

5. Machado-Alba JE, Giraldo-Giraldo C, Machado-Duque ME. Quality of conventional release verapamil prescription in patients with arterial hypertension. *Rev Calid Asist.* 2015;30:72-8.
6. Evans SJ. *Pharmacoepidemiology.* *Br J Clin Pharmacol.* 2012;73:973-8.

Alfredo Portilla<sup>a</sup>, Daniel Torres<sup>a</sup>,  
Manuel Enrique Machado-Duque<sup>b</sup>  
y Jorge Enrique Machado-Alba<sup>b,\*</sup>

<sup>a</sup> Audifarma S.A, Pereira, Colombia

<sup>b</sup> Grupo de Investigación en Farmacología y Farmacovigilancia, Universidad Tecnológica de Pereira-Audifarma S.A, Pereira, Colombia

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [machado@utp.edu.co](mailto:machado@utp.edu.co)  
(J.E. Machado-Alba).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2015.07.004>

## Enuresis en niños del primer ciclo de una unidad de atención primaria en el norte de Portugal



### Nocturnal enuresis in children from 5 to 10 years of a personalized health care unit of Portugal's north zone

Sr. Editor:

La enuresis es un trastorno del desarrollo infantil responsable por problemas sociales y emocionales en los niños y sus familias<sup>1</sup>. Se define como micción involuntaria durante el sueño, al menos una vez al mes, en niños mayores de 5 años<sup>2</sup>. Afecta al 16% a los 5 años, al 10% a los 7 años, al 5% a los 10 años, al 2,3% a los 12-14 años y al 1,2% en edades superiores a 15 años<sup>1,3-5</sup>. Es más frecuente en varones<sup>1,3</sup>. Se considera ligera cuando ocurre menos de 3 veces por semana, moderada si sucede 3-6 veces por semana y grave si ocurre diariamente<sup>1,3</sup>. La patogenia es multifactorial y compleja<sup>1,3</sup>.

La enuresis primaria ocurre sin un período de continencia previo, y la enuresis secundaria aparece después de un período de control de al menos 6 meses<sup>1,3</sup>. La enuresis es monosintomática si no hay alteraciones en el patrón miccional diurno o polisintomática si hay asociación con inestabilidad vesical<sup>1,3</sup>. El tratamiento se debe dirigir a la causa, pudiendo ser farmacológico o no farmacológico<sup>1,3</sup>.

Hemos llevado a cabo un estudio retrospectivo y observacional realizado en 2014, en una unidad de atención primaria de una región del norte de Portugal. Fue obtenida una muestra de 275 niños con edades comprendidas entre 5 y 10 años. Se realizó un cuestionario telefónico a los padres. Los objetivos fueron estimar la prevalencia de enuresis, y describir la asociación con los factores de predisposición. La entrevista fue basada en estudios y cuestionarios validados<sup>4-6</sup>: 1) caracterización del niño y la familia (edad, género, ronquido, 1) caracterización del despertar, la ansiedad, perturbación de hiperactividad y déficit de atención (PHDA), inestabilidad vesical, encopresis, estreñimiento, educación de los padres, edad de los hermanos y enfermedades familiares); 2) caracterización de la incontinencia nocturna; 3) caracterización de la incontinencia diurna y síntomas relacionados con las micciones; 4) hábitos intestinales y 5) calidad de vida y tratamientos. Criterios de inclusión: edad entre 5-10 años. Criterios de exclusión: no cumplir los criterios de inclusión, incapacidad para entender portugués,

incapacidad para oír/hablar y rechazar la participación. Se han cumplido las normas éticas de la Declaración de Helsinki de 1975 en su versión más actual.

El 94% de los versos cuestionarios fueron contestados por la madre. El control de esfínteres durante el sueño se produjo antes de los 5 años en el 95% y antes de los 6 años en el 99%.

La prevalencia de enuresis fue del 10,6%. El 80% de los casos eran varones. Distribución según la edad: el 30% con 5 años, el 20% con 6 años, el 20% con 7 años, el 20% con 8 años y el 10% con 10 años. El 20% eran enuresis secundarias y el 10% eran polisintomáticas. El 60% tenían enuresis leve, el 10% moderado y el 30% grave. La historia familiar fue positiva en el 60% (50% la madre).

Se encontró asociación entre enuresis y tener el «sueño profundo» ( $p=0,009$ ). Solo en un caso, el niño tenía otras enfermedades (reflujo vesicouretral e infecciones urinarias). La enuresis no se correlacionó con ronquido, aprendizaje, PHDA, estreñimiento, encopresis o nivel de educación de los padres. La frecuencia de enuresis fue mayor entre los hijos de madres con un grado/licenciatura, y también en los hermanos mayores.

El 50% de las familias consideró que tener enuresis había afectado la vida familiar, social o escolar de sus hijos. En mitad de los casos buscaron ayuda, pero esta demanda no se asoció con el grado de afectación ni la gravedad. Todos los niños estaban siguiendo medidas generales (solo un caso con tratamiento farmacológico con desmopresina oral).

Este es uno de los pocos estudios realizados en Portugal sobre enuresis. Los resultados son consistentes con estudios realizados en otros países, en particular la mayor frecuencia en baja edad, varones, historia familiar y ser el hijo mayor.

## Bibliografía

1. Graham KM, Levy JB. Enuresis. *Pediatrics in review.* 2009;30:165-73.
2. Nevés T, von Gontard A, Hoebeke P, Hjälmås K, Bauer S, Bower W, et al. The standardization of terminology of lower urinary tract function in children and adolescents: Report from the Standardisation Committee of the International Children's Continence Society. *Journal of Urology.* 2006;176:314-24.
3. Videira Amaral JM. Tratado de Clínica Pediátrica. 1.ª Edição-ABBOTT. 2008;1:146-147.
4. Bandeira A, Barreira JL, Matos P. Prevalência da enurese nocturna em crianças em idade escolar na zona Norte de Portugal. *Nascer e Crescer.* 2007;16:65-9.

5. Silva A, Freitas A, Oliveira P, Machado E. Enuresis: Prevalência e Factores Associados em Crianças em Idade Escolar (primeiro ciclo) - Estudo Epidemiológico. *Acta Pediatr Port.* 2004;35:413-9.
6. Akbal C, Genc Y, Burgu B, Ozden E, Tekgul S. Dysfunctional voiding and incontinence scoring system: Quantitative evaluation of incontinence symptoms in pediatric population. *J Urol.* 2005;173:969-73.

Maria Miguel Gomes<sup>a,\*</sup>, Joana Teixeira<sup>a</sup>, Jorge Freitas<sup>b</sup>  
y Ana Gabriela Ribeiro<sup>b</sup>

<sup>a</sup> *Departamento de Pediatria, Hospital de Braga, Braga, Portugal*

<sup>b</sup> *Unidad de Atención Primaria de Adáufe, Braga, Portugal*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [mariamgomes@hotmail.com](mailto:mariamgomes@hotmail.com)  
(M.M. Gomes).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2015.05.011>