

ENURESIS INFANTIL

Univ. Guillermo Villarpando Mendoza¹
 Univ. Juan Carlos TiconaParedes²

INTRODUCCIÓN:

La enuresis infantil es un problema que afecta más a niños que a niñas, y se manifiesta por falta de control voluntario de la micción durante el sueño.

Este problema afecta tanto niños como adultos y puede o no estar acompañada de encopresis. Las causas que la producen son diversas, relacionándose en su mayoría a alteraciones de orden psicoemocional.

DEFINICIÓN:

La enuresis infantil es un trastorno que involucra a niños mayores de cinco años, caracterizada por la evacuación involuntaria de la orina, también denominada incontinencia miccional.

Durante la edad infantil y hasta los 5 años de edad, el control voluntario de la emisión de la orina, es educado en forma rutinaria, llegando a la edad de 5 años, cuando el niño es capaz de evacuar voluntariamente la orina.

EPIDEMIOLOGIA.-

La tasa de prevalencia, es más frecuente en los niños 70% y en las niñas 30%, se considera que los niños aprenden a controlar la vejiga después que las niñas. (Gómez R. 2003)

Edad.-

A los 3 años de edad tienen problemas para contener la orina, entre el 13% y el 40%.(Taylor R. 2006)

A los 4 años entre el 5% y el 30%.A los 5 años entre el 5% y el 25%.A los 7 años entre el 5% y el 15%. La resolución espontanea de la enuresis se estima en un 15% anual.(Taylor R. 2006)

Es decir un 15% de enuréticos dejan de serlo espontáneamente cada año. (Taylor R. 2006)

De modo que a los 15 años, solo el 1% al 2% de la población son enuréticos. (Taylor R. 2006)

Sexo.-

El síndrome enurético es más frecuente en el sexo masculino que el femenino.

Nivel sociocultural.-

Se han descrito una mayor incidencia de enuresis infantil en familias numerosas con bajo nivel socioeconómico.

ETIOLOGÍA.-

En la etiología de la enuresis se han propuesto múltiples teorías, pero a la fecha no hay una única teoría que explique este proceso

Este cuadro clasifica a la etiología de la enuresis en:

1. Enuresis No Patológicas
2. Enuresis Patológica.-

¹ Univ. Tercer Año Facultad de Odontología UMSA
² Univ. Tercer Año Facultad de Odontología UMSA

No Patológicas.-

a) Factor Genético.-

Actualmente se considera que los cromosomas 8, 12, 13 son los responsables de la enuresis de origen genético, produciendo alteración de la función cualitativa vesical.

La herencia es de tipo autosómico dominante. Si ambos padres tienen antecedentes con relación a episodios de enuresis, cabe la probabilidad de que un 70% a 80% de los niños sufran el mismo problema, si en caso de que uno de los padres fue enurético el riesgo es de un 40% a 45%.(Gómez R. 2003)

Los gemelos monocigóticos tienen mayor riesgo de adquirir este trastorno en un 68% a balance del 36% de probabilidad de los gemelos dicigóticos. (Gómez R. 2003)

-b) Biológicos.-

Incapacidad del niño para despertar.-

Se ha comprobado que los centros de activación talámicos pueden estar alterados, determinando de ésta manera la evasión del umbral del sueño imposibilitando que el niño despierte ante un estímulo miccional.

Capacidad Funcional de la Vejiga.-

La excesiva producción de orina provoca el llenado de la vejiga una o más veces durante la noche, afectando el nivel sensorial e incrementando consecuentemente la necesidad de vaciamiento antes del llenado completo de la vejiga, con relativa inestabilidad del detrusor.

Sistema Hormonal.-

Durante la noche, la secreción de la hormona antidiurética está disminuida por lo que la producción de orina es más concentrada pero con menor volumen.

c) Psicológicos.-

Los trastornos psicológicos se asocian a los múltiples factores ya mencionados de la enuresis.

Entre los factores desorganizadores psíquicos deberá valorarse el entorno social y familiar del niño.

La enuresis se puede manifestar en situaciones de conflictos familiares, cambio de domicilio o colegio, nacimiento de un nuevo hermano, humillaciones e intimidación, por lo que el niño se muestra socialmente retraído no queriendo adaptarse al entorno social.

Patológicos.-

a) Encopresis Infantil.-

Es la defecación involuntaria que afecta a niños mayores de cuatro años, sin existir causa orgánica que lo justifique.

Se relaciona frecuentemente con la enuresis.

Tanto la enuresis como la encopresis infantil son signos orientadores hacia perturbaciones de la personalidad del niño.

b) Infecciones de tacto Urinario.-

Las infecciones del tracto urinario son frecuentes en el lactante y la primera infancia. Los niños por debajo de los 2-3

años de edad tienen un mayor riesgo de daño renal y dificultades miccionales..

c) Inestabilidad vesical.-

Consiste en la tendencia del músculo detrusor de la vejiga de contraerse en forma repentina e involuntaria cuando la vejiga aún no está llena, provocando el vaciado vesical.

Si las contracciones del detrusor se producen en el día, originan escapes de orina, mojando la ropa interior del niño, si las contracciones son nocturnas, el niño moja la cama.

CLASIFICACIÓN.-

La enuresis Infantil clasifica según el:

Periodo de control:

- Primario
- Secundario

Ritmo de Micción:

- -Diurna
- -Nocturna

La frecuencia:

- -Frecuentes
- -Poco frecuentes

Enuresis Primaria.-

Se caracteriza por pérdida miccional a permanencia, es decir el niño nunca ha dejado de mojar la cama incluso a una edad en la que el sistema nervioso central madura y se establece un control cortical sobre el arco reflejo miccional.

Enuresis secundaria.-

Se caracteriza cuando los niños adoptaron el control vesical durante la noche y el día por un periodo de seis meses, y que por razones emocionales o algún cambio

importante que afecte al niño pueda nuevamente presentar una incontinencia miccional

Enuresis Diurna.-

Es la micción involuntaria en el transcurso del día que puede estar relacionada con el estado psicológico que presenta el niño, como preocupación, risa constante, etc.

Enuresis Nocturna.-

Este tipo de enuresis es más frecuente en niños que en niñas y se caracteriza por la micción involuntaria durante la noche cuando el niño está en un periodo de sueño profundo y se manifiesta entre las 23:00 y 04:00 de la madrugada.

Enuresis Frecuentes.-

En este cuadro el niño no puede contener la orina por lo que es inminente la micción involuntaria repetitiva que se da durante las noches y eventualmente en el día.

Enuresis poco Frecuentes.-

Este tipo de enuresis se presenta en niños a partir de los ocho años, suele relacionarse a problemas de carácter emocional.

PREVENCIÓN.-

La adaptación familiar y social son de vital importancia, tanto la cooperación como la comunicación en situaciones de un episodio de enuresis, puede ayudar en la autoevaluación, de tal modo que el niño adquiera una relativa madurez, autoestima, y satisfacción.

TRATAMIENTO.-

Conductivo.-

La técnica de modificación de la conducta es útil para el tratamiento de un niño que presenta enuresis.

Los padres que participen en el tratamiento deben entender que cada niño es único y que los tratamientos deben ajustarse a la realidad de cada caso. En algunos casos el tratamiento se prolongará.

Uno de los tratamientos planteados consiste en inducir al desarrollo del musculo detrusor realizando ejercicios de retención miccional en el momento que se perciba estímulos de vaciamiento vesical.

El tratamiento farmacológico en la enuresis infantil se basa en dos principios fundamentales:

- aumentar la capacidad vesical y
- disminuir la diuresis.

Lo que se busca, es no llegar a volúmenes en los que se produzca la micción involuntaria.

Los fármacos más utilizados en la actualidad son la:

Desmopresina.-

Es un análogo de la vasopresina. Su vía de administración es la inhalatoria. Su acción es antidiurética.

Recientemente se ha incorporado la presentación oral, facilitando su administración a los niños que presentan rinitis o problemas nasales.

La dosis inicial es de 20mg., la cual se debe aumentar si es necesario a 40mg.en casos de no observarse mejoría.

Su administración se limita a niños menores a cuatro años.

Sus efectos secundarios más frecuentes son: cefalea, congestión nasal, epistaxis y nauseas.

Cloruro de Oxibutina.-

Tiene acción anticolinérgica, aumenta la capacidad vesical y reduce las contracciones involuntarias del músculo detrusor, con lo cual se llega a uno de los objetivos del tratamiento en los pacientes enuréticos.

La dosis recomendada es de 0.2mg./kg./día cada 8hrs.

Los efectos secundarios más importantes son sequedad de la boca, estreñimiento.

Imipramina.-

Tiene dos mecanismos de acción útiles para el paciente enurético: como anticolinérgico, que actúa directamente sobre el musculo detrusor y como antidepresivo con la consiguiente disminución en la profundidad del sueño.

La dosis recomendada es de 0.9 mg. a 1.5 mg./kg./día, una o dos horas antes de acostarse, su efecto máximo es alcanzado en la primera semana de administración. Puede ser usado hasta 3 meses.

Sus efectos secundarios son:., sequedad en la boca, nerviosismo, alteraciones gastrointestinales, insomnio, caída de cabello y alteraciones de la personalidad.

Tartrato de Tolterodina.-

El tartrato se considera tan potente como el cloruro de oxibutina en su función de inhibir

las contracciones del musculo detrusor vesical.

Su dosis es de 1mg. /día (al momento de acostarse).

Sus efectos se manifiestan una hora después de su administración, disminuyendo la frecuencia urinaria. Se metaboliza en el hígado eliminándose por vía renal.

Sus efectos secundarios son: midriasis, dispepsia y cefalea.

BIBLIOGRAFÍA.-

1. Gómez R., Gómez C., Hernández B., Rojas U., Santa Cruz O., Uribe R., Psiquiatría Clínica “Diagnostico y Tratamiento en niños, adolescentes y adultos”, Edición Medica Panamericana., tercera edición, Año 2003. Pág. 241-244 y 281
2. Taylor R., Medicina de familia “Principio y Practica” Edición Elsevier Sexta edición. Año 2006 Pág. 222 – 225
3. Clive Michael J. P. Morleyn C .Brian B. Farmacología Integrada Edición Harcourt. Año1998. Pág. 334
4. Rushtom H. Problemas Urológicos en Pediatría Edición Ebsaunders. Año 1995 Vol. 22 Pag. 75-93
5. Osorio F., Yannuzzi S., Inteligencia y Subjetibilidad Año 2007 Pág. 109.
6. Huttunen M., Encopresis y Enuresis Año 1992 Pág. 212 y 217.