

DELGADO AGUILAR, HERMINIA; PEREDA ARREGUI, ENRIQUE; REMIREZ SUBERBIOLA, JOSE MANUEL;
DELGADO AGUILAR, MARIA JESÚS
Centro de Salud Almendrales. Área XI, Madrid.

ENURESIS NOCTURNA PRIMARIA

RESUMEN

La enuresis primaria monosintomática en niños en los que se ha descartado otro tipo de patología requiere un abordaje multidisciplinar. El objetivo principal de nuestro trabajo es el abordaje enfermero con un plan de cuidado en función de la valoración de necesidades del niño con este problema.

El objetivo final del equipo multidisciplinar es conseguir que el niño controle el esfínter vesical y comience el proceso de separación natural del vínculo materno, mediante el aprendizaje de estrategias de autonomía.

Palabras clave: Enuresis primaria monosintomática, enuresis primaria nocturna, plan de cuidados de la enuresis.

Key words: Monosymptomatic primary enuresis, nightly primary enuresis, enuresis plan of cares.

INTRODUCCIÓN

¿Qué es la enuresis?

La emisión involuntaria de orina durante el sueño, en niños mayores de 5 años, con una frecuencia superior a cuatro veces al mes y sin que exista una enfermedad que lo justifique. Entendemos así la enuresis primaria monosintomática.

Es importante saber que una enuresis no es una incontinencia porque se produce un vaciamiento involuntario de la vejiga durante el sueño. La micción de estos niños es completamente normal, por lo tanto un acto voluntario y complejo que se establece en el niño cuando está adquiriendo todos los mecanismos de aprendizaje.

Se convierte en problema a partir de la edad cronológica de 5 años en el caso de las niñas y de 6 años de los niños o un nivel de desarrollo equivalente. Estas edades son aproximadas, debido a que se considera que la madurez orgánica para el control de esfínteres está en torno a los 3 años.

La mayoría de los niños consiguen el control diurno entre los 2 y 3 años; el nocturno puede tardar bastante más: uno de cada diez no lo logra antes de los 6 años de edad.

Se diagnostican tres tipos de enuresis; se deben diferenciar porque las causas y los tratamientos suelen ser distintos.

1. Enuresis primaria monosintomática
2. Enuresis secundaria
3. Enuresis complicada o síndrome enurético.

La enuresis primaria monosintomática, la más frecuente (97 % de todas), se debe a varias causas que podemos diferenciar como:

- «Retraso en la maduración de los mecanismos que controlan la micción»
- «Predisposición genética», sigue un patrón de herencia autonómica dominante, de tal forma que si ambos padres fueron enuréticos el riesgo para su herencia es del 77%.
- «Alteraciones de la secreción de hormona antidiurética»
- «Trastorno del despertar». Es un problema de alta prevalencia, aproximadamente 300.000 niños entre 5-14 años en nuestro país. Comparativamente en el Reino Unido es de 750.000 niños y en EEUU es de 6-7 millones.

Un 94% de estos niños viven esta situación como un problema que les produce angustia, no pudiendo realizar una vida normal (miedo a dormir fuera de casa, acudir a colonias, viajes, etc...), según datos del Instituto Urológico de Madrid.

Es por tanto un objetivo principal que el niño adquiriera el control del esfínter vesical mediante el aprendizaje, por lo que se justifica la intervención y la dedicación de recursos para promover el proceso de autonomía del niño, con-

firiéndole un espacio y una tarea, fomentando la contención de ansiedad en los padres y disminuyendo con todo ello el significado clínico del problema.

OBJETIVOS

■ Desarrollar e implementar un plan de cuidados a niños enuréticos en consultas de enfermería para conseguir el control del esfínter vesical a través del aprendizaje.

■ Evitar la aparición de complicaciones.

Por medio de:

- Evitar la aparición de alteraciones físicas: estado de la piel.
- Fomentar la autoestima.
- Prevenir el aislamiento social, familiar y escolar.
- Reducir la ansiedad de los padres.
- Disminuir el estrés del niño, asumiendo esta fase del desarrollo como apéndice de su evolución normal.

MATERIAL Y MÉTODOS

1. MATERIAL:

- Servicio de codificación del Hospital 12º de Octubre de Madrid.
- Programa informático OMI-AP. C.S. Almendrales. Madrid.(Urbano)

Revisados 6 casos, obtenidos 4 en consultas de pediatría de Atención Primaria y 2 de consulta de sindromología hospitalaria, todos ellos seleccionados por su diagnóstico de enuresis primaria monosintomática.

2. MÉTODO:

Estudio descriptivo retrospectivo.

Revisadas las 6 historias, todas ellas se correspondían a varones de edades comprendidas entre 7-11 años con diagnóstico realizado en el 2002 de enuresis primaria monosintomática. De estos 6 casos, 2 tuvieron déficit de hormona antidiurética por la noche y una predisposición genética/herencia. En los otros no se detectó esta deficiencia ni tenían antecedentes familiares de enuresis.

En ninguno de los casos figura la elaboración de un plan de cuidados. Por tanto, en función de los datos de la historia clínica los siguientes patrones funcionales susceptibles de intervención por estar alterados fueron:

- Patrón 2. Nutricional/Metabólico
- Patrón 5. Sueño / Descanso
- Patrón 6. Cognitivo / Perceptivo
- Patrón 7. Autopercepción / Autoconcepto
- Patrón 8. Rol / Relaciones.
- Patrón 10. Adaptación / Tolerancia

PLAN DE CUIDADOS ENURESIS PRIMARIA MONOSINTOMÁTICA

Patrones alterados de la valoración (11 Patrones Funcionales de Marjory Gordon)

■ PATRÓN 2. NUTRICIONAL/METABÓLICO

- CUTANEA:
- Zona perineal eritematosa

■ PATRÓN 5. SUEÑO / DESCANSO

- Horas de sueño/día
- PROBLEMAS CON EL SUEÑO:
- La ansiedad por no mojar la cama provoca problemas para conciliar el sueño.
- despertares nocturnos, pesadillas.
- ALTERACIONES EN EXAMEN:
- Signos de cansancio: ojeras, bostezos.
- Alteraciones de la conducta: fracaso escolar

■ PATRÓN 6. COGNITIVO/ PERCEPTIVO

- Negación del problema
- Desconocimiento de medidas a adoptar
- Fobias y miedos por parte del niño y de los padres que llevan a una dificultad para comprender la enfermedad y su manejo.

■ PATRÓN 7. AUTOPERCEPCIÓN/ AUTOCONCEPTO

- ENCUESTA DE AUTOPERCEPCIÓN:
- No se siente a gusto consigo mismo porque piensa que es un fracasado
- De forma subjetiva se siente rechazado por los padres, por mojar la cama.
- Piensa que sus compañeros de clase no le aceptan porque saben «lo suyo».
- CAMBIOS RECIENTES:
- Este nuevo suceso representa un problema a nivel familiar, escolar y de socialización del niño.
- DATOS DEL EXAMEN:
- Rasgos personales: dubitativo, sentimental y violento
- No contacto visual, rehuye la mirada
- Patrón voz: dubitativo, nervioso
- Postura corporal: inseguridad
- Nervioso
- Pasivo

■ PATRÓN 8. ROL / RELACIONES

- No comparte sus angustias con nadie porque siente vergüenza.
- Se siente solo
- Relación social anormal (insatisfactoria)
- Relación familiar anormal (insatisfactoria)
- Relación escolar anormal (insatisfactoria)

■ PATRÓN 10. ADAPTACIÓN/TOLERANCIA

- Este cambio tiene una influencia significativa en su conducta, pensamiento, relación y sueño.
- El problema hace que el niño tenga una tensión constante, sin encontrar resolución al problema.

DIAGNOSTICOS NANDA, NOC, NIC**FACTOR RELACIONADO MANIFESTACION DE DEPENDENCIA
RESULTADO INTERVENCIONES****PATRÓN 2. NUTRICIONAL/METABÓLICO****– RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA**

- Humedad
- Integridad tisular: piel y membranas mucosas (1101).
- Vigilancia de la piel (3590).
- No pañales / gasas.

PATRÓN 5. SUEÑO/DESCANSO**– DETERIORO DEL PATRÓN DE SUEÑO**

- Temor
- Dificultad para conciliar el sueño
- Sueño (0004)
- Terapia de relajación simple (6040).
- No despertar al niño durante la noche

PATRÓN 6. COGNITIVO/PERCEPTIVO**– CONOCIMIENTOS DEFICIENTES**

- Poca familiaridad con los recursos para obtener la información
- Verbalización del problema.
- Comportamientos inapropiados: agitación
- Conocimiento: régimen terapéutico (1810).
- Conocimiento: medicación (1808).
- Enseñanza: individual (5606). Calendario miccional
- Enseñanza: medicamentos prescritos (5616).
- Tratamiento de desmopresina e imipramina
- No utilizar hierbas y métodos naturales sin prescripción médica
- Enseñanza: procedimiento (5610).
- Sistemas de alarma
- Ejercicios miccionales
- Enseñanza: dieta prescrita (5614).
- Limitar ingesta hídrica antes de dormir

PATRÓN 7. AUTOPERCEPCIÓN/ AUTOCONCEPTO**– TEMOR**

- Separación del sistema de soporte en una situación potencialmente estresante
- Informes de: ➔ aumento de la tensión
➔ inquietud
➔ sentirse angustiado
- Control del miedo (1404).
- Aumentar el afrontamiento (5230).
- Potenciación de la seguridad (5380).
- Apoyo emocional (5270).
- Derivar a consulta de psiquiatría.
- Escucha activa parental.
- Permitir un espacio para la libre expresión de sentimientos e inquietudes.
- No castigar al niño.
- Reforzamiento positivo de los logros.

– ANSIEDAD

- Estrés.
- Amenaza al autoconcepto
- Voz temblorosa
- Expresión de preocupaciones
- Inquietud
- Inseguridad

- Irritabilidad
- Angustia
- Nerviosismo
- Control de la ansiedad (1402).
- Disminuir la ansiedad (5820).
- Enseñanza: individual (5606).
- Técnica de relajación (5880).
- Aumentar el afrontamiento (5230).

– BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL

- Rechazo
- Verbalizaciones autonegativas
- Evaluación de sí mismo como incapaz de manejar las situaciones o los acontecimientos.
- Informes verbales de que la situación actual desafía su valía personal.
- Autoestima (1205).
- Potenciación de la autoestima (5400).
- Apoyo emocional (5270).
- Aumentar el afrontamiento (5230).
- Aumentar los sistemas de apoyo (5440).

PATRÓN 8. ROL/RELACIONES**– RIESGO DE SOLEDAD**

- Falta de contacto con personas o cosas percibidas como importantes o significativas
- Superación de problemas de la familia (2600).
- Apoyo emocional (5270).
- Aumentar el afrontamiento (5230).
- Terapia de entretenimiento (5360).
- Apoyo a la familia (7140).
- INTERRUPCIÓN EN LOS PROCESOS FAMILIARES
- Situaciones de transición o crisis
- Cambios en la participación en la solución de problemas.
- Cambios en la disponibilidad para el apoyo emocional
- Funcionamiento de la familia (2606).
- Apoyo a la familia (7140).
- Mantenimiento de los procesos familiares (7130).
- Movilización familiar (7120).
- Fomento de la implicación familiar (7110).

PATRÓN 10. TOLERANCIA AL ESTRÉS**– AFRONTAMIENTO FAMILIAR COMPROMETIDO**

- Información o comprensión inadecuada sobre el problema de salud.
- Desorganización familiar
- Superación de problemas de la familia (2600)
- Fomento de la implicación familiar (7110).
- Movilización familiar (7120).
- Apoyo a la familia (7140).
- Estimulación de la integridad familiar (7100).

– DETERIORO DE LA ADAPTACIÓN

- Múltiples agentes estresantes
- Estado emocional intenso
- No aceptación del cambio del estado de salud.
- Negación del cambio en la salud.
- No actividades preventivas de problemas de salud
- Superación de problemas (1300).
- Modificación de la conducta (4360).
- Aumentar el afrontamiento (5230).
- Asesoramiento (5240)
- Enseñanza: proceso de enfermedad (5602).

RESULTADOS

En dos de los casos de los niños correspondientes a los casos de la muestra procedentes de atención primaria observamos, sin que tenga valor estadístico significativo, que después de aplicar nuestro plan de cuidados específico durante 6 meses:

- Evaluado el patrón 5, los niños refirieron un descanso más tranquilo y reparador en relación con la disminución de la frecuencia enurética., hecho corroborado por los padres.
- El patrón 7 se modificó disminuyendo el sentimiento de culpa en relación con los episodios enuréticos principalmente manifestado por la no negación de los mismos.
- Se modificó el patrón 8 reflejado en una mejora de las relaciones del niño con los padres y de sus relaciones sociales (escolar, amigos etc....) evaluado en la consulta mediante entrevista.
- En el patrón 10 constatamos una mejora de la consideración paternal del problema, manifestada por una actitud colaboradora y comprensiva, no dando un sentido de menosprecio hacia el comportamiento de su hijo. Como resultado principal y consecuente con una intervención global observamos que en el calendario miccional disminuyó la frecuencia de «cama mojada».

CONCLUSIONES

La enuresis es una entidad en la que enfermería debe participar formando parte de un grupo multidisciplinar de atención, elaborando sus planes de cuidados y estimulando una participación activa de todos los implicados, para facilitar así la identificación de problemas, aportación de soluciones, desdramatizando la enuresis y disminuyendo el estrés.

- Todo ello apoyado por:
 - Unas actividades de Enfermería.
 - Sesiones.
 - Actividad física para fortalecer los músculos pélvicos.
 - Dieta y líquidos.
 - Cuaderno de información a los padres.
 - Cuaderno de información al paciente.
 - Calendario.
 - Hoja de seguimiento.
 - Tipo de enuresis.
 - Antecedentes familiares.
 - Tratamientos anteriores.

Aún siendo nuestra muestra tan limitada, observamos el beneficio de la elaboración, ejecución y evaluación de un plan de cuidados en una entidad en la que a priori el papel de la enfermería no parece relevante.

Por último añadir que en algunos casos raros, el problema de la enuresis no puede ser resuelto ni por los padres ni por el pediatra ni por la enfermería ni por el médico de familia sino que es necesario recurrir a un psiquiatra infantil quien podrá ayudar al niño y a sus padres a resolver estos problemas. ▼

BIBLIOGRAFÍA

AÚN SIENDO NUESTRA MUESTRA TAN LIMITADA, OBSERVAMOS EL BENEFICIO DE LA ELABORACIÓN, EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN DE UN PLAN DE CUIDADOS EN UNA ENTIDAD EN LA QUE A PRIORI EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA NO PARECE RELEVANTE. POR ÚLTIMO AÑADIR QUE EN ALGUNOS CASOS RAROS, EL PROBLEMA DE LA ENURESIS NO PUEDE SER RESUELTO NI POR LOS PADRES NI POR EL PEDIATRA NI POR LA ENFERMERÍA NI POR EL MÉDICO DE FAMILIA SINO QUE ES NECESARIO RECURRIR A UN PSIQUIATRA INFANTIL QUIEN PODRÁ AYUDAR AL NIÑO Y A SUS PADRES RESOLVER ESTOS PROBLEMAS

- Espino Aguilar, R.; Servicio de pediatría. Hospital Universitario de Valme. Sevilla. «Enuresis infantil: lo que los padres deben saber.»
- Rubio, M. Escuela de enfermería de la CAM. «Grupo focal de enuresis en un centro de salud mental: protocolo clínico». *Nure Investigación*, nº 0, Noviembre 2003.
- NANDA. Diagnósticos Enfermeros: Definición y Clasificación. 2003-2004.
- NOC (Nursing Outcomes Classification), 1991.
- NIC (Nursing Interventions Classification), 1987
- Butler R.J. Nocturnal Enuresis: The Child's Experience. Oxford: Butterworth Heinemann; 1994.
- Devlin JB., Prevalence and risk factors for child hood nocturnal enuresis. *Irish Medical Journal* 84: 118-120, 1991.
- Abrams P., Cardozo L., Khoury S., Wein A., Incontinence 2 nd International Consultation on Incontinence, July 1-3, 2001.
- Gallego Navarro A., Gutiérrez Pérez M.: Manejo de la enuresis esencial desde Atención Primaria. *Salud Rural* 1995, Septiembre.
- CUIDEN. Base de datos de enfermería en español. Búsqueda Bibliográfica.
- Christopher S. Cooper, M.D., Pediatric Urologist. What is Daytime Wetting and Voiding Dysfunction in Children? January 2000.