolescencia se plantea su presencia en alrededor de un 1 %, ya que en estas edades, se debe producir una resolución espontánea del síntoma.

Numerosos estudios sobre el tema plantean una evidente relación entre la enuresis infantil y su mayor frecuencia en el sexo masculino (relación de 2,27 a 1), incluso se recogen datos que reflejan cifras aun mayores (5 varones por 1 mujer).⁹ Algunos estudios reflejan que el predominio masculino del síntoma se mantiene, pero que disminuye con la edad. De tal manera, que a los 10 años, el 3 % de los chicos y el 2 % de las chicas son diagnosticables.

Existen otras características observadas en los diferentes estudios consultados como: mayor predominio masculino sobre todo en niños y adultos retardados, así como la mayor frecuencia de causas orgánicas no específicas sobre todo en la enuresis secundaria.¹⁰

La enuresis es un problema que afecta a un elevado número de niños y adolescentes. Se describe una tendencia familiar en la génesis del trastorno. Casi un 60% de niños que presentan enuresis nocturna primaria tienen un hermano o progenitor que ha experimentado el mismo problema. Otra de las explicaciones en relación a su etiología guarda relación con la profundidad del sueño lo que impide que el niño se despierte cuando sus vejigas urinarias están llenas.¹¹

Algunos estudios también señalan que en estos niños existe una tendencia a producir menos hormona antidiurética (HAD) por la noche. La HAD controla la producción de orina (disminuyéndola). En la mayoría de las personas existe un ritmo de secreción, de tal manera que producen más hormona de noche y por lo tanto menos orina.¹²

Investigaciones consultadas llaman la atención sobre la franca asociación entre la presencia de conflictos emocionales de envergadura y la recidiva del episodio enurético, o sea, en este caso la presencia y/o mantenimiento del síntoma guarda relación con conflictos emocionales fundamentalmente síntomas de la esfera afectiva como ansiedad y depresión. Su origen, por tanto, varía en relación con los diferentes autores.¹³ Lo cierto es que la enuresis tiene un origen multifactorial y por tanto su manejo deberá de ser multidisciplinario.

Importante considerar como a pesar de los múltiples estudios sobre el tema, así como los criterios divergentes en cuanto a su etiología, muchos profesionales enfatizan que la enuresis no es una enfermedad, sino que es un síntoma bastante común durante la infancia.¹⁴

Este planteamiento guarda relación con algunas interrogantes como: accidentes ocasionales de enuresis pueden ocurrir, particularmente cuando el niño está enfermo, aproximadamente un 15 por ciento de los niños mayores de los tres años se orinan en la cama mientras duermen, generalmente

la enuresis cesa en la pubertad, muchos de los niños que se orinan en la cama no tienen problemas emocionales.

No obstante, la enuresis infantil es un síntoma frecuente que demanda la atención en las consultas clínicas, por lo que, su estudio y comprensión por el médico de atención primaria es importante para orientar adecuadamente a la familia y solo remitir a consultas especializadas a aquellos niños que mantienen el episodio enurético por largo tiempo de evolución o no responden con el tratamiento médico habitual.

Estudios realizados plantean la presencia de trastornos comórbidos en los niños con enuresis, sin embargo, como habíamos comentado anteriormente, el orinarse en la cama raramente significa que el niño tenga algún problema de tipo orgánico. En la mayoría de los casos, es el resultado de un desarrollo más lento que lo normal del control de la vejiga. La enuresis también puede ser el resultado de emociones y tensiones en el niño que requieren atención.

En la literatura consultada, se plantea, la existencia de diversos enfoques de tratamiento que se han utilizado con éxito en esta entidad clínica, fundamentalmente medidas generales de condicionamiento, tratamientos de corte psicológicos, farmacológicos y con Medicina Natural y Tradicional.¹⁵ En este sentido, consideramos oportuno señalar, en la necesidad de imponer un tratamiento multimodal e integrador, teniendo en cuenta los diversos factores etiopatogénicos imbricados en el trastorno.

Se concluye que en este estudio predominó la enuresis infantil de tipo primario, entre los 5-8 años y con un tiempo de evolución del síntoma entre 1-4 años. No se encontró diferencias estadísticamente significativas con relación al sexo, así como se demostró pobre asociación entre el síntoma enurético y la presencia de enfermedades comórbidas. La mayoría de los niños estudiados habían recibido tratamiento para su control en el momento del estudio, fundamentalmente medidas generales de condicionamiento, así como se demostró una evolución no adecuada del síntoma enurético a pesar del tratamiento utilizado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Robson WL. Clinical practice: evaluation and management of enuresis. N Engl J Med [Internet]. 2009 Apr [citado 16 Mar 2011];360. Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMcp0808009>
2. Fernández De Soto P, Osorio AE. Enuresis y encopresis en adolescente de 12 años. Universitas médica [Internet]. 2006 [citado 16 Mar 2011];47(2). Disponible en: <http://med.javeriana.edu.co/publi/vniversitas/serial/v47n2/9%20Enuresis%20y%20Encopresis.pdf>
3. Martínez García R. Tiempo de reflexión sobre la enuresis. Actas Urol Esp [Internet]. 2009 Oct [citado 16 Mar 2011];33 (9). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-48062009000900001
4. Ramírez Backhaus M, Arlandis Guzmán S, García Fadrique G, Martínez A, Martínez García R, Jiménez Cruz JF. La enuresis nocturna. Un trastorno frecuente con una prevalencia difícil de estimar. Actas Urol Esp [Internet]. 2010 May. [citado 16 Mar 2011];34(5). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S021048062010000500009&script=sci_arttext
5. Hernández Encinas MA. Enuresis nocturna. Bol Pediatr [Internet]. 2006 [citado 16 Mar 2011];46 Disponible en: http://www.sccalp.org/boletin/46_supl2/BolPediatr2006_46_supl2_230-237.pdf
6. Ministerio de salud pública. Diagnóstico y clasificación de los trastornos mentales. Tercer Glosario Cubano de Psiquiatría (GC-3). Versión para Cuba del Capítulo V de la 10ma

- revisión de la clasificación internacional de enfermedades (CIE-10). Hospital Psiquiátrico de La Habana. 2ed. La Habana: Ciencias Médicas: La Habana; 2012.
7. Consenso de la SINUG y del Grupo Español de Urodinámica. Propuestas de adaptación terminológica al español de la estandarización de la terminología del tracto urinario inferior en niños y adolescentes de la ICCS. Actas Urol Esp [Internet]. 2008 Abr [citado 16 Mar 2011];32(4). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S021048062008000400001&script=sci_arttext
 8. Úbeda Sansano MI, Martínez García R. Enuresis nocturna. Rev Pediatr Aten Primaria [Internet]. 2012 Jun [16 Feb 2013];14(22). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322012000200005&lng=es.
 9. Elsevier [Internet]. España: Casitérides S.L, © 2013 [actualizada 25 Abr 2011; citado 20 May 2012]. Fisterra.com. Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias-clinicas/enuresis-nocturna/#biblio>
 10. Ramírez-Backhaus M, Martínez Agulló E, Arlandis Guzmán S, Gómez Pérez L, Delgado Oliva F, Martínez García R [et al]. Prevalencia de la enuresis nocturna en la Comunidad Valenciana: sección infantil del estudio nacional de incontinencia. Estudio EPICC. Actas Urol Esp [Internet]. 2009 Oct [citado 10 Jul 2011];33(9). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-48062009000900014&lng=es.
 11. Francia Reyes ME. Enuresis y Medicina Tradicional. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2003 Feb [citado 16 Jul 2011];19(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252003000100016&lng=es.
 12. Enuresis primaria en niños. Gestión clínica por procesos. Rev Enf 2006;29(11):38-42.
 13. Llanes Torres HM. Tratamiento y evaluación de la terapia floral en niños portadores de enuresis nocturna secundaria. Revista de Ciencias Médicas La Habana [Internet]. 2009 [citado 10 Jul 2011];15(3). Disponible en:http://www.cpicmha.sld.cu/hab/vol15_3_09/hab07309.html
 14. Fernández-Pineda I, Pérez Espejo MP, Fernández Hurtado MA, Barrero Candau R, García Merino F. Biofeedback y electroestimulación como tratamiento de la enuresis no monosintomática. Cir Pediatr [Internet]. 2008 [citado 20 Jun 2011];21. Disponible en: <http://www.secipe.org/coldata/upload/revista/21208.pdf>
 15. Martínez-García R. Tiempo de reflexión sobre la enuresis. Actas Urol Esp [Internet]. 2009 Oct [citado 16 Jul 2011];33(9). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-48062009000900001&lng=es.

Norberto Esqueff Díaz. Especialista de I grado en Medicina General Integral. Profesor Instructor. Policlínico Docente Universitario "Marta Martínez Figuera". Güines, Mayabeque, Cuba. E-mail: carlosmra@infomed.sld.cu