

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"ENURESIS: ACTITUDES DE PADRES Y MEDICOS"

(Estudio Prospectivo en los Hospitales Roosevelt
y General "San Juan de Dios")

IRMA LETICIA LOPEZ ESTRADA

C O N T E N I D O

TITULO

INTRODUCCION

DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA

REVISION BIBLIOGRAFICA

MATERIAL Y METODOS

RESULTADOS

ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

APENDICE

INTRODUCCION

Siendo la Enuresis una patología muy frecuente - que afecta a niños y adolescentes de ambos sexos, de diferentes culturas y grupos étnicos, diversas clases sociales y niveles de inteligencia y que puede sobrevenir después de una enfermedad orgánica o de un estado de stress emocional; me propuse realizar este estudio para determinar el grado de conocimiento de los padres de familia de nuestro medio acerca de lo que significa e implica la enuresis y para conocer la opinión de médicos pediatras acerca de la entidad y qué conducta siguen.

Se realizó un estudio prospectivo de seis meses, en el que se entrevistó a cien padres de niños enuréticos de tres a doce años, de ambos sexos que asisten a la Consulta Externa de Pediatría de los hospitales Roosevelt y General "San Juan de Dios" de la ciudad de Guatemala. Asimismo se entrevistó por medio de un cuestionario escrito a cincuenta médicos pediatras, incluyendo residentes de diversos niveles de experiencia y Jefes de los Servicios de Pediatría de los hospitales mencionados.

Ya que la enuresis es muy frecuente dentro de cualquier población infantil y además inadecuadamente tratada, debido a la poca y mala orientación de los padres -según lo demuestra este estudio- se presenta un protocolo de tratamiento, el cual considero, podrá ser llevado de manera sencilla como adición a cualquier papeleta clínica, principalmente en consulta externa, para así contribuir en una mínima parte al manejo adecuado de los niños enuréticos.

DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA

Enuresis se define como la emisión involuntaria de orina en niños mayores de 3 años de edad, (1, 2, 3, 4, 10, 16, 23, 25) que puede ser diurna y nocturna, afectar a adolescentes y adultos, es más frecuente en un 26% de pacientes del sexo masculino (26).

Es una entidad clínica bien aceptada en la literatura pediátrica (4), significa un trastorno de la micción tanto somático como funcional. Su duración puede ser diversa, a veces incurable y permanecer durante toda la vida. Su etiología se reporta más a origen emocional que orgánico; se puede mencionar: temor de los padres o al sexo opuesto, defensa a la angustia, inseguridad, depresión, represión familiar, sobreprotección o presiones sociales. "En la clásica definición, no se hace mención de la presencia o ausencia de factores orgánicos" (4).

En nuestro medio como en muchos otros, el problema suele pasar inadvertido por los padres de los niños seriamente afectados, muchas veces porque ignoran de qué se trata; otras porque ellos se ven estrechamente involucrados dentro de la situación, principalmente si el origen es emocional; y algunas otras, que simplemente esperan que "pase con el tiempo" o "cure solo".

Así mismo en la consulta pediátrica rutinaria, el facultativo promedio no orienta a los padres hacia la importancia familiar que puede tener la presencia de enuresis en uno ó más de sus hijos, ya sea porque

ellos no lo consultan, pues no saben del problema o por que el mismo médico no le presta la atención mínima a dicho aspecto.

En el presente estudio se pretendió conocer la opinión por medio de encuestas similares, pero adaptadas a cada nivel, de cien padres de niños enuréticos y de cincuenta médicos residentes y jefes de los servicios de pediatría de los hospitales Roosevelt y General San Juan de Dios.

REVISION BIBLIOGRAFICA

"ENURESIS"

DEFINICION:

Se define como la emisión involuntaria de orina en personas mayores de 3 ó 4 años; edad en que ya debería haberse alcanzado el control de la vejiga. (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 10, 15, 16, 17, 21, 23, 25, 27, 28, 29, 31)

CONSIDERACIONES GENERALES:

Después de los 3 años de edad, el niño es capaz de retener la orina cuando tiene la vejiga llena, ya que posee un control de los músculos pubococcygeos, elevadores del ano y los esfínteres; progresivamente el niño puede iniciar la micción utilizando los músculos abdominales y el diafragma, hasta que entre los 6 y 7 años es capaz de orinar cuando la vejiga tiene cualquier grado de llenura, hasta aprender a orinar 7 a 8 veces en 24 horas. En algunos casos puede retrasarse el dominio de la vejiga ya que los padres no han inculcado al niño buenos hábitos de higiene.

Se presenta en los niños con frecuencia dos veces mayor que en las niñas, no tiene relación con la inteligencia y en la mayoría de los casos ha sido persistente. Puede ser primaria o secundaria, diurna y/o nocturna o mixta; la variedad de mayor frecuencia es la de tipo nocturno.

ETIOLOGIA Y PATOGENIA:

Estas no se conocen bien, y se acepta una larga enumeración de posibles causas, y es muy factible que en un mismo paciente se incluyan dos o más factores. Sintetizados se describirán los más importantes: los de causa psicodinámica y las de causa puramente orgánicas.

Causas Psicodinámicas:

Transtornos del Desarrollo: Una de las características clínicas es la urgencia de orinar, a diferencia del individuo normal que tiene la capacidad de controlarse hasta que su vejiga se llene. Este tipo de enuresis mejora espontáneamente en el curso de la segunda década de la vida. Se trata de un retardo de maduración vinculado a una alteración de las etapas del sueño. La capacidad de la vejiga en estos casos puede ser menor que la normal.

Control de Esfínteres Inadecuado: "La causa más frecuente de que persista la enuresis nocturna después de la primera infancia es el intento de inculcar los hábitos higiénicos demasiado precozmente y con excesiva energía, empezando antes de que el niño haya alcanzado la edad fisiológica para dicho aprendizaje (generalmente - los 15 a 18 meses)". (23) Tanto una actitud rígida y punitiva, así como una complaciente y despreocupada, pueden dejar huella decidida en la personalidad del niño, ya sea que presente enuresis como una forma de desquitarse para molestar a sus padres o sintiéndose rechazado llamar así la atención de estos o simplemente seguirse sintiendo considerado como un lactante, por lo que hay que tomar en cuenta esta importante forma de disciplina.

Factores Psíquicos: La enuresis se inicia con ocasión de choques morales, apareciendo como una protesta. Estos factores tienen importante preponderancia. Estudios descriptivos evidencian que la etiología es eminentemente emocional en casi la totalidad de los casos, en que es un síntoma más de neurosis. Los pacientes frecuentemente expresan temor al padre, al sexo opuesto, privación emocional, alteraciones psicológicas y psiquiátricas como ansiedad, alteraciones de la conducta, temor, miedo nocturno, fenómenos regresivos, complejo de Edipo, defensa a la angustia, etc. En la mayoría de las veces estos síntomas son reactivos al manejo inadecuado de la enuresis por parte de los padres o hermanos (castigos, burlas, menosprecio, humillaciones, etc.). Un tipo frecuente es el regresivo. El síntoma puede ser intenso y prolongado y producir más conflictos en el niño. La enuresis como síntoma de neurosis se comprueba más en la edad preescolar o en la adolescencia. (1, 2, 3, 4, 6, 13, 16, 17, 19, 20, 25, 27).

Transtorno Familiar: Esta es una entidad con alguna tendencia familiar. Se encuentra entre familias en que padres, hermanos o parientes cercanos han padecido este problema. Parece que se transmite de generación en generación. (1, 3, 4, 16, 17, 21, 23).

Factor Socio-Cultural: La urgencia de orinar pasa a ser rasgo importante, ya que el niño que la presenta y se levanta por la noche -por ejemplo- es considerado como normal. "Los estudios de Blomfeld y Douglas revelan una incidencia mayor en los grupos sociales más bajos" ((21). Será más probable que el niño no presente enuresis si pertenece a un hogar limpio, con sanitario y con madre dedicada a inculcarle hábitos higiénicos correc-

tos. Lo contrario sucederá con un niño que habita una casa sucia, con baño lejos o sin él y con una madre des preocupada, demasiado tolerante y que no corrige oportunamente. En general es frecuente en todos los grupos socioeconómicos. Poblaciones de delincuentes reportan frecuencia mayor. (1, 3, 4, 6, 16, 17, 23, 24, 27, 29).

Sueño Profundo: Varios estudios han comprobado que los niños enuréticos tienen un "sueño más profundo" - que los normales, así lo expresan los padres aunque es difícil evaluar este juicio subjetivo. Estos pacientes rara vez se despiertan después de mojar la cama. (16, 17, 21, 22)

Causas de Origen Orgánico:

Solamente se puede hablar de factores orgánicos cuando a través de exámenes locales o estudios clínicos adecuados, estos se comprueban. Su influencia es mínima y hasta puede ponerse en duda, por lo que se concluye que rara vez esta clase de problemas causen enuresis; no así, infecciones del tracto genitourinario que sí la pueden provocar. Se encuentra polaquiuria en pacientes con espina bífida, heredosífilis, problemas endócrinos y otros. (1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 12, 14, 16, 17, 21, 23, 25, 28, 29, 30)

EPIDEMIOLOGIA E INCIDENCIA:

La frecuencia de enuresis varía entre 15 y 25% de la población. Aunque el cálculo es difícil por diversos factores. Según estudios escolares en anglosajones, un 15% de niños mojan la cama después de los 3 años de

edad, 12% son enuréticos a los 4 1/2 años y 7% al llegar a los 7 años. Estudios efectuados en ejércitos americanos demostraron que 3% son enuréticos alrededor de los 18 años. El sexo masculino es más afectado en proporción de 2 a 1.

En Guatemala, en 1980, en un estudio de 300 pacientes, se encontró un 23.6% de enuréticos; 50.7% del sexo masculino y 49.3 femenino. El 81.7% fueron enuréticos nocturnos y 18.3% diurnos. Con un 84.5% comprendidos entre 3 y 8 años y el 15.41% entre 9 y 12 años. (6)

HISTORIA CLINICA Y EXAMEN FISICO DEL PACIENTE:

Se investigará acerca de la frecuencia del accidente enurético diurno y nocturno, profundidad del sueño, fuerza y calibre del chorro de la orina, antecedentes de epilepsia, historia familiar, etc. La historia clínica deberá ser completa, ya que unida a un cuidadoso examen físico, darán la clave del éxito. Deberá de palparse el abdomen en busca de masas, medir la presión arterial y examinar órganos genitales externos (2, 4).

EXAMENES DE LABORATORIO:

Uroanálisis: Se estudiará la orina completa, determinando glucosa, sangre y proteínas. Se harán cultivos cuando se sospeche infección. (4, 6, 18, 26)

Radiografías: Sólo están indicadas en pacientes en quienes se sospecha o existe alguna lesión orgánica y en pa-

cientes con enuresis "esencial" raras veces presentados, ya que la práctica indiscriminada de estos estudios es equivocada. Se practicará un pielograma intravenoso y una cistouretrografía de la micción. La cistoscopia sólo está indicada en casos de reflujo uretral que no mejoran con el tiempo o el tratamiento y en infecciones rebeldes del tracto genitourinario.

TRATAMIENTO:

Dependerá de la patogénesis del problema. La confianza y entusiasmo del médico en el tratamiento de la enuresis influirá sin duda alguna en la frecuencia de resultados positivos. Como es un síntoma y no una enfermedad, rara vez se da en forma aislada. Los métodos más frecuentemente usados son: Psicoterapia, técnicas de condicionamiento, entrenamiento vesical y farmacoterapia (4). Para cada caso en particular se investigará la presencia de cualquier perturbación del comportamiento o de otras dificultades de causa emocional (2, 4, 6, 15, 16, 27, 29).

Psicoterapia: Esta será conductual, individual y familiar. (4) Es importante analizar la situación con los padres, explicándoles la naturaleza del problema y la necesidad de evitar las medidas punitivas, amenazas, privaciones, humillaciones, burlas así como de culpar al niño de sucio o negligente, ya que la enuresis es involuntaria. Se le explicará al propio paciente su problema, para poder así aliviar sentimientos de culpa y para hacerlo participar en el tratamiento, ya que él es la parte más importante y se convertirá en el único responsable del síntoma. (4, 15, 16, 24, 25, 26)

Se describe que un registro gráfico, en un papel cuadriculado llevado por el mismo paciente, es un programa adecuado y flexible que permite una buena comunicación entre el paciente y los otros miembros de su familia. Se dibujará una estrella si permanece "seco" o un círculo si se ha orinado, por cada estrella obtiene premios, que aumentan de valor a medida que colecta más. (4)

Técnicas de Condicionamiento: Se han utilizado varios artefactos condicionantes a los cuales se les ha atribuido mucho éxito. Estos son tipos de alarma que despiertan al niño, como el del cojín conectado a un timbre que es un circuito eléctrico cerrado, que comienza a sonar cuando el niño se orina, el resultado del tratamiento puede ser inmediato y bastante satisfactorio; vale la pena probar este método en niños que no han respondido a terapéuticas sencillas, aunque la enuresis tiende a recurrir en la mayoría de las veces. (1, 4, 6, 17)

Farmacoterapia: Cuando no hay lesiones orgánicas, se encuentra indicada Imipramina en niños mayores de seis años. Este es un medicamento antidepresor; estimula el sistema nervioso central, disminuye la profundidad del sueño, su acción es anticolinérgica en la vejiga, relaja el músculo constrictor y aumenta la tonicidad del esfínter vesical, aumenta la capacidad de la vejiga. Se inicia con 25 miligramos en niños de 5 a 10 años y 50 mgs. para los mayores, se incrementa esta dosis progresivamente hasta 75 miligramos, la administración durará un mes y luego se disminuirá paulatinamente; si es demasiado pronto se obtendrán muchas recidivas. Si no se observa mejoría en este mes se suspenderá la medicación por ser ineficaz. (1, 4, 6, 10, 12, 18, 20, 23, 29)

Actualmente se utilizan los alcaloides de la belladona y varios sustitutos sintéticos que pueden disminuir la presión intravesical, que incrementan la capacidad y reducen la frecuencia de las contracciones de la vejiga urinaria por medio del antagonismo del control de este órgano. El bloqueo es menos completo que en muchos otros órganos, pero este ha sido tomado como base para el uso de tales agentes en enuresis infantil, sin embargo no ha sido establecido que el uso de los antimuscarínicos contribuyan más al tratamiento de cualesquiera de estas condiciones. (10)

Aminas Simpaticomiméticas: La efedrina y la anfetamina y otros han sido usados con éxito variable para tratar incontinencia urinaria y enuresis. El beneficio puede ser debido particularmente a los efectos centrales de estas drogas y particularmente a la contracción del esfínter vesical. También han presentado buenos éxitos el uso de tranquilizantes menores como clordiazapóxido-Librium-, methylpentinol (oblivón C). (23)

Inhibidores de la Monoaminooxidasa: Se describe a los antidepresores tricíclicos (imipramina), su eficacia no está completamente establecida. La desmopresina hasta 1980, no estaba comercialmente disponible, esta tiene una actividad relativa a la arginina-vasopresina anti diurética y 1200% y presora de 0.39%. (5,10)

PRONOSTICO:

Se han ensayado varias modalidades de tratamiento, sin embargo, "los resultados hasta la fecha han sido desalentadores" (4), ya que la enuresis muchas veces

se muestra como curada, pero en realidad son los problemas emocionales los que se han aliviado, pero en cuanto a estos problemas se activan, la enuresis deja su fase de latencia para reaparecer.

CUADRO No. 1

DATOS GENERALES DEL TOTAL DE PACIENTES
 ENURETICOS: EDAD, SEXO, RAZA

E D A D	S E X O				T O T A L %	
	M A S C U L I N O		F E M E N I N O			
	R A Z A					
	L A D I N O	I N D I G E N A	L A D I N O	I N D I G E N A		
3-5	12	7	8	5	32	32
6-8	11	11	8	7	37	37
9-12	7	12	4	8	31	31
Sub-total	30	30	20	20	100	100

FUENTE: Estudio realizado en los Hospitales Roosevelt y General "San Juan de Dios".

	70	70	50	50	100	100
3-5	1	15	4	8	21	21
6-8	11	11	8	1	31	31
9-12	15	1	8	2	25	25
	INDICIO INDICENV INDICNO INDICENV					
EDVD	B V X V				TOTAL	%
	INTEGRACION FAMILIAR					
	SEXO					

INDICIOS: EDVD SEXO B V X V
 VALORES CENTRALES DEL TOTAL DE ENJURESES

CUADRO No. 1

CUADRO No. 2

FACTORES SOCIALES QUE INFLUYEN
 EN LA FRECUENCIA DE ENJURESIS.

EDAD	* Int. Fam.			Lugar que ocupa en la Familia							Cuida al niño						Total.
	I	D	Alcoholismo.	1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o. y más	Unico	Hno.	tía	madre	abuela	doméstica	otro	
3 - 5	22	10	8	15	8	--	--	--	--	9	--	2	22	4	3	1	32
6 - 8	28	11	11	18	5	2	2	--	2	8	2	1	29	5	--	--	37
9 - 12	20	11	7	9	8	4	4	1	2	3	--	--	24	4	--	1	31
Sub-tot.	68	32	26	42	21	6	6	1	4	20	2	3	75	13	3	2	100

FUENTE: Estudio Realizado en los Hospitales Roosevelt y General "San Juan de Dios".

* Integración Familiar.

CUADRO No. 4

FRECUENCIA CON QUE SE PRESENTA ENURESIS EN
LOS NIÑOS, SEGUN OPINION DE LOS PADRES

E D A D	FRECUENCIA / DIA		FRECUENCIA / SEMANA				SUBTOTAL	
	día noche	noche y día	todos los días	No. de veces 1 2 3 4				
3 - 5	--- 28	4	19	--	1	5	7	32
6 - 8	--- 37	---	25	--	1	4	7	37
9 - 12	--- 28	3	23	2	--	3	3	31
Sub-total	--- 93	7	67	2	2	12	17	100

FUENTE: Estudio realizado en los Hospitales Roosevelt y General "San Juan de Dios".

CUADRO No. 5

ETIOLOGIA DE LA ENURESIS, POR GRUPOS ETAREOS
SEGUN OPINION DE LOS PADRES:

CAUSAS	SUBTOTAL	% EN REL. AL No. DE RESP.
POR FRIO	51	26.7
TOMA MUCHOS LIQUIDOS	38	19.89
POR MAÑOSO	31	16.23
SUEÑO PROFUNDO	29	15.18
PROBLEMAS EMOCIONALES	12	6.28
POR HERENCIA	11	5.75
POR SUCIO	11	5.75
PROBLEMAS DEL APARATO URINARIO	4	2.09
POR MALA COSTUMBRE	4	2.09
SUBTOTAL.....	191	100.00

FUENTE: Estudio realizado en los hospitales Roosevelt y General "San Juan de Dios".

CONDUCTA QUE UTILIZAN LOS PADRES
FRENTE A UN NIÑO ENURETICO

C O N D U C T A	SUB- TOTAL No. DE RESPUESTAS	% EN REL. AL TOTAL No. DE RESPUESTAS
MANDA AL NIÑO AL BAÑO ANTES DE DORMIR	97	25.66
LE RESTRINGE LIQUIDOS DESPUES DE LA CENA	80	21.16
LO CASTIGA	61	16.13
LO MANDA A VENDER PIEDRAS Y OTROS SECRETOS	54	14.28
LO DESPIERTA DURANTE LA NOCHE	35	9.25
LO PREMIA CADA VEZ QUE AMANECE "SECO"	15	3.96
MEDICINAS CASERAS	17	4.49
CONSULTA A UN MEDICO	8	2.11
LO ABRIGA	7	1.85
LE EXPLICA EL PROBLEMA	4	1.05
SUBTOTAL	378	100.00

FUENTE: Estudio realizado en los Hospitales Roosevelt y General "San Juan de Dios."

CUADRO No. 7

DISPONIBILIDAD DE LOS PADRES A ACUDIR A UN
TRATAMIENTO DE NIÑOS ENURETICOS, POR
GRUPO ETAREO

E D A D	SI	NO	SUBTOTAL
3 - 5	31	1	32
6 - 8	33	4	37
9 - 12	30	1	31
SUBTOTAL.....	94	6	100

FUENTE: Estudio realizado en los hospitales Roosevelt y General "San Juan de Dios."

CUADRO No. 1

EDAD EN QUE LOS MEDICOS PEDIATRAS
CONSIDERAN ENURETICO A UN NIÑO

EDAD DEL NIÑO:	NIVEL DE EXPERIENCIA DEL MEDICO				TOTAL	%
	RESIDENTES			JEFES DE SERVICIOS.		
	I	II	III			
A PARTIR DE 3 AÑOS	11	4	3	4	22	44
DESPUES DE 3 AÑOS	4	2	6	1	13	26
ANTES DE 3 AÑOS	4	8	2	1	15	30
SUB-TOTAL	19	14	11	6	50	100

FUENTE: Estudio realizado en los hospitales Roosevelt y General "San Juan de Dios".

CUADRO No. 2

GRUPO ETNICO MAS FRECUENTES EN ENURESIS SEGUN
OPINION DE LOS MEDICOS PEDIATRAS

R A Z A	NIVEL DE EXPERIENCIA DEL MEDICO				TOTAL	%
	RESIDENTES			JEFES DE SERVICIOS		
	I	II	III			
LADINO	7	3	4	1	15	30
INDIGENA	--	--	--	--	--	---
AMBOS	7	6	4	3	20	40
SIN INFORMACION	5	5	3	2	15	30
SUB-TOTAL	19	14	11	6	50	100

FUENTE: Estudio realizado en los hospitales Roosevelt y General "San Juan de Dios".

CLASE SOCIAL PREDOMINANTE EN ENURESIS
SEGUN OPINION DE LOS MEDICOS PEDIATRAS

CLASE SOCIAL	NIVEL DE EXPERIENCIA DEL MEDICO				TOTAL	%
	RESIDENTES			JEFES DE SERVICIOS		
	I	II	III			
ALTA	3	3	1	1	8	16
MEDIA	3	3	2	2	10	20
BAJA	3	3	1	-	7	14
INDIS-TINTA	10	5	7	3	25	50
SUB-TOTAL	19	14	11	6	50	100

FUENTE: Estudio realizado en los Hospitales Roosevelt y General "San Juan de Dios".

SEXO MAS AFECTADO POR ENURESIS SEGUN
OPINION DE LOS MEDICOS PEDIATRAS

SEXO	NIVEL DE EXPERIENCIA DEL MEDICO				TOTAL	%
	RESIDENTES			JEFES DE SERVICIOS		
	I	II	III			
MASCULINO	11	12	10	6	39	78
FEMENINO	8	2	1	--	11	22
SUBTOTAL	19	14	11	6	50	100

FUENTE: Estudio realizado en los hospitales Roosevelt y General "San Juan de Dios".

ETIOLOGIA DE LA ENURESIS CONSIDERADA
POR LOS MEDICOS PEDIATRAS

C A U S A S	Nivel de Exp. del Médico				Total	%
	Residentes			Jefes de		
	I	II	III	Servicios		
Problemas Emocionales	18	11	10	4	43	86
Prob. Anat. del Aparato Urinario	1	1	1	1	4	8
Problemas emocionales y proble- mas del crecimiento y desarro- llo	--	--	---	1	1	2
Problemas emocionales, anatón- micos y fisiológicos	--	1	---	---	1	2
Problemas emocionales y fisio- lógicos	---	1	---	---	1	2
SUB-TOTAL	19	14	11	6	50	100

FUENTE: Estudio realizado en los Hospitales Roosevelt y General "San Juan de Dios".

CUADRO No. 6

CONDUCTAS QUE ACONSEJAN LOS MEDICOS
PEDIATRAS FRENTE A UN NIÑO ENURETICO

C O N D U C T A S	Nivel de Exp. del Médico				Total	%
	Residentes			Jefes de		
	I	II	III	Servicios		
REFERENCIA A PSICOLOGO O PSQTR.,	12	11	8	5	36	72
RESTRICCION DE LIQUIDOS	10	6	6	6	28	36
PREMIARLO POR NOCHES SECAS	5	4	4	2	15	30
REFERENCIA A UROLOGO	8	4	3	-	15	30
QUE SE DESPIERTE POR LAS NOCHES	4	1	2	3	10	20
ESPERAR QUE MEJORE CON EL TIEM- PO	3	5	2	-	10	20
DESCARTAR ANATOMIA PATOLOGICA	2	3	1	2	8	16
EXAMEN FISICO Y LABORATORIOS	2	3	1	1	7	14
ALARMAS (RELOJES, TIMBRES ETC.)	-	1	-	3	4	8
MEDICAMENTOS	1	-	2	1	4	8
SUB-TOTAL.....	47	38	32	20	137	

FUENTE: Estudio realizado en los Hospitales Roosevelt y General "San Juan de Dios".

DISPONIBILIDAD DE LOS MEDICOS PEDIATRAS
A COLABORAR EN PROYECTO PARA OFRECERLES
TRATAMIENTO A LOS NIÑOS ENURETICOS.

DISPONIBILIDAD	NIVEL DE EXPERIENCIA DEL MEDICO			TOTAL	%
	RESIDENTES				
	I	II	III		
SI	16	12	9	5	84
NO	2	2	1	-	10
NO OPINA- RON	1	-	1	1	6
SUB- TOTAL	19	14	11	6	100

FUENTE: Estudio realizado en los Hospitales Roosevelt y General "San Juan de Dios".

METODOLOGIA

Para la realización de este estudio se tomaron de la Consulta Externa de Pediatría de los Hospitales Roosevelt y General "San Juan de Dios", casos consecutivos de pacientes de ambos sexos de tres a doce años de edad que presentaban problema de enuresis. Se procedió a entrevistar entonces, a 100 padres de estos niños, por medio de fichas de recolección de datos para conocer la opinión a cerca del problema del niño y qué conducta toman (Ver apéndice).

Los cuestionarios se llenaron en forma directa por la autora de este estudio, tomando en cuenta la posibilidad de que muchos padres no saben leer ni escribir o no entienden algunos términos. Simultáneamente se entrevistaron a 50 médicos pediatras, residentes y jefes de servicios de estos hospitales con el mismo objetivo, por medio de cuestionarios con preguntas de selección múltiple.

Las fichas de recolección de datos que llenaron con su opinión padres de niños enuréticos y médicos pediatras, fueron elaboradas en base a las siguientes variables:

- 1- Edad del Niño
- 2- Nivel de experiencia de los médicos
- 3- Sexo y raza de los niños
- 4- Integración familiar en el grupo de padres
- 5- Conocimiento del problema
- 6- Etiología probable más frecuentemente considerada
- 7- Expectativa, conducta o tratamiento
- 8- Interés en dar o recibir ayuda.

Padres y Médicos

DISCUSION Y ANALISIS DE RESULTADOS

Opinión de los Padres:

En el presente estudio realizado en los hospitales Roosevelt y General "San Juan de Dios", 75% de los padres opinaron que el niño no debería orinarse en la cama después de 2 a 3 años de edad, sólo 6% refirieron no saber exactamente esta edad; esto indica que la mayoría están más o menos orientados respecto a los límites de la edad que comprende el problema. Diversos autores concluyen que un niño es enurético si se orina involuntariamente a partir de los 3 años (4, 6, 7, 9, 15, 16). Ellos se basan en la maduración del sistema nervioso y en el interés de mantener espontáneamente el control corporal de esta función.

En cuanto al sexo, en la mayoría de casuísticas se observa que la frecuencia es mayor entre los varones (16), con una proporción alrededor de 2 a 1 (3, 12, 13, 17), esta ventaja es a causa de estructuras anatómicas (6), - otras investigaciones coinciden con estas indicaciones (15, 23, 24, 25, 29), así en este estudio existe una mayor frecuencia de un 60% para el sexo masculino y 40% para el femenino.

En lo que a factores sociales se refiere, se dice que la enuresis existe en medios socioeconómicos modestos, (1) en poblaciones de delincuentes la frecuencia es mayor (4), en este estudio, 68% de pacientes provenían de un hogar integrado, y en 26% existía el problema del alcoholismo -referido únicamente en el padre de familia- lo que refleja la influencia relativa de algunos

factores sociales, ya que estos niños "frecuentemente - presentan retrasos, dificultades escolares, transtornos y muy frecuentemente también son débiles mentales" (1).

Del lugar que el niño ocupa en la familia, los padres informaron que el 42% eran hijos primogénitos, 21% segundo hijo y 20% hijo único, aunque no fué encontrada ninguna clase de literatura que explique detalladamente este fenómeno, opiniones de personalidades especializadas indican, según su experiencia, que este tipo de niños poseen un alto porcentaje de problemas emocionales, pues la mayoría de niños son mimados y se convertirán en pacientes conflictivos con serias neurosis.

Los padres opinaron que la enuresis se presenta generalmente en las noches en un 93% de los casos. B. Hallgren establece la siguiente estadística: enuresis nocturna 65%, diurna 3%, mixta 32%, (1). La diurna se presentó ocasionalmente y sólo cuando el niño se duerme de día. Esto comprueba -según la literatura investigada- que toda enuresis funcional es generalmente nocturna (1, 4). En cuanto a la frecuencia con que se presenta enuresis en número de veces por semana el 67% de los padres habían observado que el niño se orinaba todas las noches y el 29% 3 y 4 veces por semana, B. - Hallgren, describe de la enuresis episódica, episodio corto y raro: pueden ocurrir en casos de una epilepsia infantil, al escindirse una familia, al llevarlo a un inter_nado, ante un examen, etc.

En un estudio realizado por una asociación pediátrica, en los Estados Unidos, se entrevistaron padres y médicos, los padres opinaron que el origen del problema era relacionado con el crecimiento y desarrollo en

un 33%, 29% pensaron que era emocional, 20% sueño profundo, el resto pensó que eran físicos o anatómicos, también se encontró que entre los métodos de tratamiento usados el 67% de padres mandan al niño al baño antes de acostarse, 39% hablan con el niño del problema, 48% le restringen líquidos, 37% los premian por cada noche seca, 30% consultan a un médico, 23% reprenden al niño, se permitió respuesta múltiple para esta pregunta (28).

En nuestro medio entre las causas que popularmente se pregonan como etiología de la enuresis, 51% de los padres, consideran que "El frío" es uno de los factores que influyen, otras cifras similares se acumularon en la toma de líquidos antes de acostarse, en que el niño era "mañoso" o en que era "dormilón" (sueño profundo). El Dr. Berganza refiere que en Guatemala se tiene el concepto de que la causalidad del problema es resultado del "enfriamiento, o se concibe como "mañas del patojo" y el tratamiento muchas veces son maniobras de tipos - aversivos con un alto costo para la personalidad del individuo (4). Ya hace tiempo que se da gran importancia a la "profundidad del sueño" (15) en la enuresis nocturna, el problema ha sido abordado por diversos autores -D. J. Duché, K. Ditman, Blinn y R. Lacassie, también ha sido objeto de interesantes estudios por parte de H. Gastaut y Cols., en 1965, "sostenían que los automatismos en la micción aparecen entre 92 y 162 minutos después de quedar dormidos en lo que es el "episodio enurético", que se inicia en la fase 4. " Algunos investigadores han despertado a los niños en el momento posterior a la enuresis para conocer los posibles sueños y estos nada tenían que ver con la micción. C. Hames anota que de 122 sueños en 49 enuréticos _32 varones y 17 niñas_ -

eran sueños agresivos con ladrones, animales terroríficos, lo que revela cierto sentimiento de culpabilidad.

Es importante hacer notar, que un 11% de padres que pensaron en la enuresis como algo hereditario, fueron a su vez enuréticos en su infancia, T. Reca describe que los padres enuréticos tienen un comportamiento ansioso, temeroso o de superprotección, al recordar su propia humillación, ya que ejercen prematura educación del esfínter, es propio de personas fóbicas temerosas de la suciedad (1, 22). Estudios genéticos han demostrado una mayor frecuencia de enuresis en familiares cercanos de enuréticos en contraposición a lo que pensaron los médicos, un 12% de padres que pensaron en problemas emocionales como causa del actual, P. Steven describe que 29% en opinión de los padres (28).

Así también observando las conductas que los padres utilizan para tratar la enuresis, tenemos que la mayoría emplean medidas preventivas, tales como enviarlos al baño antes de acostarse, (97%), 80% les restringen líquidos durante la cena o desde después del almuerzo, pues consideran esto, lo más fácil y común de hacer; la mayoría de autores coinciden que estos son procedimientos acertados y sencillos de practicar (8, 9, 11). Castigos como regañarlo, bañarlo en agua fría por las mañanas, mandarle a lavar las colchas, humillarlo delante de sus amigos y familiares, hasta pegarle son utilizados por un alto porcentaje 61% pero, únicamente 4% de los padres dialogan con sus niños y les explican el problema. El Dr. Silver describe que hay que animar al niño a ser limpio, pero evitar toda táctica de coersión o avergonzamiento (26) jamás se reprochará o castigará si moja su lecho. El tratamiento con medidas

traumáticas afectan la personalidad del individuo (4).

15% de padres informaron que premian a sus niños cada vez que amanecen secos. Ya sea con dinero, beso, abrazos, elogios, felicitaciones y ofreciéndoles paseos y diversiones que los estimulan, aunque también algunos expresaron que si la siguiente noche el niño se orina, le corresponde todo lo contrario, por ejemplo el que se orina tres o cuatro veces por semana.

Se dice que al niño hay que elogiarlo y recompensarlo por todo mejoramiento observado, ya que es parte de la psicoterapia a la que hay que someterlo, el Dr. Berganza describe un patrón de psicoterapia familiar (4) en el que se premia al niño cada vez que amanece "seco" y este va aumentando de valor consecutivamente, sostiene que este permite un buen "puente de comunicación" entre el médico y la familia. M. Soulé señala que dicho comportamiento puede aliviarse por medio de un psicodrama que ayuda al niño a tomar conciencia del problema, le da confianza, lo tranquiliza y le ayuda a quitar sentimientos de culpabilidad, lo que se constituye en un estímulo (1).

Un poco más de la mitad de los padres, utilizan los llamados "secretos" consistentes en "mandarlos a vender piedras", calentarles el abdomen con aceite, ceniza o azúcar y colocándoles "confortes" o periódicos, ya que ellos refirieron el frío como una causa importante de la enuresis en un 51%, un 7% los abrigan bien a lo cual se agrega un 17% que les administran bebidas caseiras que son hechas de hierbas "calientes" (anis, aluce-ma, etc.). Se describe que en Guatemala las medidas de tratamiento dependen de la conceptualización que el

agente terapéutico tenga de la causa del problema, (madre, brujo o médico) de modo que si piensan en el enfriamiento hay que "calentarle la vejiga", si se concibe como "mañas" hay que mandarlo a "vender piedras" al vecindario para hacerle objetos de las burlas de la comunidad. (4)

Ocho de los cien entrevistados son quienes consultan con un médico, 2% de las respuestas pero dicen no cumplir con sus indicaciones ni volver a consultar, pues pensando en las diversas etiologías (cuadro No. 5 no creen lo pueda resolver ningún procedimiento clínico y menos un medicamento. Es importante hacer notar la preocupación que tienen los padres por el problema, ya que el 94% opinaron que están en disponibilidad de acudir con su niño a un tratamiento al hospital que usualmente consultan, aunque el resto manifestó su interés en el tratamiento mencionaron la imposibilidad de acudir, ya sea por tiempo, dinero y distancia si vienen de algún departamento. Lo que nos da una idea que los padres quieren poner fin al problema de las camas mojadas, ya que también en los Estados Unidos fueron diseñadas preguntas para evaluar el grado de ansiedad familiar y su relación con la enuresis (28). Con lo cual se notó la preocupación que tienen.

Opinión de los Médicos:

El 44% de los pediatras de los Hospitales Roosevelt y General "San Juan de Dios", por nivel de experiencia, opinaron que el niño es enurético si moja la cama a partir de los 3 años, en contraposición a 30% y 26% que opinaron que antes o después de esa edad respectivamente, en cuanto al nivel de experiencia, reflejan estar

de acuerdo con la mayoría de fuentes bibliográficas consultadas, los residentes de primer año, con 11 de 19 respuestas y los jefes de servicios con 4 de 6 respuestas. Probablemente se deba en los primeros a que se interesan más por estar principiando y a nivel de jefes, por haber acumulado mayor experiencia. En los Estados Unidos se entrevistaron 446 pediatras, residentes y practicamente de 9 centros hospitalarios y pensaron que la edad de 5.13 años es la más tardía en que los niños ya no deben orinarse en la cama (28).

40% de médicos respondieron que ambos grupos raciales son afectados indistintamente por enuresis, así como la mitad de los médicos opinaron que es un problema que no distingue clases sociales, aunque algunos estudios refieren que la clase social baja muestra mayor frecuencia del problema, mientras que las clases altas y los grupos rurales parecen ser menos afectados (4, 16). En cuanto al sexo opinaron acorde con la literatura consultada, ya que el 78% marcan al masculino como sexo predominante, casi todos los autores distinguen un índice enurético más elevado en este grupo. (6, 14, 17, 19, - 27).

En el estudio Norteamericano, 33% de médicos opinaron que el problema se debe a una inadecuada maduración del control de la vejiga, 19% a problemas emocionales, 27% a sueño profundo, 14% a vejiga pequeña. En cuanto a los métodos de tratamiento usualmente sugeridos, 42% los premian por cada noche "seca", 37% les restringen líquidos, 33% esperan que el problema mejore con el tiempo, 28% dan medicamentos, 20% los despiertan por las noches, así como 2% los castigan. (28)

En nuestro medio, la etiología se ve dirigida con una definitiva mayoría de opiniones 86% hacia los problemas emocionales, independientemente del nivel de experiencia de los médicos, y el 72% de los médicos piensan en referir al niño para atención de tipo psicológico o psiquiátrico.

En resto de opiniones dadas en cantidades similares en porcentajes no contradicen a la primera ya que se trata de medidas preventivas como restricción de líquidos durante la cena, o de medidas de estimulación como premiarlos por noches secas, que se relacionan con la psicoterapia. Así también 84% de médicos están interesados en participar en un programa dirigido a ofrecer un tratamiento a los niños enuréticos.

CONCLUSIONES

- 1- No existieron diferencias entre los diversos grupos etáreos, así como entre el sexo y grupo racial. Por lo que se puede decir que la edad a partir de los tres años, sexo y raza fueron indistintamente afectados por enuresis en esta muestra.
- 2- En cuanto a los factores sociales que pueden afectar al niño, no influyó ninguno en especial, ya que la mayoría de los niños eran cuidados por la madre y con un hogar integrado; así como tampoco tuvo importancia el lugar que el niño ocupa entre sus hermanos.
- 3- En las distintas maneras de afrontar el problema, se ven reflejadas mucha ignorancia y cierto tradicionalismo, lo que probablemente sean las causas más importantes de que el problema continúe.
- 4- El conocimiento de la edad a partir de la cual el niño es enurético, no parece ser patrimonio exclusivo del médico, ya que en ambos grupos el porcentaje que coincide con la literatura es casi igual.
- 5- 93% de enuréticos fueron de tipo nocturno y 96% se orinan todas las noches o casi todas las noches.
- 6- Con respecto a las causas probables de enuresis, los médicos coinciden que en un 86% es emocional. Los padres opinaron que la causa es el frío, la ingesta de líquidos abundante, por mañoso, sueño profundo, herencia, sucio o mala costumbre y por problemas emocionales en un 12%.

- 7- Derivado de la diversidad de causas tenemos que los padres utilizan para el tratamiento, sólo medidas preventivas y no consultan al médico; de esta muestra de 100 padres que dieron 378 respuestas para buscar "alivio" de sus hijos demuestra el interés por resolver el problema del cual están plenamente conscientes.

RECOMENDACIONES

- 1- Brindar una correcta instrucción a los padres de niños enuréticos sobre este tema, mediante charlas, conferencias y otros para hacerles ver la importancia del problema y la necesidad de proporcionar una atención adecuada a sus hijos, pues según manifiestan ellos mismos están interesados verdaderamente en resolver esta situación.
- 2- Hacer conciencia en los médicos pediatras para que a la enuresis se le de toda la importancia que merece ya que a un nivel institucional (nuestros hospitales) puede ser debidamente estudiado, practicándoseles examen físico, laboratorios y otros estudios a fin de descartar la ausencia o presencia de lesiones orgánicas y así referirlo a un urólogo o psicólogo, según corresponda.
- 3- Tratar, en la medida posible de utilizar como adición a la historia clínica del niño de consulta externa, el patrón de evaluación que en este estudio se propone, para que sirva de guía en el tratamiento del niño enurético.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Ajuriaguerra, A. y A. López. **Manual de psiquiatría infantil**. 4a. ed. Madrid, Toray Masson, 1979. 984p. (pp. 710-22).
2. Barton, D., et al. Daytime wetting (diurnal enuresis) **Pediatr Clin North Am** 1982, Feb; 29 (1):9-19
3. Barton, D., et al. Nocturnal enuresis: un update on treatment. **Pediatr Clin North Am** 1982, Feb; 29(1):21-35
4. Berganza, C. Enuresis: un enfoque psico-bio-social. **Revista del Colegio Médico de Guatemala** 1979, Sept; 29(3):118-129
5. Berkasova, M. et al. Desmopressin in the management of nocturnal enuresis in children: a double-blind study. **Pediatr Clin North Am** 1978, Dec; 62(6):970-74
6. Calvillo, M. **Enuresis: análisis epidemiológico de niños enuréticos en el Hospital San Juan de Dios**. Tesis (Médico y Cirujano)-Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1980. 71p.
7. Close, G. Nocturnal enuresis and the buzzer alarm. **Br Med J** 1980, Aug 16; 281(6238): 443-44

8. Doleys, D., et al. Toilet training and enuresis. **Pediatr Clin North Am** 1982, Apr; 20(2):297-311
9. Flaherty, G. Enuresis. **Br Med J** 1981, sept 8; 2(6190):610
10. Goodman, A. y A. Cilman. **The pharmacological bases of therapeutics**. 6a. ed. México, Mcmillan, 1982. 18443p. (pp. 136-172-916)
11. Gwymne, L. Enuresis. **Br Med J** 1980, sept 8; 2(6190):610
12. Harvey, R., et al. Imipramine in childhood nocturnal enuresis. **Canad Psychiatr Ass J** 1967, Apr; 12(2):197-203
13. Hersen, V., et al. Magical thinking and imipramine poisoning in two school age children. **JAMA** 1979, May 4; 241(18):1926-27
14. Hindmarsh, J. Terminology of enuresis. **Br Med J** 1978, Dec 16; 170(196):1714
15. Holt, E., et al. **Pediatría**. 2a. ed. México, UTEHA, 1965. 1607p. (pp. 964-661084).
16. Kolb, L. **Pediatría**. 5a. ed. México, Fournier, 1976. 835p. (pp. 683-85).
17. Jackson, R., et al. Enuresis. **Br Med J** 1979, Apr 7; 2(6190):951

18. Marshall, S., et al. Enuresis: an analysis of various therapeutic approaches. **Pediatrics** 1973, Dec; 52(6):813-16
19. Meadow, R. Terminology of enuresis. **Br Med J** 1979, Feb 10; 8(234):414-15
20. Menenghello, J. Enuresis. **En su: Tratado de pediatría**. 2a. ed. México, Interamericana, 1978. t.2 (pp.1373-78)
21. Michaux, L. **Psiquiatría infantil**. 3a. ed. Barcelona, LMSA, 1972. 289p. (pp. 211-13)
22. Nelson, E. Enuresis. **En su: Tratado de pediatría**. 7a. ed. Barcelona, Salvat, 1980. t.1 (pp. 94); t.2(pp.1311)
23. Noack, C. Enuresis: a long-term study of 44 children treated with imipramine hydrochloride (tofranil) and other drugs. **Med J Austr** 1964, Feb 8; 1(6):191-92
24. Olsmed, R. Behavioral and environmental characteristics of treated and untreated enuretic children and matched monenuretic controls. **J Pediatr** 1981, Nov; 99(5):812-16
25. Seibert, J., et al. Excretory urography for evaluation of enuresis. **Pediatrics** 1980, Mar; 65(3):644-45
26. Silver, H., et al. **Pediatría**. 10a. ed. México, Manual Moderno, 1981. 814p. (pp. 188-191)

27. Starfield, B. Enuresis: Focus on a Challenging -
problem in primary case. **Pediatrics** 1978,
Dec; 62(6):1036-37
28. Steven, P., et al. Enuresis: a contrast of attitu
des of parents and physicians. **Pediatrics** -
1981, May; 67(5):707-10
29. Thomsew, W., et al. Effect of tofranil on enure-
sis boys. **Dis Nery Syst** 1967, Mar; 28:167-69

70 Bo

[Handwritten signature]

Universidad de San Carlos de Guatemala
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
OPCA - UNIDAD DE DOCUMENTACION

A P E N D I C E

CUESTIONARIO DE RECOPIACION DE DATOS

(Opinión de Médicos Pediatras)

1. Nivel de experiencia:

Residente de Pediatría:	I	II	III
Jefe de Servicio:			
2. A partir de qué edad se considera ENURETICO a l
niño que moja la cama o ropa? _____
3. En nuestro país, ¿Cuál considera que es el grupo
racial más afectado por enuresis?

ladino
indígena
ambos indistintamente
sin información
4. Cuál considera que es la clase social más afectada
por enuresis?

alta
media
baja
cualquiera
5. Qué sexo piensa que predomina en el padecimiento
de enuresis?

masculino
femenino

6. Cuál de estas causas le parece más frecuente como etiología de la enuresis?
 problemas del crecimiento y desarrollo
 sueño profundo
 problemas anatómicos del aparato urinario
 problemas fisiológicos
 otros (especifique) _____
7. Qué conducta toma o aconseja frente a un paciente enurético?
 (se permite respuesta múltiple): Numere en orden de preferencia.
- _____ premiarlo por noches secas
 restringirle líquidos después de la cena
 esperar que mejore con el tiempo
 medicamentos ¿cuáles? _____
 sugiere que se despierte al niño por las noches
 alarmas (relojes, timbres, cojinetes, etc.)
 referencia a psicólogo o psiquiatra
 referencia a urólogo y/o centro especializado
 castigarlo
 otra (especifique) _____
8. Estaría usted interesado en colaborar y trabajar en algún proyecto para tratar especializadamente a los niños enuréticos?
 si
 no.

CUESTIONARIO DE RECOLECCION DE DATOS

(Opinión de los Padres)

1. edad del niño _____ años _____ meses.
2. sexo: Masculino femenino.
3. raza: ladino indígena
4. No. de hijos: Lugar que ocupa.
5. integración Familiar:
 - vive con sus padres
 - hogar desintegrado
 - madre, padre u otro miembro de la familia
 - cohólico
 - quién cuida al niño frecuentemente
6. Cuándo es que el niño se orina frecuentemente?
 - de día
 - de noche
 - de día y de noche
 - cuántas veces? _____
7. Cuál cree usted que es la causa de que su niño se orina en la cama?
 - problemas del crecimiento y desarrollo
 - problemas emocionales
 - sueño profundo
 - problemas del aparato urinario
 - otros (especifique) _____
8. A qué edad cree que su niño no debería orinarse en la cama por las noches o durante el día sin avisar?

9. Qué medidas usa usted para resolver este problema?
manda al niño al baño cada noche antes de acostarse
lo despierta durante la noche
habla con el niño del problema (le explica)
le restringe líquidos después de la cena
lo premia cada vez que amanece seco
lo castiga
consulta con un médico
otra (especifique)

10. Si le ofrecieran tratar de ayudar a su niño en este hospital, junto con otros niños con el mismo problema, acudiría usted regularmente?
si
no

MODELO DE FICHA EVALUATIVA PARA EL NIÑO ENURETICO A NIVEL DE CONSULTA EXTERNA

1. Nombre del paciente _____
2. Edad _____ años _____ meses. 3. Sexo: _____
4. Dirección _____
5. Integración Familiar: _____
6. Quién cuida al niño frecuentemente _____
7. Perfil Social _____

8. Cuándo es que el niño se orina sin avisar?
de día
de noche
de noche y de día
cuántas veces
No. de veces por semana
9. Examen Físico: _____

10. Laboratorios: _____

11. Exámenes especiales si fueran necesarios: _____

(Uretrocistografía, Cistoscopia, Pielografía, etc.)

12. DIAGNOSTICO: _____

13. TRATAMIENTO INSTITUIDO: _____

14. EVOLUCION: _____

15. REFERIDO A: 1) PSICOLOGIA 2) UROLOGIA.

CONFORME:

Dra. Carmen Angélica Valenzuela
ASESOR.

Dra. Carmen Valenzuela
MEDICO Y CIRUJANO
Colegiado No. 8714

SATISFECHO:

Dr. Rodolfo López Pezuelos.

REVISOR.

Rodolfo López Pezuelos
MÉDICO Y CIRUJANO
COLEGIADO

APROBADO:

DIRECTOR DEL CICS

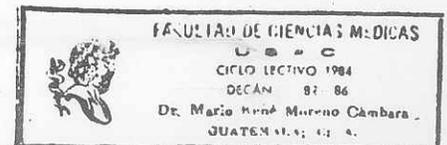


IMPRIMASE:

Dr. Mario René Moreno Cambará
DECANO
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS.
U S A C .

Guatemala, 10 de abril

de 1984.



Los conceptos expresados en este trabajo son responsabilidad únicamente del Autor. (Reglamento de Tesis, Artículo 44).