Universidad de Ciencias Médicas de La Habana

Facultad de Ciencias Médicas “General Calixto García”

Conferencia: **TRASTORNOS MONOSINTOMÁTICOS**

**Objetivos:**

1. Explicar el concepto de Trastornos Monosintomáticos.
2. Identificar los factores etiológicos, de riesgo, y prevenirlos.
3. Describir el cuadro clínico de algunos trastornos del sueño que son considerados como tales.
4. Describir el cuadro clínico de algunos trastornos de la excreción que son considerados como tales.
5. Diagnosticar las entidades, y diferenciarlas.
6. Proponer las intervenciones en la comunidad, y la remisión.

**Sumario:**

* Concepto.
* Cuadro clínico de las pesadillas, los terrores nocturnos, y el sonambulismo.
* Cuadro clínico de la enuresis, y la encopresis.
* Etiología. Factores de riesgo. Prevención.
* Diagnóstico positivo y diferencial.
* Tratamiento en la comunidad.

¿Qué son los Trastornos Monosintomáticos?

CONCEPTO:

También llamados Síntomas Especiales, constituyen un grupo de síntomas que pueden aparecer de forma aislada, siendo necesario poseer la certeza de que no formen parte de un trastorno estructurado.

Trastornos monosintomáticos más frecuentes

* Trastornos del Sueño (Parasomnias):
  + Pesadillas
  + Terrores nocturnos
  + Sonambulismo
* Trastornos de la Excreción:
  + Enuresis
  + Encopresis
* Tics estudio independiente

TERROR NOCTURNO

Se trata de un despertamiento brusco y desesperado, con dilatación pupilar, piloerección, sudoración, palidez, taquicardia, y respiración jadeante. La persona parece alucinada, confusa e incoherente. El episodio dura entre 10 y 15 minutos, ocurre en el primer tercio de noche (Sueño No REM), y hay amnesia para el episodio.

Manejo terapéutico

* Ante todo es necesario tranquilizar a la familia que comúnmente se encuentra muy alarmada.
* Encender la luz, “despertar” bien al paciente, desviar su atención hacia cosas agradables.
* Conversar con él tranquilamente durante varios minutos.
* Al comprobar que está bien despierto dejar que se duerma nuevamente.

PESADILLAS

Son ensueños intensos y angustiosos que generalmente despiertan a la persona, suelen ocurrir en la segunda mitad y final de la noche cuando el sueño REM es muy abundante. Pueden recordar el contenido onírico desagradable.

Manejo terapéutico

* Tranquilizar al niño (a) o adolescente, así como a la familia.
* Indagar sobre posibles eventos o factores psicotraumáticos.
* Orientaciones psicoterapéuticas.
* Orientar medidas higiénicas del sueño.
* Si fuera necesario, se indica algún tratamiento de fitoterapia o ansiolítico.

SONAMBULISMO

Es un automatismo con inicio en la infancia, con prevalencia mayor a los 12 años, más frecuente en los hombres. Se caracteriza por episodios de incorporación del lecho y marcha, con facie inexpresiva, conductas aprendidas durante la vigilia que son realizadas con gestos lentos e imprecisos, actividad motora no organizada, intencionada ni violenta. El episodio dura entre 15 o 20 minutos, ocurre en el primer tercio de la noche, y hay amnesia para el episodio.

Manejo terapéutico

* Explicar a la familia y al paciente en qué consiste el trastorno.
* Explicar modos de protección.
* Erradicar temores y creencias negativas.
* Los fármacos serán utilizados cuando sean necesarios: benzodiácepinas, antidepresivos tricíclicos, etc.
* Intervenciones psicoterapéuticas y modificadoras de la conducta.
* Técnicas de relajación mental.

ENURESIS

Emisión involuntaria de orina durante el sueño (puede ocurrir en las siestas), en una edad en que se espera haya total continencia.

Diagnóstico

* Tener más de 5-6 años.
* Tener por lo menos dos episodios al mes, puede ser hasta cuatro veces al mes.

Clasificación

Diurna: emisión durante el día.  
Nocturna: emisión durante la noche.   
Mixta: en ambos momentos del día.

Primaria (80%): Nunca ha conseguido el control vesical.

Secundaria (20%): Tuvo un período de control, al menos de 6 meses de duración, pero volvió a tener períodos de emisión de orina.

Monosintomática (85%): Solo existe enuresis nocturna, sin otros síntomas miccionales.

Polisintomática o síndrome enurético:

* Se acompaña de síntomas miccionales diurnos como polaquiuria y urgencia miccional.
* Requerirá un estudio distinto y un tratamiento específico según su etiología.

Etiología

Las causas son diversas. Pueden verse implicados simultáneamente, uno o varios de los siguientes factores:

* Retraso de maduración neurológica.
* Factores genéticos.
* Capacidad vesical.
* Hormona antidiurética (ADH).
* Inestabilidad del músculo detrusor de la vejiga.
* Trastorno del sueño.
* Trastornos psicológicos.
* Otros.

Otras causas (orgánicas)

* Enfermedades médicas diversas:
  + drepanocitosis
  + epilepsia
  + hipertiroidismo
  + etc.
* Enfermedades con poliuria: IRC, diabetes mellitus, diabetes insípida, enfermedad renal, hipercalciuria, malformaciones del tractus.
* Enfermedad neurológica: disrafismos espinal, etc.
* Encopresis y/o estreñimiento crónico.
* Obstrucción respiratoria de vías altas (SAOS).

Tratamiento

1. Investigar la causa y tratarla.
2. Plan de tratamiento individualizado en el que el paciente es protagonista.
3. Proporcionar información realista del problema y de su pronóstico.
4. Tranquilizar y apoyar tanto al niño como a los padres.

Conductual simple

* Restricción de líquidos.
* Levantar al niño y despertarlo para que orine antes de los 90 minutos.
* Sistemas de recompensa (carta de estrellas).
* Entrenamiento vesical diurno para el control de la retención.

Tratamiento farmacológico

* Imipramina y otros antidepresivos tricíclicos.
* Oxibutinina.
* Desmopresina.
* Acupuntura.

ENCOPRESIS

Incontinencia fecal a partir del momento en que el control intestinal es fisiológicamente posible. Aproximadamente la cuarta parte de los encopréticos padece de estreñimiento asociado, impactación o retención de heces.

El estreñimiento puede deberse a la evitación de defecar por ansiedad y miedo al inodoro u orinal. En otros, el estreñimiento aparece por el tamaño del bolo fecal con círculo vicioso y retención del bolo fecal grande (dolor-retención).

Criterios diagnósticos

* Que la emisión de las heces sea involuntaria.
* Repetida por lo menos 1 vez al mes, durante 6 meses.
* Que el niño sea mayor de 4 años.
* Que no exista trastorno orgánico que la explique como megacolón agangliónico (mediante rayos X, y la tonometría rectal).

Etiología

* La educación del esfínter es la más importante.
* No debe imponerse el control esfinteriano por la fuerza.
* Son desfavorables y predisponentes:
  + Hábitos alimentarios no saludables
  + Hábitos higiénicos malos
  + Estrés psicosocial

Tratamiento

* Advertir a los padres que este trastorno no es voluntario.
* El niño y los padres deben conciliar la hora para sentarse en el inodoro u orinal, libre de tensiones.
* Permanecer 15 minutos sentado sin obligación de defecar.
* Que sea al levantarse y después de desayunar para estimular el reflejo gastrocólico.
* Dieta rica en vegetales, legumbres, residuos.
* Si hay amenaza de bolo fecal grande y defecación dolorosa, se evacuará con enema para romper el círculo vicioso.
* Laxante si fuera necesario.
* La solución de las tensiones familiares se trabajará mediante orientación a la familia y/o psicoterapia.

BIBLIOGRAFÍA

* Bolaños A. Carlos Ernesto, Carreño M. Orlando. (2014). Trastornos del sueño en niños. En: Palacio Ortiz Juan David. Aspectos claves en Psiquiatría Infantil. Primera edición. Capítulo 27. p 623-646.
* Galiano Ramírez María de la C. (2006). Trastornos del sueño. En: Rodríguez O. Salud mental Infanto-juvenil. La Habana. Ed Ecimed. Tema 32. p 207-210.
* Méndez Rodríguez Ovidia. (2006). Encopresis. En: Rodríguez O. Salud mental Infanto-juvenil. La Habana. Ed Ecimed. Tema 27. p 191-192.
* Muñoz Farias Cristian. (2014). Enuresis y Encopresis. En: Palacio Ortiz Juan David. Aspectos claves en Psiquiatría Infantil. Primera edición. Capítulo 21. p 491-510.
* Ravelo Pérez Vivian. (2006). Enuresis. En: Rodríguez O. Salud mental Infanto-juvenil. La Habana. Ed Ecimed. Tema 26. p 187-189.
* Rodriguez Méndez Ovidia. (2006). Tics. En: Rodríguez O. Salud mental Infanto-juvenil. La Habana. Ed Ecimed. Tema 31. p 204-206.
* Velázquez Ramírez Paola Viviana. (2014). Enuresis-Encopresis. En: Gómez Restrepo, Hernández Bayona, Jordán Quintero, Rojas Urrego, Santacruz Oleas, Uribe Restrepo. Psiquiatría Clínica. Diagnóstico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos. 4ta edición. Ed Médica Panamericana. ISBN: 978-958-8483-7-68. Capítulo 34. p 284-300.