

# Enuresis nocturna primaria y secundaria. ¿Son entidades diferentes?

S. Lapeña López de Armentia, L.M. Rodríguez Fernández, J.M. Marugán de Miguelsanz, M.T. Palau Benavides,  
S. Reguero Celada, M. Gutiérrez Fernández, M.C. Torres Hinojal, J.L. San Martín Sastre

**Resumen.** *Objetivo.* Conocer la prevalencia de enuresis nocturna primaria (ENP) y secundaria (ENS) en niños de nuestro entorno y sus posibles diferencias. *Material y métodos.* Estudio epidemiológico transversal en una amplia muestra aleatorizada de niños escolarizados en la provincia de León, de 6 y 10 años, mediante encuesta anónima dirigida a los padres a través de los centros escolares. Se analizan factores familiares, socioeconómicos, personales, educativos y psicológicos, en las dos formas de enuresis. *Resultados.* Seleccionamos una muestra representativa formada por 1.307 niños. De ellos, a los 6 años presentan enuresis nocturna: 171 (13,09 ± 0,93%), siendo primaria en 133 (10,18 ± 0,84%) y secundaria en 38 niños (2,91 ± 0,46%). No encontramos diferencias significativas entre ambos grupos al analizar los factores familiares, socioeconómicos, personales, educativos y psicológicos. Únicamente en la ENP se aprecia una mayor edad de los padres ( $p < 0,05$ ), un menor porcentaje de enseñanza del control esfinteriano ( $p < 0,01$ ) y un inicio de la misma más tardío ( $p < 0,05$ ). *Conclusiones.* La prevalencia de enuresis nocturna en su forma primaria es de 10,18 ± 0,84%, y en su forma secundaria es de 2,91 ± 0,46%. No encontramos diferencias entre ambas formas que permita considerarlas como entidades diferentes.

*An Esp Pediatr 1996;44:345-350.*

**Palabras clave:** Enuresis nocturna; Enuresis nocturna primaria; Enuresis nocturna secundaria; Epidemiología.

## PRIMARY AND SECONDARY NOCTURNAL ENURESIS. ARE THEY DIFFERENT FORMS?

**Abstract.** The aim of this study was to know the prevalence and predominant factors of primary and secondary enuresis in schoolchildren. For this purpose, a randomized epidemiological study was performed on a representative sample of the general population of children, aged 6 and 10 years, living in the province of Leon. Their parents responded to a questionnaire that evaluated, in both forms of enuresis, what are the predominant factors, including: familiar, socioeconomic, personal, education and psychological factors. We found that in a selected population of 1,307 children, 171 presented nocturnal enuresis when they were 6 years old (13.09% ± 0.93%). Of these, 133 had primary (10.18 ± 0.84%) and 38 (2.91 ± 0.46%) secondary enuresis. We found no significant differences between the two forms in regards to familiar, socioeconomic, personal education or psychological factors. The only differences were that in secondary enuresis, the parents were older ( $p < 0.05$ ) and less education ( $p < 0.01$ ) on the subject of bladder control, and a later onset of the same ( $p < 0.05$ ), was given. We conclude that the prevalence of primary enuresis is

*Trabajo realizado con ayuda de la Beca del Fondo de Investigaciones Sanitarias de la Seguridad Social n° 91/1.220*

Servicio de Pediatría. Complejo Hospitalario. León.

*Correspondencia:* Santiago Lapeña López de Armentia.

Servicio de Pediatría. Complejo Hospitalario. 24007 León.

*Recibido:* Diciembre 1994

*Aceptado:* Mayo 1995

10.18% ± 0.84% and that of secondary enuresis is 2.91% ± 0.46%. We do not find clear differences that permit us to consider these two types of enuresis as different forms.

**Key words:** Nocturnal enuresis; Primary enuresis; Secondary enuresis; Epidemiology.

## Introducción

La mayoría de los autores definen la enuresis nocturna como una descarga involuntaria de orina que ocurre después de la edad en la que el control vesical nocturno debería haberse alcanzado<sup>(1-12)</sup>. No existe acuerdo sobre dónde se establece el límite de normalidad, debido a que la adquisición del control vesical puede depender de multitud de factores (educacionales, ambientales, sociales, familiares, psicológicos y hereditarios)<sup>(2,4,13)</sup>; así, de forma arbitraria, unos autores colocan la edad por debajo de la cual nunca se puede catalogar a un niño de enurético en los 4 años<sup>(13)</sup>, otros en los 5<sup>(4)</sup>, y la mayor parte en los 6 años<sup>(1,2,14)</sup>.

La enuresis nocturna puede ser de dos tipos: primaria (ENP) si el niño nunca se ha mantenido seco, y secundaria (ENS) si el niño, que ya antes de los 6 años había controlado durante más de 6 meses, vuelve a mojar la cama<sup>(1,14)</sup>.

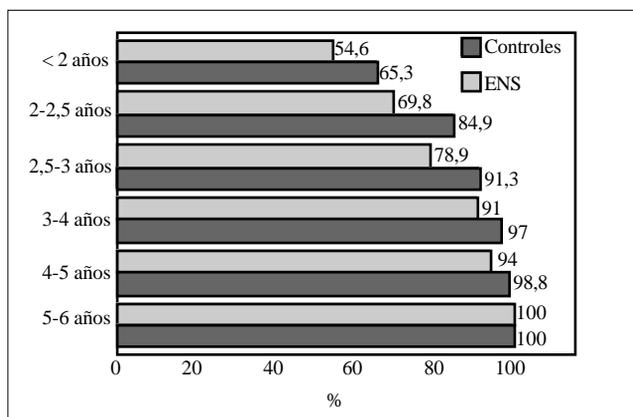
Esta clasificación para algunos autores es más teórica que real, debido a que no se encuentran diferencias entre ambas, e incluso origina confusión terminológica al tener equivocadamente implicaciones etiopatogénicas<sup>(15)</sup>. Sin embargo, para otros autores los factores etiológicos que actúan en cada una de las dos formas de enuresis son diferentes: en la ENP predominan los factores genéticos y hereditarios y en la ENS los factores psicoafectivos<sup>(2,16)</sup>.

Con objeto de conocer en nuestro medio las características epidemiológicas de la ENP y de la ENS, sus similitudes y diferencias, hemos realizado el presente trabajo.

## Material y métodos

Hemos elaborado un estudio epidemiológico transversal en niños escolarizados en la provincia de León de 1º y 5º curso de EGB (de 6 y 10 años de edad aproximadamente), mediante encuestas dirigidas a los padres y distribuidas a través de los centros escolares.

La encuesta tiene un carácter anónimo, y se compone de múltiples preguntas de respuesta sencilla, referentes a los siguientes apartados: a) filiación: edad, sexo, peso, talla, localidad y tipo de colegio; según la localidad, consideramos medio urbano



**Figura 1.** Comparación entre tasa de control vesical nocturno en enuresis nocturna secundaria y en controles (porcentaje acumulado).  $P < 0,05$  al comparar edad inferior a 3 años con edad superior. Abreviaturas: ENS: enuresis nocturna secundaria.

si el municipio tiene más de 10.000 habitantes, y medio rural si tiene menos de 10.000<sup>(17)</sup>; b) medio socioeconómico: trabajo y estudios de ambos padres, características de la vivienda y de la habitación del niño; según los estudios y el trabajo más cualificado de uno de los dos cónyuges, dividimos la clase social en: clase A (incluye titulados superiores y que sean empresarios, profesionales, trabajadores cualificados) y clase B (trabajadores semi o no cualificados, parados, pensionistas y que carezcan de estudios universitarios); c) antecedentes personales: peso al nacer, alimentación, desarrollo psicomotor, vacunación y nivel de control médico en atención primaria; d) evolución del control esfinteriano: conocimientos previos de los padres, pauta educativa seguida, secuencia del control vesical y anal, retrocesos en el aprendizaje y factores coincidentes; e) valoración psicológica del niño y patología personal asociada: edad de inicio de escolarización, rendimiento escolar, datos sobre el carácter del niño, sobre el sueño y enfermedades asociadas; f) enfermedades en familiares directos: trastornos en el control de esfínteres, enfermedades nefrourológicas o digestivas; y g) actitud de los padres ante el retraso en el control esfinteriano.

Hemos considerado enuresis nocturna, basándonos en la definición de la DSM-III-R de 1987<sup>(14)</sup>, ante existencia de al menos un episodio de incontinencia urinaria al mes, para niños mayores de 6 años. Consideramos una enuresis como secundaria cuando el niño ha tenido un período previo de control vesical superior a 6 meses.

### Estudio estadístico

Se ha realizado un estudio comparativo de los factores etiopatogénicos entre los dos grupos de enuresis (primaria y secundaria) mediante el test de Chi-cuadrado para variables cualitativas y de «t» de Student para variables cuantitativas.

### Resultados

El porcentaje global de respuestas observado fue del 65,12%,

**Tabla I** Factores socioeconómicos y prevalencia de enuresis nocturna primaria y secundaria

	ENP (%)	ENS (%)	Valor de p
<b>Hábitat</b>			
Urbano	72 (55,3)	27 (71,1)	NS
Rural	58 (44,6)	11 (21,9)	
<b>Colegio</b>			
Público	99 (75,0)	31 (81,5)	NS
Privado	33 (25,0)	7 (18,5)	
<b>Clase social*</b>			
A	33 (28,9)	7 (24,1)	NS
B	81 (71,1)	22 (75,9)	
<b>Edad del padre (en años)</b>			
X ± DS**	31,5 ± 7,1	29,3 ± 5,3	p < 0,05
<b>Padre parado</b>			
Sí	9 (8,1)	3 (10,7)	NS
No	101 (91,9)	25 (89,3)	
<b>Edad de la madre (en años)</b>			
X ± DS**	28,3 ± 6,5	25,2 ± 5,3	p < 0,01
<b>Madre separada</b>			
Sí	18 (21,4)	12 (44,4)	p < 0,05
No	66 (78,6)	15 (55,6)	
<b>Tipo de vivienda</b>			
Propia	85 (64,8)	25 (69,4)	NS
Alquilada	46 (35,2)	11 (30,5)	
<b>Metros cuadrados de la vivienda</b>			
X ± DS**	101,4 ± 44,5	78,0 ± 22,8	p < 0,001
<b>Orden del niño</b>			
Hijo único	14 (10,7)	4 (11,2)	NS
Primogénito	31 (23,7)	12 (33,3)	
Intermedio	20 (15,2)	6 (16,6)	
Ultimo	66 (50,4)	14 (38,9)	

ENP: Enuresis nocturna primaria; ENS: Enuresis nocturna secundaria; NS: No significativo; \*: Clase social A: estudios universitarios o empresarios, profesionales y trabajadores cualificados; Clase social B: trabajadores semi o no cualificados, parados, pensionistas, con estudios no universitarios; \*\*: media ± desviación estándar.

obteniendo un total de 1.410 encuestas contestadas, de las cuales fueron anuladas 103 por mala cumplimentación, resultando una muestra final de 1.307 niños. De ellos, a los 6 años son enuréticos 171 (13,09 ± 0,93%): 133 (10,18 ± 0,84%) con ENP, 38 (2,91 ± 0,46%) con ENS, y 1.136 niños no enuréticos (grupo control).

El porcentaje de la población infantil que ha alcanzado el control inicial vesical nocturno antes de los 6 años, por edades, tanto en el grupo control como en la ENS se expresa en la **figura 1**. Se observa un significativo menor porcentaje de controladores en los 3 primeros años en el grupo de ENS ( $p < 0,05$ ).

Una vez adquirido el control, la recaída de la enuresis en su forma secundaria, no se relaciona con ningún tipo de factor en 22

Tabla II Influencia de los antecedentes personales sobre la prevalencia de enuresis nocturna primaria y secundaria

	ENP (%)	ENS (%)	Valor de p
<i>Sexo</i>			
Varón	86 (64,7)	21 (55,3)	NS
Mujer	47 (35,3)	17 (44,7)	
<i>Peso al nacer</i>			
Menos de 2.500 g	10 (8,1)	0 (0,0)	NS
Más de 2.500 g	113 (91,9)	38 (100,0)	
<i>Lactancia</i>			
Materna	66 (49,6)	17 (44,7)	NS
Artificial	41 (30,9)	13 (34,2)	
Mixta	26 (19,5)	8 (21,1)	
<i>Edad de inicio del beikost</i>			
Antes de 4 meses	33 (25,3)	13 (34,3)	NS
Después de 4 meses	97 (74,7)	25 (65,7)	
<i>Desarrollo psicomotor</i>			
Normal	110 (89,5)	35 (92,1)	NS
Retrasado*	13 (10,5)	2 (7,9)	
<i>Vacunación</i>			
Sí	117 (90,0)	35 (92,2)	NS
No	1 (0,7)	2 (5,2)	
Incompleta	12 (9,3)	1 (2,6)	

ENP: Enuresis nocturna primaria; ENS: Enuresis nocturna secundaria; NS: No significativo; \*: Si presenta dos o más de los siguientes: sedestación después de 8 meses, deambulación después de los 15 meses y/o bisílabos después de los 12 meses.

casos (57,8%); en el resto se atribuye a: nacimiento de hermano en seis (15,7%), enfermedad en el propio niño en cinco (13,1%), inicio de escolarización en tres (7,8%) y otras causas en dos (5,2%). La edad media de la recaída fue de  $4,51 \pm 1,25$  años.

### Estudio comparativo entre ENP y ENS

En la **tabla I** figuran los factores socioeconómicos que pudieran influir en las ENP y ENS. No se observan, en general, diferencias significativas entre ambos grupos, salvo un porcentaje mayor de madres paradas en la ENS ( $p < 0,05$ ), y una edad superior tanto del padre ( $p < 0,05$ ) como de la madre ( $p < 0,01$ ) en la ENP.

En los antecedentes personales (**Tabla II**) no existen diferencias significativas para ninguno de los factores analizados, según el tipo de enuresis.

La actitud educativa y conocimiento de los padres sobre el tema del control esfinteriano mostró diferencias significativas (**Tabla III**). Así, se observa una edad media mayor en el inicio de la educación esfinteriana cuando ésta fue realizada en los niños con ENP ( $21,86 \pm 9,83$  meses), frente a  $17,76 \pm 7$  meses en la ENS ( $p < 0,05$ ); por otra parte, en la ENP hay un alto porcentaje de padres que no enseñan a su hijo el control (19,8%), frente a ninguno entre los secundarios ( $p < 0,01$ ). El resto de aspectos

Tabla III Relación entre la educación en el control esfinteriano y prevalencia de enuresis nocturna primaria y secundaria

	ENP (%)	ENS (%)	Valor de p
<i>Ha educado al hijo con</i>			
Disciplina	61 (47,2)	16 (44,4)	NS
Tolerancia	68 (52,8)	20 (55,6)	
<i>Conoce la edad de control</i>			
Sí	37 (28,2)	12 (31,5)	NS
No	27 (20,6)	8 (21,1)	
Sólo aproximada	67 (51,2)	18 (47,4)	
<i>Ha enseñado al niño</i>			
Sí	105 (80,2)	38 (100,0)	$p < 0,01$
No	26 (19,8)	0 (0,0)	
<i>Inicio de la educación</i>			
Antes de 15 meses	30 (31,9)	14 (46,6)	NS
Después de 15 meses	64 (68,1)	16 (53,4)	
<i>Inicio de la educación (en meses)</i>			
$X \pm DS^*$	$21,86 \pm 9,83$	$17,76 \pm 7,0$	$p < 0,05$
<i>Uso de premios o castigos</i>			
Con frecuencia	51 (39,8)	14 (36,8)	NS
Nunca	77 (60,2)	24 (63,2)	

AENP: Enuresis nocturna primaria; ENS: Enuresis nocturna secundaria; NS: No significativo; \*: media  $\pm$  desviación estándar.

estudiados en este campo no difiere entre los dos grupos.

La edad de inicio de escolarización, rendimiento escolar, rasgos de personalidad y carácter del niño, así como la existencia de trastornos del sueño, no mostraron diferencias entre ambos grupos (**Tablas IV y V**). Los padres reconocen la existencia de problemas psicológicos en sus hijos en un porcentaje inferior en los enuréticos primarios que en los secundarios (31,7% y 42%, respectivamente), aunque esta diferencia no mostró significación estadística, y en este caso los trastornos psicológicos se consideran secundarios a la enuresis en un porcentaje similar en ambos grupos.

Tampoco encontramos diferencias en la incidencia de enuresis diurna o encopresis entre la ENP y ENS (**Tabla VI**). Solamente al comparar la frecuencia de incontinencia nocturna entre ambos grupos, se aprecia una intensidad del problema mayor entre los enuréticos primarios ( $p < 0,05$ ).

Ni la predisposición familiar para la enuresis nocturna (**Tabla VII**), ni los antecedentes personales patológicos (enfermedad crónica, ingresos previos, infecciones urinarias, estreñimiento) mostraron comportamientos diferentes entre ambos grupos; es más frecuente en el grupo de ENS el padecer alguna enfermedad crónica (8,5% frente al 3,1% de los ENP) y estreñimiento en los 2 primeros años de vida (25% frente al 11,8%), pero sin diferencias significativas.

La actitud de los padres ante la enuresis, en cuanto a la conciencia de su carácter patológico, si han consultado el problema, y si han realizado algún tratamiento, ofrecieron datos

Tabla IV Relación entre rendimiento escolar y enuresis nocturna primaria y secundaria

	ENP (%)	ENS (%)	Valor de p
<i>Edad de inicio escolar</i>			
Menor de 4 años	58 (61,7)	19 (67,8)	NS
Después de 4 años	36 (38,3)	9 (32,2)	
<i>Malas notas</i>			
Sí	20 (21,2)	6 (20,0)	NS
No	74 (78,8)	24 (80,0)	
<i>Aplicado</i>			
Sí	83 (76,9)	25 (78,1)	NS
No	25 (23,1)	7 (21,9)	
<i>Le gusta ir al colegio</i>			
Sí	114 (92,6)	35 (97,2)	NS
No	9 (7,4)	1 (2,8)	
<i>Se distrae fácilmente</i>			
Sí	71 (63,9)	29 (76,3)	NS
No	40 (36,1)	9 (23,6)	

ENP: Enuresis nocturna primaria; ENS: Enuresis nocturna secundaria; NS: No significativo.

muy similares (Tabla VIII). Únicamente los padres de enuréticos secundarios esperan, en menor medida, una resolución espontánea del problema ( $p < 0,01$ ).

## Discusión

La enuresis secundaria supuso una pequeña proporción del total de enuresis (22% de los niños enuréticos de 6 años), similar a la mayoría de series publicadas<sup>(2,13,15)</sup>.

La edad inicial de control vesical nocturno en los niños con ENS fue significativamente más tardía que en los no enuréticos, hasta la edad de 3 años, posiblemente debido a una maduración esfinteriana más lenta que en los niños normales<sup>(18)</sup>.

Sólo en el 42,1% de los casos (16/38) se pudo encontrar algún factor desencadenante o al menos coincidente con la misma, por lo que en nuestra serie no es habitual la existencia de factores ambientales o personales desencadenantes de ENS, hecho referido por algún autor<sup>(15)</sup>, y contrario a los resultados encontrados en otros trabajos<sup>(2,16)</sup>; esta discordancia puede deberse, por un lado, a la diferente metodología empleada, y por otro, al escaso número de casos de ENS<sup>(2)</sup>.

La distinción entre ambas formas de enuresis nocturna pasa por la existencia de ese intervalo de normalidad, tremendamente arbitrario y variable en su duración según los autores: 2 meses<sup>(19)</sup>, 3 meses<sup>(20,21)</sup>, 6 meses<sup>(3,7,14,22-27)</sup> e incluso 1 año<sup>(16,28-31)</sup>. Esto lleva a los datos tan dispares existentes en la literatura sobre prevalencia de las mismas, y a la confusión reinante a la hora de comparar, mediante estudios epidemiológicos, los factores prevalentes en uno y otro tipo de enuresis. En base a ello, para algunos no debería establecerse una diferenciación entre ENP y ENS, que formarían parte del mismo proceso, y no debería variar la actitud terapéutica ante ellos<sup>(15)</sup>.

Tabla V Rasgos de personalidad y carácter del niño y enuresis nocturna primaria y secundaria

	ENP (%)	ENS (%)	Valor de p
<i>Tímido y callado</i>			
Sí	40 (31,7)	13 (38,2)	NS
No	86 (68,3)	21 (61,8)	
<i>Enmadrado</i>			
Sí	51 (40,8)	11 (31,4)	NS
No	74 (59,2)	24 (68,6)	
<i>Vergonzoso</i>			
Sí	61 (48,4)	20 (57,1)	NS
No	65 (51,6)	15 (42,9)	
<i>Desobediente</i>			
Sí	70 (56,0)	20 (58,8)	NS
No	55 (44,0)	14 (41,2)	
<i>Nervioso-inquieto</i>			
Sí	84 (65,6)	25 (73,5)	NS
No	44 (34,4)	9 (26,5)	
<i>Come mal</i>			
Sí	53 (41,7)	14 (40,0)	NS
No	74 (48,3)	21 (60,0)	
<i>Miedo a la oscuridad</i>			
Sí	67 (67,0)	19 (54,2)	NS
No	56 (33,0)	16 (45,8)	
<i>Onicofagia</i>			
Sí	39 (30,4)	13 (37,1)	NS
No	89 (69,5)	22 (62,9)	
<i>Presenta tics</i>			
Sí	7 (5,8)	2 (6,2)	NS
No	113 (94,2)	30 (93,8)	
<i>Le cuesta hacer amigos</i>			
Sí	18 (14,4)	4 (11,7)	NS
No	107 (85,6)	30 (88,3)	
<i>Es o ha sido tartamudo</i>			
Sí	4 (3,2)	3 (8,5)	NS
No	120 (96,8)	32 (91,5)	
<i>Trastornos del sueño</i>			
Sí	84 (66,1)	21 (58,3)	NS
No	43 (33,9)	15 (41,7)	
<i>Si hay problemas psicológicos, ¿son posteriores a la enuresis?</i>			
Sí	6 (7,0)	2 (10,5)	NS
No	21 (24,7)	6 (31,5)	
No tiene	58 (68,3)	11 (58,0)	

ENP: Enuresis nocturna primaria; ENS: Enuresis nocturna secundaria; NS: No significativo.

En el presente estudio hemos elegido un intervalo de control previo de 6 meses, por ser el más utilizado en la literatura mundial<sup>(3,7,14,22-27)</sup>. Analizaremos sólo los datos más relevantes que mostraron una significación estadística entre ambos grupos.

Entre los factores socioeconómicos sólo destaca un porcentaje mayor de madres paradas en la ENS y una edad llamativamente superior en ambos padres en la forma primaria. Podría

Tabla VI Relación entre enuresis diurna y encopresis con enuresis nocturna primaria y secundaria

	ENP (%)	ENS (%)	Valor de p
<i>Enuresis diurna</i>			
Sí	18 (14,4)	1 (2,8)	NS
No	107 (85,6)	34 (97,2)	
<i>Edad de control vesical diurno</i>			
< 24 m	51 (50,6)	21 (65,7)	NS
24-30 m	25 (24,8)	4 (12,5)	
30-36 m	9 (8,9)	5 (15,6)	
3-4 años	13 (12,9)	2 (6,2)	
4-5 años	2 (1,9)	0 (0,0)	
5-6 años	1 (0,9)	0 (0,0)	
<i>Encopresis</i>			
Sí	12 (10,0)	1 (2,9)	NS
No	107 (90,0)	33 (97,1)	
<i>Edad de control anal</i>			
< 24 m	65 (64,3)	22 (68,9)	NS
24-30 m	19 (18,8)	4 (12,5)	
30-36 m	11 (10,9)	3 (9,3)	
3-4 años	4 (4,0)	1 (3,1)	
4-5 años	1 (1,0)	1 (3,1)	
5-6 años	1 (1,0)	1 (3,1)	
<i>Frecuencia de las micciones nocturnas</i>			
A diario	43 (43,0)	8 (22,8)	p < 0,05
1-7/semana	30 (30,0)	9 (25,7)	
1/semana	5 (5,0)	5 (14,3)	
1-4/mes	22 (22,0)	13 (37,2)	

ENP: Enuresis nocturna primaria; ENS: Enuresis nocturna secundaria; NS: No significativo; m: meses.

deducirse que la edad de los progenitores puede condicionar un comportamiento distinto hacia el niño o técnicas educativas diferentes, como tener una actitud más permisiva a la hora de realizar el aprendizaje vesical<sup>(3)</sup>.

Este hecho podría explicar que la edad media de inicio del adiestramiento esfinteriano en la ENP sea mucho más tardía que en la secundaria (21,86/17,76 meses, respectivamente, con  $p < 0,05$ ), y que en la ENP haya un elevado porcentaje de padres que no han intentado dicha enseñanza (19,8%) frente a ningún caso en la ENS ( $p < 0,01$ ).

El resto de factores socioeconómicos analizados, así como familiares, personales, educativos, relación con enuresis diurna y encopresis y antecedentes patológicos, no manifiestan diferencias entre los dos tipos de enuresis. En nuestra serie, ni los factores hereditarios o genéticos, ni los psicoafectivos mostraron diferencias significativas en los dos tipos de enuresis, contrariamente a lo encontrado por otros autores<sup>(2,16)</sup>.

Todo ello nos hace suponer que la enuresis, tanto en su forma de ENP como ENS, puede ser un mismo proceso, al presentar características muy similares en casi todos los aspectos estu-

Tabla VII Carácter familiar de la enuresis nocturna primaria y secundaria

	ENP (%)	ENS (%)	Valor de p
<i>A.F. con enuresis</i>			
Sí	46 (35,9)	11 (31,4)	NS
No	82 (64,1)	24 (68,6)	
<i>Padre con enuresis</i>			
Sí	21 (16,4)	4 (11,5)	NS
No	107 (83,6)	31 (88,5)	
<i>Madre con enuresis</i>			
Sí	15 (11,7)	3 (8,6)	NS
No	113 (88,3)	32 (91,4)	
<i>Un hermano enurético</i>			
Sí	6 (4,6)	3 (8,6)	NS
No	122 (95,3)	32 (91,4)	
<i>Más de un hermano enurético</i>			
Sí	4 (3,1)	1 (2,8)	NS
No	124 (96,8)	34 (97,2)	

ENP: Enuresis nocturna primaria; ENS: Enuresis nocturna secundaria; A.F.: Antecedentes familiares; NS: No significativo.

Tabla VIII Actitud de los padres ante la enuresis nocturna

	ENP (%)	ENS (%)	Valor de p
<i>Conciencia del carácter patológico de la enuresis</i>			
Sí	88 (66,1)	20 (52,7)	NS
No	45 (33,9)	18 (47,3)	
<i>Han consultado el problema a su médico</i>			
Sí	56 (42,1)	13 (34,3)	NS
No	77 (57,9)	25 (65,7)	
<i>Han consultado a psicólogo o psiquiatra</i>			
Sí	16 (12,0)	3 (7,9)	NS
No	117 (88,0)	35 (92,1)	
<i>Han realizado algún tratamiento de la enuresis</i>			
Sí	55 (41,3)	13 (34,3)	NS
No	78 (58,7)	25 (65,7)	
<i>Aunque conocen su carácter patológico, esperan una resolución espontánea</i>			
Sí	59 (74,7)	7 (36,9)	p < 0,01
No	20 (25,3)	12 (63,1)	

ENP: Enuresis nocturna primaria; ENS: Enuresis nocturna secundaria; NS: No significativo.

diados. Probablemente sea la actitud educativa de los padres, condicionada o no por la edad (entre otros factores), la que lleve a manifestarse la enuresis de una forma o de otra. Según nuestros datos, el intento de adiestramiento y la precocidad en el mismo, en determinados niños, podría condicionar un primer control vesical bastante temprano en muchos casos, pero con recaída posterior en forma de ENS, seguramente en los niños que de

cualquier manera iban a presentar enuresis nocturna, mientras que una educación tardía o no realizada, se manifestaría en forma primaria.

Como conclusiones, destacamos que no hay diferencias apreciables en la mayoría de los parámetros analizados. Unicamente en la ENP se aprecia una mayor edad de los padres, un menor porcentaje de enseñanza del control esfinteriano y un inicio de la misma más tardío, por lo que la diferencia entre ENP y ENS parece poco fundamentada, y además, ésta se basa en la existencia de un período previo de control de duración arbitraria. Destacamos también que en más de la mitad de los casos de ENS no encontramos factores desencadenantes de la recaída.

Son necesarios más trabajos, empleando unos mismos criterios a la hora de definir la enuresis, para poder contrastar estos datos, y tener un mejor conocimiento del problema.

## Bibliografía

- 1 Gil Rushton H. Nocturnal enuresis: epidemiology, evaluation and currently available treatment options. *J Pediatrics* 1989;**114**:691-696.
- 2 Ramos C, Herranz P, Córdor J, Díaz-Delgado R, Echevarri F, López MR. Enuresis nocturna en la infancia. Análisis de posibles factores psicopatógenos. *Acta Pediatr Esp* 1988;**46**:441-444.
- 3 Doleys M, Dolce JJ. Toilet training and enuresis. *Pediatr Clin North Am* 1982;**29**:297-313.
- 4 Díez Calleja E, Lapuerta Torres E, Calatrava Gadea S, Bueno Selles C, Boluda Pérez J. Comentarios sobre la enuresis primaria. Presentación de una casuística de 93 casos. *Arch Esp Urol* 1991;**44**:833-837.
- 5 Oppe WC, Harper PA, Rider RV. The age of attaining bladder control. *Pediatrics* 1968;**42**:614-626.
- 6 Friman PC. A preventive context for enuresis. *Pediatr Clin North Am* 1986;**33**:871-886.
- 7 Ajuriaguerra J. La organización del control de esfínteres y sus trastornos. En: J. de Ajuriaguerra (ed). Manual de Psiquiatría infantil, págs. 274-280. Barcelona: Ed. Toray-Masson, 1973.
- 8 Hurley RM. Enuresis: the difference between night and day. *Pediatr Rev* 1990;**12**:167-170.
- 9 McLorie GA, Husmann DA. Incontinence and enuresis. *Pediatr Clin North Am* 1987;**34**:1159-1174.
- 10 Jarvelin MR, Van der Lee JH, Akkerhuis GW, Sandres-Woudstra JAR, Timmer FC, Donkhorst ID. The prevalence of nocturnal enuresis: Do DSM-III criteria need to be changed?. *J Child Psychol Psychiatry* 1985;**26**:989-993.
- 11 Forsythe WI, Butler RJ. Fifty years in enuretic alarms. *Arch Dis Child* 1989;**64**:879-885.
- 12 Cochat P. L'énurésie et les troubles mictionnels communs de l'enfance. *Pediatrie* 1989;**44**:523-530.
- 13 Sánchez Chapado M, Sánchez Sandoval A, Romero Aguirre F, Elizalde Amatria A, López López JA, Hernández Calvo P, González Rodrilla A. Enuresis I: Estudio sociológico del fenómeno enurético. *Actas Urol Esp* 1983;**7**:117-122.
- 14 American Psychiatric Association. Diagnosis and statistical manual of mental disorders (DSM-III-R). American Psychiatric Association. Washington DC, 1987.
- 15 Cobo Medina C, Ramos Gorostiza P. Enuresis: una cuestión abierta. *Rev Esp Pediatr* 1990;**46**:355-367.
- 16 Novello AC, Novello JR. Enuresis. *Pediatr Clin North Am* (ed española) 1987;**3**:771-786.
- 17 Cortina P, Sabater A. Salud y medio urbano y rural. En: Piédrola G y cols. (eds). Medicina preventiva y salud pública, 8ª ed; pág. 205. Barcelona: Ed. Salvat, 1988.
- 18 Bueno SM. Características socioeconómicas de la muestra. En: Paidós'84: Estudio epidemiológico sobre nutrición y obesidad infantil; págs. 41-44. Madrid, 1984.
- 19 Rahim SIA, Cederblad M. Epidemiology of nocturnal enuresis in a part of Khartum, Sudam. I. The extensive study. *Acta Paediatr Scand* 1986;**75**:1017-1020.
- 20 Foxman B, Valdez RB, Brook RH. Childhood enuresis: prevalence, perceived impact and prescribed treatments. *Pediatrics* 1986;**77**:482-487.
- 21 Shaffer D, Gardner A, Hedge B. Behavior and bladder disturbance of enuretic children: a rational classification of a common disorder. *Dev Med Child Neurol* 1984;**26**:781-792.
- 22 Devlin JB, O' Cathian C. Predicting treatment outcome in nocturnal enuresis. *Arch Dis Child* 1990;**65**:1158-1161.
- 23 Jarvelin MR, Moilanen I, Kangas P, Moring K, Vikevainen-Tervonen L, Huttunen NP, Seppanen J. Etiological and precipitating factors for childhood enuresis. *Acta Paediatr Scand* 1991;**80**:361-369.
- 24 Sánchez M, Sánchez A, Romero F, Elizalde A, López JA, Hernández P, González A. Enuresis. I. Estudio sociológico del fenómeno enurético. *Actas Urol Esp* 1983;**7**:117-122.
- 25 Jarvelin MR. Developmental history and neurological findings in enuretic children. *Dev Med Child Neurol* 1989;**31**:728-736.
- 26 Rushton HG. Nocturnal enuresis: Epidemiology, evaluation, and currently available treatment options. *J Pediatr* 1989;**114**:691-696.
- 27 Cigna RM, Chiamonte C, Lo Gaglio C, Milazzo M, Lo Piparo M, De Grazia E. L'enuresis nell'infanzia. Inquadramento diagnostico e trattamento. *Minerva Pediatr* 1989;**41**:371-373.
- 28 Howe AC, Walker CE. Tratamiento de la conducta para control de esfínteres, enuresis y encopresis. *Clin Pediatr North Am* (ed esp) 1992;**3**:421-445.
- 29 Godoy C, Fernández E, Lor B, Morales JM. Estudio empírico de la enuresis: clínica y personalidad. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr* 1991;**19**:201-209.
- 30 Starfield B. Functional bladder capacity in enuretic and nonenuretic children. *J Pediatr* 1967;**70**:777-782.
- 31 Hallgren B. Enuresis: a clinical and genetic study. *Acta Psychiatr Neurol Scand* 1957;**32**(Suppl 114):1-159.