



11226
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA 57
DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA

LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

UNIDAD ACADÉMICA

CLINICA HOSPITAL ISSSTE IGUALA GRO.

**"ASPECTOS RELEVANTES EN PACIENTES
ENURETICOS DETECTADOS EN LA CLINICA
HOSPITAL ISSSTE-IGUALA GRO.**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T A
DRA. MA. ELENA GONZALEZ SOLANO



IGUALA, GRO.

ENERO, 1995

FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

" ASPECTOS RELEVANTES EN PACIENTES ENURETICOS DETECTADOS
EN LA CLINICA HOSPITAL ISSSTE-IGUALA GRO. "


T E S I S

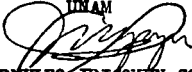
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN
MEDICINA GENERAL FAMILIAR


PRESENTA :

DRA. MA. ELENA GONZALEZ SOLANO .

A U T O R I Z A C I O N E S


DR. JUAN JOSE MAZON RAMIREZ
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA

UNAM

DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA
COORDINADOR DE INVESTIGACION
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.


DRA. MA. DEL ROCIO NORIEGA GARIBAY
COORDINADORA DE DOGENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
U.N.A.M.

TRABAJO DE INVESTIGACION PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR.

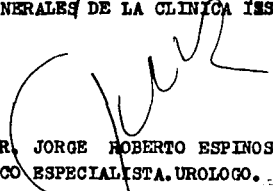
DRA. MA. ELENA GONZALEZ SOLANO .

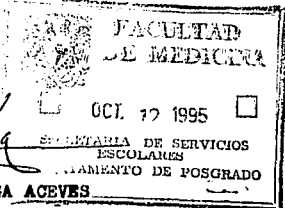
" ASPECTOS RELEVANTES EN PACIENTES ENURETICOS DETECTADOS
EN LA CLINICA HOSPITAL ISSSTE- IGUALA GRO."


DR. MIGUEL ANGEL ROSENDO MARTINEZ .

PROF. TITULAR DEL CURSO DE MEDICINA FAMILIAR PARA
MEDICOS GENERALES DE LA CLINICA ISSSTE -IGUALA GRO.




DR. JORGE ROBERTO ESPINOSA GARCIA .
MEDICO ESPECIALISTA. UROLOGO. HOSP. REG. DE ZONA .
I.M.S.S. IGUALA GRO.
ASESOR DE LA TESIS .



DR. HECTOR GABRIEL ARTEAGA ACEVES
JEFE DEL DPTO. DE MEDICINA FAMILIAR , JEFE DE LOS
SERVICIOS DE ENSEÑANZA DEL I.S.S.S.T.E.

IGUALA GRO.

ENERO 1995

AGRADECIMIENTOS:

A Dios; por todo lo que me ha dado.

A mi hijo: Alex,
la razón de mi ser,
como ejemplo de
fortaleza y lucha en la
vida; para que con
dedicación y empeño
logre sus más grandes
anhelos.

A mi mamá: Ma. Dolores,
Tesoro que Dios me dio.
Con todo mi amor,
respeto y admiración.

A mis abuelitos muertos:
Hermelindo y Elena,
Porque su bendición me acompaña siempre.

A mi tía: Leonor.
Que es para mí como
una madre, por
su comprensión y apoyo.
Todo mi cariño y respeto.

A mis hermanos:
José Alfredo y Rosa Alba
por su gran apoyo y
cariño.
Todo mi amor de
hermana.

A mis sobrinos que adoro:
Rosálbita, Dulce y Josué.

Al resto de mi familia,
por su unión y cariño
en todos los momentos gratos
y no gratos de mi vida.

A mis: Compañeros,
Maestros y Asesores;
por su invaluable
contribución para
mi formación como
Especialista; y por
los momentos gratos
que pasamos que
serán inolvidables.

INDICE

Página

INTRODUCCION.....	1
Antecedentes.....	3
Planteamiento del problema.....	27
Justificación.....	28
Objetivos.....	29
Metodología.....	30
Resultados y análisis.....	33
Conclusiones.....	47
Anexos.....	50
Bibliografía.....	55

INTRODUCCION

El presente trabajo surgió de la inquietud médica, ante la angustia familiar, por conocer programas y acciones concretas de formación e información, respecto al paciente Enurético; y darle a conocer a todos los que tenemos alguna relación con estos pacientes.

La enuresis, es una entidad patológica con repercusiones en el plano físico, psicológico y social.

Los trabajos acerca de los problemas de salud, siempre resultan importantes, y más cuando implican la responsabilidad del 1er. nivel de contacto con esta patología y la necesidad de poseer conocimientos, habilidades y destrezas, para encauzar el manejo adecuado de estos pacientes.

Existen estudios de investigación realizados al respecto donde se dá a conocer la variedad de criterios médicos que han predominado en el manejo del paciente enurético. Actualmente se ha tratado de unificar estos criterios, implementando los estudios al respecto, enfocado a buscar los factores implicados en la etiología para determinar manejo específico en cada caso.

La literatura psicológica y psiquiátrica, señala a la enuresis dentro de la clasificación DSM-III dentro de "Síntomas Especiales"; que pueden estar manifestando rasgos neuróticos, o con el tiempo, trastornos de personalidad (entendiendo por esto a las alteraciones de pensamiento, emo-

(2)

ciones y conducta), que es determinante en sus relaciones en general (laborales, sociales, familiares), constituyendo un problema de Salud Mental y Social.

ANTECEDENTES

La Enuresis, es una entidad patológica, que significa: "incontinencia de orina", es un problema que se conoce desde la antigüedad y se menciona por primera vez como síntoma en el papiro de Ebers, desde 1550 A.C.²¹

Los autores definen continencia, como la capacidad de almacenar orina en la vejiga hasta que es socialmente apropiado vaciarla, por tanto, la incontinencia es la ausencia de esta capacidad.¹²

Los lactantes y los niños pequeños almacenan orina, pero deben aprender el control social. Este logro es un evento anunciado con alegría y anticipación por parte del niño y la familia, a su vez, la falta de control, frecuentemente puede ser un acontecimiento embarazoso y tensionante para el individuo y todos sus familiares.

En el lactante, la micción se produce espontáneamente como un reflejo de la médula espinal.

Entre las edades de uno y dos años, se producen dos eventos importantes: un aumento gradual de la capacidad vesical y, maduración de los lóbulos frontal y parietal.^{5,12.}

Durante este intervalo el niño adquiere conciencia y plenitud vesical y reconoce que la micción es inminente, pero es incapaz de controlarla. Al madurar, el desarrollo de la continencia urinaria depende de 3 factores:

1) capacidad adecuada de la vejiga, 2) control voluntario sobre el esfínter externo (necesario en el control inicial y terminación de la micción); 3) control cortical de la capacidad para vaciar o inhibir el vaciamiento en cualquier grado de capacidad vesical.

Como señala Blomfield y Douglas, la mayor parte de los niños tienen control diurno completo a los tres años de edad, y hacia los cuatro y medio más del 88 % han completado el control urinario.
11,12.

La enuresis, afecta más frecuentemente del 2 al 25 % de la población infantil, y por edades de la siguiente manera: del 14 al 20 % a los 5 años, 5 % a los 10 años y 2 % a los 18 años.
11,21.

Para diagnosticar como enurético a un paciente, debe tomarse en cuenta que persisten las micciones involuntarias cuando menos una vez por semana después de la edad promedio del control (3-4 años).
21.

4,5,12.

La clasificación más aceptada de enuresis es la siguiente: Primaria y Secundaria; los niños con enuresis primaria nunca han logrado el control vesical, mientras que aquellos con enuresis secundaria han tenido periodos secos por lo menos seis meses antes de empezar a mojar. En casi todos los informes el 80 % de los casos corresponden a enuresis primaria, y en el 20 % como secundarios.

Nocturna, Diurna y Mixta; siendo la más frecuente la nocturna, la cual a su vez frecuentemente primaria y funcional.
21.

Orgánica y Funcional- la primera se da cuando hay daño anatómico y la funcio-

nal cuando no lo hay.

Se ha encontrado a la enuresis diurna y mixta, más frecuentemente asociada al tipo orgánico (donde existe daño genitourinario neurológico y de madurez).
5,12,21.

En lo que no se ponen de acuerdo los autores la literatura al respecto, es en cuanto al sexo más frecuentemente afectado, ya que en los estudios realizados ha variado.
5,6,12,19,21.

Están de acuerdo que es fundamental, la educación, la cultura, por sus hábitos y costumbres; y otros factores ambientales que se mencionarán más adelante.

1,5,6,12,19.

Etiología - de la enuresis, es multifactorial, y se mencionan como causas: alteraciones en el desarrollo, deficiencias en el entrenamiento vesical, genéticas, orgánicas, ambientales, psicológicas, trastornos del sueño y susceptibilidad alimenticia.

Alteraciones en el desarrollo.-

Algunos autores han relacionado enuresis con bajo peso al nacer, en comparación a niños con peso normal al nacimiento; se menciona que -- las vejigas de los niños enuréticos se vacían con volumen menor que las de los niños enuréticos (al parecer la causa es una demora en la maduración, con pequeña capacidad vesical concomitante).
12.

Es sabido que la vejiga de un recién nacido tiene una capacidad de 30 a 60 ml., mientras que la de un adolescente varía de 250 a 550 ml.^{5,17.}

Entre 6 y 7 años de edad, el niño es capaz de orinar con cualquier grado de plenitud, en contraste con los niños de 4 años.

El retraso de maduración en el desarrollo del sistema nervioso central, ha sido relacionado como causa frecuente de enuresis nocturna.^{5,12,19.}

Deficiencias en el entrenamiento vesical.-

La enuresis puede ser la consecuencia de un entrenamiento inadecuado,^{3,14,15,19,22.} ya sea debido a la falta de oportunidad para entrenar al niño, o a las actitudes de los padres para entrenarlo; por ejemplo: se menciona que la madre sobreprotectora, acepta la incapacidad del niño para mantenerse seco; aduce que su hijo es demasiado pequeño o está demasiado débil para empezar a entrenarlo. En esta forma se infantiliza al niño, quien sigue mostrando una infantil falta de control en sus esfínteres.

La falta de oportunidad para el entrenamiento sólo se presenta, como factor causal de enuresis en los niños que han crecido en las casas rurales o en áreas urbanas sobrepobladas; en estos sitios los servicios sanitarios son inadecuados y nadie espera que el niño vaya al cuarto de baño, bajo condiciones de frío excesivo y si hay demasiada gente utilizando el mismo baño.⁴

Otras veces la enuresis, aparece como una expresión de venganza,

en la cual el niño se moja como una reacción ante un entrenamiento que ha sido demasiado rápido y punitivo.

Factores genético.-

La enuresis ha sido atribuida a factores genéticos a través de los estudios de Hallgren en 1957, Fray en 1935 y Bekwain en 1973.

1,5,8,12,15.

La enuresis nocturna es un trastorno familiar, observado con mayor frecuencia en padres y hermanos de enuréticos que en la población en general. Hallgren comprobó que en cerca de 70 % de familias con un niño enurético, aparecen los síntomas en más de un miembro, y en 40 %, cuando menos uno de los padres tenía antecedentes de enuresis nocturna. Cerca del 30 % de los padres y hermanos y 20 % de las madres y hermanas, tenían antecedentes de enuresis.

Sin embargo, no se debe pasar por alto, que esto, también puede deberse a un copiado de conductas de tipo familiar, o como una manera del niño de identificarse en forma inconsciente con alguno de sus padres o hermanos.

Además la incidencia en gemelos monocigotos es doble que en dicigotos.

en estudios recientes de gemelos y familiares, se ha demostrado un factor genético (Síndrome de Gilles de la Tourette), con algunos casos de autismo, enuresis, incapacidad específica de comprensión, sonambulismo,

terror nocturno, miedo común, ansiedad o inquietud.

Se habla de la participación de enzimas polimorfas en la bioquímica genética de estos padecimientos y entonces hablar de trastornos mentales genéticos que se empiezan a manifestar en etapas tempranas de la infancia y que pueden incluir: anorexia nerviosa, hablar dormido y otras que nos pueden estar dando la pauta de grandes problemas a nivel psiquiátrico.

Por ello se ha postulado que en la enuresis primaria exista algún factor genético y/o hereditario que influya en la edad a la que se adquiere el control vesical.

Factores orgánicos.-

Sistema genitourinario:-

Corresponden a un número menor de anomalías por esta causa, encontrándose daño a nivel de uretra y vejiga. Además es bien sabido que las lesiones obstructivas se acompañan de un alto grado de enuresis diurna. 5,12,17.

Se encuentran alteraciones a diferentes niveles como son:

1) Extrauretral.

- Ectopia uretral

- Yatrógena

2) Por falta de almacenamiento.

- Incontinencia de urgencia

- Hipocontractilidad del detrusor de la vejiga

- Falta de la inhibición (maduración).

- a) congénita
- b) neuropática
- c) incontinencia de esfuerzo

3) Falta de expulsión

- Detrusor arrefléxico (Hipocontractilidad)
- Disinergia del esfínter detrusor
- Lesiones anatómicas obstructivas, compresión de uretra, estrechez ure--
tral.

La base para la comprensión de cualquier proceso patológico es un concepto firme de la anatomía y fisiología de fondo del aparato o sistema en cuestión. Por lo tanto se hará aquí un repaso breve de los mecanismos del control urinario.

El órgano principal del almacenamiento de la orina es la vejiga, la cual tiene como funciones principales son el almacenamiento y la expulsión de orina.

La capacidad de vaciar la vejiga urinaria es una función tanto del detrusor como del mecanismo del control uretral en la vía de salida de la vejiga.
2,12.

Gracias a los trabajos de Tanagho, Elbadawi y Colapinto, se comprende que el mecanismo de la continencia urinaria no depende de un sólo músculo esfínter. Más bien es un área funcional compleja e integrada en el

sitio de salida de la vejiga, constituida por músculos tanto lisos como estriados, cada uno bajo un control nervioso integrado pero separado. El mecanismo del esfínter interno o cuello vesical es una red de fibras musculares lisas cuya función consiste en proporcionar continencia en el estado de reposo. El componente del músculo estriado o esfínter externo está bajo control voluntario: su relajación se activa por el sistema nervioso central, como un mecanismo de iniciación del vaciamiento en el ciclo de la micción. Además, su activación en momentos de urgencia intensa o aumento de la presión abdominal, hasta llegado un momento socialmente aceptable para el vaciamiento.

La continencia urinaria y la micción están gobernados por una integración compleja de: 1) inervación somática, espinal y parasimpática (nervio pudendo, S2-S4), así como simpática, a través del plexo nervioso hipogástrico T11-L2); 2) centros del nervio supraespinal.

Muchos investigadores han definido a los receptores nerviosos en la vejiga y en la uretra. Los sitios receptores parasimpáticos están situados en toda la extensión del detrusor y la uretra proximal pero son más abundantes en el primero. Estos receptores cuando se estimulan, producen una contracción del músculo detrusor que cause un incremento en la presión intravesical, la cual, a su vez, es la primera fuerza para el vaciamiento vesical.

Los receptores simpáticos incluyen receptores tanto alfaadrenérgicos como beta-adrenérgicos y están situados en las vías urinarias inferior-

res. Las fibras alfa predominan en el cuello de la vejiga y en la región de músculo liso de la uretra; su estimulación produce una contracción de estas secciones, inhibiendo así el vaciamiento vesical, mientras que su inhibición relaja el cuello de la vejiga y la uretra proximal facilitando la micción. Los receptores beta-adrenérgicos son más abundantes en el cuello de la vejiga. Su estimulación causa relajación del detrusor y facilita el almacenamiento; su inhibición promueve contracción del detrusor para favorecer el vaciamiento vesical.

Control neurológico del ciclo de la micción:- la distensión de la vejiga envía impulsos por vías aferentes a través del nervio pélvico hasta la médula espinal sacra, donde las neuronas internunciales estimulan a las fibras parasimpáticas, simpáticas y somáticas que inervan la vejiga, cuello vesical y mecanismo del esfínter externo. Otras vías intraespinales transportan mensajes de ida y vuelta entre las áreas sacra y toracolumbar y el tallo encefálico. A continuación las vías intracerebrales comunican con la corteza frontal y parietal y facilitan o inhiben los reflejos de la médula espinal.

Son características necesarias para el almacenamiento vesical eficaz, la capacidad adecuada, la acomodación (capacidad para aceptar volúmenes grandes de líquidos generando presión baja) y la elasticidad. 2,5,11,17.

Todo lo anterior nos sirve para comprender los daños a nivel urológico que pueden estar ocasionando enuresis orgánica (generalmente diurna y/o mixta). Además nos servirá para comprender el funcionamiento de los fár-

macos que se empleen en el tx. de este problema; y los trastornos a otros niveles (neurológico por ejemplo).

Factores infecciosos.-

En la evaluación de la enuresis, siempre debe considerarse la posibilidad de infecciones de las vías urinarias.
2,5,12,16.

En el intento de contener la orina, se produce una presión intravesical elevada y un grado parcial de obstrucción, causando un aumento en la incidencia de la bacteriuria. El hecho de que la bacteriuria puede promover la enuresis ha sido bien establecido por varios investigadores quienes demostraron 35 % de incidencia de vaciamiento no controlado en mujeres bacteriúricas, en comparación con 17 % de mujeres no bacteriúricas.
5

Aprox. el 25 % de pacientes enuréticos con bacteriuria resuelven su enuresis con tratamiento, a menos que haya inestabilidad vesical.

Según informes fidedignos, casi el 15 % de niños con infección de vías urinarias padecen enuresis, y es también frecuente en escolares con bacteriuria asintomática.
5

Según algunos estudios, la distensión rectal debida a retención fecal causa distorsión de vejiga, lo que a su vez puede resultar en disinergia del músculo pubovesical perineal.

Otros trastornos orgánicos:

La insuficiencia renal adquirida y particularmente la enfermedad renal tubular puede causar enuresis. En Diabetes mellitus.

También trastornos lumbosecros que afectan la inervación de la vejiga (p.ej. mielomeningocele).

Se habla de la asociación con encopresis, con un porcentaje variable y generalmente bajo.

Factores Psicológicos.-

La enuresis secundaria puede deberse a la presencia de factores de estrés durante el periodo de desarrollo desde los 4 a los 14 años de edad.

La separación de la familia, la muerte de uno de los padres, el nacimiento de un hermano, cambio de domicilio, problemas conyugales y abuso del niño, son algunos de los conflictos que con mayor frecuencia desencadenan enuresis.
4,7,9,13,16,24.

Casi siempre la enuresis debida a estrés es intermitente y transitoria, y cuando persiste, se debe a menudo a experiencias inadecuadas o inapropiadas higiénicas o de aseo. El adiestramiento en tal sentido a una edad muy temprana puede causar angustia, mientras que demasiado tarde probablemente debilite la percepción del niño respecto a su propio dominio.
7

Cualquier estrés puede causar un indudable impacto sobre la capacidad del niño para aprender y llevar un adecuado control de esfínteres.
3,7,9,14.

El carácter del niño dependerá, en buena medida de la actitud de los padres con respecto al entrenamiento del mismo en cuanto al control de orina y heces fecales.

Antes del año y medio de edad, el niño no siente repulsión alguna por sus excreciones, porque las ve como una parte de su cuerpo ya que sobre él todavía no ha influido el proceso educativo, que le señale la parte repugnante, sucia y asquerosa de la que hay que desembarazarse rápidamente, que es el criterio que muchos adultos inculcan a sus hijos de manera errónea con respecto a sus excretas.
3

La actitud más correcta será enseñar lenta, progresivamente y sobre todo en el momento adecuado, que esos son productos de desecho de su organismo por tanto sin valor, que deben ser depositados en lugares adecuados por razones de limpieza.

Las manifestaciones de rechazo del adulto al niño con respecto a sus excretas, lo van a lastimar ya que él lo considera parte de sí mismo y le crearán un temor excesivo y enfermizo, pudiendo llegar a convertirse en un maniaco de la suciedad.
14

El niño debe tener edad apropiada, no se puede enseñar a un niño antes de que su madurez neurológica, sus órganos y esfínteres, estén capacitados para realizar estas funciones; y por ningún motivo emplear el regaño o el castigo, que desencadene conductas rebeldes o rencorosas.
4,8,13.

El niño sólo y con muy poca ayuda, podrá controlar sus esfínteres,

lo cual es de importancia vital para el futuro de su salud mental y emocional (a una edad adecuada) y sobre todo sin que haya sido una fuente de conflictos entre el niño y sus padres, ya que esto puede dejar huella en la estructuración de la personalidad del niño.^{14,23,24.}

La causa más común, después de descartadas las posibilidades de daño orgánico, es el exceso de tensión en el niño, tensión sostenida a la que puede estar sometido en casa, en la alimentación, la escuela, etc.

Si el niño está frustrado o enojado, utilizaré a la enuresis como un medio de de venganza, ya que sabe que sus padres se preocuparán en determinado momento, o con respecto a sus hermanos, él tendrá la preferencia en atención.^{3,14.}

Se han encontrado elementos eróticos de naturaleza uretral, que hacen que el niño sienta placer al orinar en la cama.^{3,7.}

La humedad en tiempo de calor, puede resultarle grata al niño, y como dicen los Freudianos, recordarle su feliz estancia en el vientre materno.¹⁴

En todos los tiempos, los clínicos han relacionado con el estado neurótico: trastornos del desarrollo psicomotor tales como la enuresis, tarramudez, tics, etc. Trastornos que aparecen en el niño pero que pueden persistir en el adulto.^{13,16.}

La enuresis, se tiene considerada como síntoma, más que como enfermedad ya que puede encontrarse dentro de la patología de otras enfermedades; de aquí que dentro de la clasificación de las enfermedades mentales (DSM-⁴III) la señalan dentro de "Síntomas especiales"; que pueden estar manifestando rasgos neuróticos, y que de alguna manera afectará su personalidad (del paciente) en etapas futuras.

Un niño educado anteriormente en la limpieza, puede convertirse en enurético o encopretico durante periodos de separación de su madre.¹⁴

Con frecuencia la enuresis se asocia al sonambulismo que aparece principalmente en la infancia y que parece estar asociada con sentimientos nocturnos de miedo y soledad, en personas propensas a la formación de síntomas histéricos.^{10,13,16}

La Enuresis en la infancia es un síntoma de ansiedad, refleja desamparo y temor.

Según Fenichel, la enuresis actúa como equivalente de masturbación.^{4,7}

En algunas clínicas psiquiátricas la enuresis, es el problema por el que ingresan la mayoría de los niños. A los 2 años de edad más o menos el 80 % de los niños ya no se mojan. Al cumplir 3 años de edad, promedio habitual del control total.⁶

Se ha tomado a la enuresis como reacción de adaptación durante la niñez, manifestada en alteración de hábitos y junto con ella se puede encontrar manifestación de actos repetitivos como: morderse las uñas, succionarse el pulgar, crisis temperamentales (berrinches), y otros (como piromanía).
19,20.

Existe gran polémica entre algunos autores con respecto a la relación de enuresis con las fases de sueño, así hay quienes refieren haber hecho estudios apoyándose con registros electroencefalográficos y cistometogramas, encontrando que la enuresis está usualmente relacionada con el primer ciclo del sueño o fase NREM que es la fase de sueño profundo; por el contrario otros autores la refieren presente durante el transcurso del sueño nocturno.
11,19.

Factores del Ambiente.-

Aunque la enuresis ocasionalmente se interrumpe con medidas supresivas simples, conviene conocer a menudo es asintomática de problemas familiares angustiantes. Por otra parte como ya se ha mencionado, si persiste el problema el niño va creciendo con conflictos adicionales, los cuales dependen de las actitudes que tome la gente con quien está en contacto.
8,10,18.

Como resultado de los castigos y la vergüenza que le hacen sentir, el niño enurético desarrolla sentimientos secundarios de incompetencia; experimentan falta de confianza en sí mismos, lo cual restringe su capacidad para establecer relaciones amables con otras personas; también experimentan una sensación de desamparo debido a su incapacidad para controlar el hábito,

profundizando así su convicción personal de debilidad e incapacidad física.

Habitualmente el niño con estos trastornos expresa poca autocrítica y no se reprocha sus actos, no responde a castigos, muestra indiferencia, puede o no sentirse en su interior culpable.

En ocasiones cuando el niño parece sano, sin "carecer" de afectos, sino que viene de una familia aparentemente "buena"; se ha encontrado que alguno de sus progenitores (o los dos) manejan conducta antisocial por medio de comentarios, guiños, incentivos involuntarios y a veces sugerentes; en tales casos para que la conducta del niño se modifique es necesario darle tratamiento al progenitor cómplice, que obtiene una satisfacción vicariante a partir de la mala conducta del niño, la cual da escape a los impulsos reprimidos de dicho progenitor.

Otro tipo común de alteración en la conducta se presenta en los niños con dificultad para aprender en la escuela y la mayoría de los maestros los reportan como "distraídos".

Los exámenes psicológicos suelen servir como una ayuda para evaluar las limitaciones y las ventajas del niño, especialmente se trata de determinar la existencia de dificultades o conflictos del niño y su dinámica intrapsíquica y familiar.

Se señala el perfil médico-social, con énfasis en el estudio biopsico-social del paciente y su familia, así como del medio que le rodea,

viste a la familia como la agencia de los cuidados primarios de la niñez,⁴ y de detección temprana de alteraciones emocionales en el núcleo familiar.

Se señala la importancia de los hallazgos en el consultorio cuando acude la familia angustiada buscando apoyo, para resolver su problema.

Se han llevado a cabo estudios para detectar trastornos del comportamiento en el niño y su posible relación con su desarrollo en alto o bajo nivel socioeconómicos y los síntomas más frecuentes, encontrándose así: síntomas de desobediencia, lenguaje ofensivo, robo, holgazanería, rechazo a la escuela o bajo rendimiento escolar, científicamente registrados en el medio socioeconómico bajo; en el grupo socioeconómico alto se encontraron: mordedura de uñas rehusar alimentos, mal genio, bajo rendimiento escolar,¹⁸ dentro de los más frecuentes.

Factores Alimenticios.-

Se ha mencionado una gama de múltiples alimentos que pueden estar manifestando alergia, quizá debidas a un simple efecto irritante de ciertos alimentos sobre la vejiga sensible.

Factores idiopáticos.-

Se ha designado como enuresis idiopática, cuando a pesar de los estudios realizados a profundidad, no se encuentra la causal.

Tratamiento de la Enuresis.-

La enuresis no tratada, remite a un índice de 10 a 20 % de los casos por año.
5,6.

Huelga decir, que en virtud de que la mayoría de los niños con enuresis no padecen enfermedad orgánica ni psiquiátrica, debe reducirse al mínimo la terapéutica, y evitar investigación intensiva, exceso de tratamiento, y regímenes terapéuticos nada prácticos.
5

El primer encuentro debe incluir a los padres y al niño y destacar empatía y tranquilización positiva. Es importante que los padres, y sobre todo el niño, queden satisfechos con el terapeuta y que consideren todas las inquietudes y problemas de una manera realista, esclarecer en la medida de lo posible las expectativas paternas y del niño, hacer mención de sus temores y aprehensiones, y considerarlos en forma realistas. En algunos casos el mero encuentro entre una familia y un médico que proporcione seguridad y realismo puede servir como terapéutica por sí misma.
9

Debe estimularse la participación del niño sugiriendo la iniciación de un registro en el que conste información detallada respecto a su progreso, elogio y alabanzas por las noches "secas".
5,12.

Por otra parte, es esencial suprimir todo tipo de castigos en caso de micción involuntaria en la cama.

Durante la primera visita se debe obtener una Historia Clínica

5,12.

completa y ejecutar Examen Físico minucioso, lo cual ayuda al clínico a decidir si el problema es orgánico o idiopático. La historia clínica debe incluir una estimación de la gravedad de la enuresis y su frecuencia, métodos de adiestramiento, actividades de aseo, detalles sobre cualquier problema de conducta durante este tiempo, detalles sobre complicaciones del embarazo y del parto, hay que incluir el peso al nacer y otros acontecimientos importantes.

Es crucial una valoración genitourinaria cuidadosa, patrones de micción, de vías urinarias como la infección (no sabemos con certeza si en enuréticos la infección causa la enuresis o viceversa, pero es posible que el perineo húmedo predisponga a la infección ascendente), disuria, goteo, indecisión, y urgencia, todo lo cual orienta al médico respecto a posibles causas orgánicas.

Es preciso también investigar posibilidades lumbosacras, anomalías del sistema nervioso, y disfunción neurológica.

En forma análoga debe investigarse antecedentes familiares de enuresis, enfermedad de células falciformes, diabetes, alergias, o trastornos convulsivos. Este interrogatorio tan minucioso no sólo ayuda al paciente mitigando su ansiedad, sino que también contribuye facilitando al médico el diagnóstico y tratamiento.

Terapéutica, se ha enfocado prácticamente a la enuresis nocturna, utilizando medicamentos varios, entre ellos tenemos:

5,12,16.

IMIPRAMINA, (Tofranil) - antidepresor tricíclico, cuyo efecto clínico probablemente se relaciona con potenciación de las sinapsis adrenérgicas por bloqueo de la captación de noradrenalina en las terminaciones nerviosas.

Se observa beneficio en 50 % de los niños, durante la primera semana de tratamiento, mientras que cabe esperar un índice de curación de 30 a 60 %.

Se puede ensayar inicialmente una dosis de 10 mg al fin de una semana si no se obtiene respuesta satisfactoria. No se deben administrar más de 75 mg diarias en calidad de ensayo, ni rebasar una dosis de 2.5 mg por kg de peso corporal por día. Dosis superiores no aumentan la eficacia y podrían incrementar los efectos secundarios. Debe darse el medicamento una hora antes de acostarse. Está contraindicado su uso en menores de 6 años.

La disminución gradual de imipramina reduce la frecuencia de recaídas (40-60 %). Después de obtenida mejoría máxima, puede continuarse el fármaco durante dos o tres meses y entonces reducirlo gradualmente en unos tres o cuatro meses más. La mayoría de los autores sugiere disminuir de inmediato una noche sí y otra no, y después cada tres noches durante un periodo de cuatro a seis semanas.

La imipramina tiene como efectos secundarios: aumento de la frecuencia del pulso en reposo, elevación de la presión diastólica, nerviosismo, trastornos del sueño, letargia, alteraciones gastrointestinales leves, es-

temblor, convulsiones, ansiedad, síncope y colapso. La tríada de coma, convulsiones y trastornos cardíacos es la presentación clásica de la intoxicación por imipramina.

5,12,16.

DESMOPRESINA - por vía intranasal en una sola dosis 10 mg antes de acostarse; produce retención de agua y disminuye la cantidad de orina en la vejiga.

Según otros estudios la desmopresina es sobre todo eficaz en niños mayores de 9 años, en los que se ha empleado una dosis de 40 microgramos, cuando menos durante dos semanas.

12

En otros estudios se menciona el uso de clorhidrato de AMANTADINA, un agente antiviral y agonista de dopamina, produce retención de orina como efecto secundario- sin embargo, aún no se ha aceptado totalmente.

16

Se ha ensayado también el cloruro de OXIBUTININA (Ditropan) anti-espasmódico que ejerce un efecto directo sobre el músculo liso e inhibe la acción muscarínica de acetilcolina sobre dicho músculo liso.

Ditropan aumenta la capacidad vesical, disminuye la frecuencia de contracciones del músculo pubovesical y demora el deseo inicial de orinar.

La PSICOTERAPIA.- se hace necesaria en los casos en que se detectan problemas emocionales coexistentes o secundarios; esto se logra a tra-

vés de una buena historia clínica y familiar, después que se ha descartado problema orgánico.

Empezando por el primer nivel de atención médica, el médico general o familiar está capacitado para orientar a la familia y al paciente y buscar la mejor solución al problema de fondo; cuando el médico requiera apoyo por que detecte afecciones psíquicas o psicológicas que no se sienta capaz de afrontar para conducir al paciente a su mejoría, debe canalizar al paciente a un segundo nivel y dar las debidas explicaciones a la familia de lo que ocurrirá en el futuro con el manejo del paciente.

CONDICIONAMIENTO Y DISPOSITIVOS DE ALERTA.-

Entrenamiento vesical y ejercicios de expansión de la vejiga.- son los más usuales y recomendables - Se trata de hacer que el paciente distienda su vejiga con la ingesta de líquidos, lo más que pueda y que haga esfuerzo por retenerla un rato y luego ir vaciándola deteniendo el chorro de la orina (orinando a pausas), con el fin de lograr el control vesical.

5,6,12,17.

Otro es el sistema de alarmas - Mower y Mower en 1938, fueron los primeros en popularizar la alarma urinaria para el tratamiento de la enuresis nocturna. El sistema está constituido por una unidad operada con baterías, en la cual se activa un detector que genera electrónicamente una alarma. Esta despierta al niño, quien reacciona inhibiendo su reflejo de vaciamiento. El niño apaga la alarma y completa la micción en el cuarto de baño.

Otros investigadores han modificado, el material de las alarmas, ya que se encontró complicaciones como: eritema, quemaduras, ulceraciones de piel y perineo, amén de los trastornos emocionales.

El manejo del paciente enurético, debe ser tomado como caso particular, ya que pueden estar operando factores diversos en cada paciente; sin embargo, se habla de tomar en cuenta los tres recursos terapéuticos que son potencialmente eficaces: terapéutica farmacológica, modificación de la conducta y sistemas de alarmas; dependiendo cada caso se pueden complementar para reforzar logros.

Por último dentro de la modificación de la conducta, últimamente se ha sugerido el programa de reforzamiento de la responsabilidad, en el cual se requiere que el niño lleve un registro de su progreso, en un sistema llamado de la estrella dorada, de las noches secas. El niño también es responsable de mantener una gráfica de dieta o bebidas para saber si hay alguna alergia alimenticia que participe en la causa de la enuresis. Se pide al paciente que se encargue de cambiar y lavar sus ropas de cama después de las noches enuréticas, con objeto de hacerlo responsable de sus acciones. El efecto general consiste en favorecer un índice de respuesta positiva progresiva a la continencia.

Se sugiere el siguiente esquema, para el manejo en general del paciente enurético:

ESTUDIO MEDICO COMPLETO--HISTORIA--EXAMEN FISICO--LABORATORIO.

Orgánico

Remitirlo a especialista
apropiado.

PEDIATRA

UROLOGO

ENDOCRINOLOGO

ALEGOLOGO

NEUROLOGO

PSICOLOGO

PSIQUIATRA

No orgánico (otros)

Tratado por médico primario

TRANQUILIZACION Y ASESORAMIENTO

ENTRENAMIENTO VESICAL

EJERCICIOS DE EXPANSION DE VEJIGA

GRAFICAS

INTERVALO DE ENTRENAMIENTO

DESPERTAR Y LEVANTAR

PREMIOS

MANIPULACION DE DIETAS

RESTRICCION DE LIQUIDOS

DISPOSITIVOS DE CONDICIONAMIENTOS

FARMACOS.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .

Se hace necesario a nivel médico, establecer en base a los conocimientos existentes sobre Enuresis, una detección lo más tempranamente posible, un estudio y manejo oportunos, y una orientación familiar adecuada, en el tratamiento del paciente enurético, tratando de disminuir o evitar complicaciones lamentables en su vida.

Para esto, se deben conocer los factores que circundan la conducta del paciente, y así poder enfocar un tratamiento etiológico, también la población más frecuentemente afectada.

JUSTIFICACION

Con frecuencia el médico general, familiar y aún el pediatra, pasa inadvertido el problema de "Enuresis", ya que generalmente el motivo de las consultas es otro, los padres lo ocultan y raras veces lo manifiestan por temor, ignorancia o vergüenza.

Por tal motivo se desconoce en ocasiones la frecuencia, incidencia del problema en las unidades médicas; y sobre todo los factores que están implicados en la etiología, lo que hace que los manejos de estos pacientes no sean los adecuados.

Se sabe que la etiología de la Enuresis, es multifactorial y que es importante el conocimiento de los factores que rodean al individuo que la padece, siendo esto relevante en el establecimiento de un criterio médico para la detección, estudio y manejo adecuado del paciente Enurético en el 1er. nivel de atención médica.

Una vez conociendo la historia natural y abordando adecuadamente la enfermedad (a través de los estudios protocolarios que señala la literatura médica actual), se referirá a otro nivel de atención sólo aquellos casos en que se haya detectado patología orgánica y/o que necesiten estudios de gabinete y manejo por la especialidad (s).

OBJETIVOS .

- 1.- Detección y conocimiento de la frecuencia de Enuresis en pacientes de 4 a 15 años de edad, en la Clínica Hospital ISSSTE-IGUALA (en un periodo de Enero-Septiembre /94).
- 2.- Conocimiento de la frecuencia por: edades, sexo, antecedentes heredofamiliares, socioeconómicos, educacionales y otros.
- 3.- Aplicar protocolo de estudio de Enuresis (sugerido en la literatura consultada) para detectar posible etiología.
- 4.- Estudio y Análisis de los factores involucrados en la etiología, la evolución y el manejo de los pacientes que se detecten.

M E T O D O L O G I A .

Tipo de estudio: Prospectivo, Transversal, Descriptivo.

Grupo de estudio: Pacientes de 4 a 5 años de edad, de ambos sexos, con Dx. de Enuresis, en la Clínica Hospital ISSSTE-IGUALA, GRO.

Criterio de inclusión.-

- Pacientes de 4 a 15 años de edad, con Diagnóstico de enuresis, de ambos sexos.
- Elaboración de estudio y análisis clínico y familiar, de cada paciente enurético.
- Que se realicen estudios de laboratorio, establecidos en el protocolo de estudio.

Criterios de exclusión.-

- Pacientes menores de 4 años y mayores de 15 años, de edad.
- No derechohabientes de la Institución.
- Pacientes en quienes no se corrobore Enuresis.
- Pacientes con daño orgánico (malformaciones genitourinarias), neurológico (espina bífida, mielomeningocele, otros), y/o daño mental.

Criterios de eliminación.-

- Pacientes que abandonan el seguimiento del estudio.
- Pacientes que no se realicen los estudios de laboratorio indicados.
- Pacientes que no cooperen con las respuestas a los cuestionarios, entrevistas y valoraciones clínicas y psicológicas, o en caso de los menores, los padres se rehúsen.

Descripción general del estudio.-

(anexo 1)

En un periodo comprendido de Enero a Septiembre de 1994, se realiza la detección en la consulta externa de medicina general de los casos de Enuresis, entendiéndose por esto a la frecuencia de emisión de orina, involuntaria, más allá de la edad en que debe haberse adquirido el control vesical; tomando como variables: sexo, edad, estudios realizados, aspectos familiares, antecedentes hereditarios, sociales, etc. contenidos en la Historia Clínica (anexo 2).

Se les realizará a los pacientes estudios de laboratorio: B.H.Q.S. E.G.O., y UROCULTIVO, la toma de recolección de orina, será supervisada por el químico o el técnico laboratorista, con técnicas de asepsia y antisepsia de genitales para evitar la contaminación de la muestra y en un frasco estéril.

Se pide apoyo a un Psicólogo, el cual da las sesiones de orientación por grupos a los padres de los pacientes, sobre el punto de vista psicológico de la Enuresis, tratando de motivar el interés de los padres por el estudio, y se les aplicará un cuestionario (anexo 4), con el objeto de obten-

ción de información de algunos aspectos que con mayor frecuencia se relacionan con este tipo de pacientes, a los cuales se les hará una valoración psicológica, cuando así lo requiera cada caso en particular -sobre todo si se detecta alteraciones emocionales, sin que esto constituya parte de la terapia sin con fines de investigación.

Se ampliará la investigación de factores causales con cuestionario (anexo 3), realizando entrevistas familiares, médicas (inicio).

Se pide apoyo al Pediatra de la Institución, ya que se le comentarán dudas en el transcurso del estudio, tratando de dar veracidad al mismo.

La representación de los resultados se harán en gráficas y percentiles, con sus respectivos comentarios.

Al finalizar las conclusiones, comentarios y sugerencias genera-

RESULTADOS Y ANALISIS .

Se detectaron 107 pacientes de 4 a 15 años de edad con Enuresis, en la consulta externa de medicina general, en un periodo comprendido de enero a septiembre de 1994.

De los 107 pacientes, se excluyeron 2 por haberseles detectado daño orgánico (retraso mental y epilepsia) y se eliminaron 7 por haber abandonado el estudio.

Quedando una muestra de 98 pacientes en estudio, en quienes se estudiaron los siguientes aspectos:

FRECUENCIA POR EDAD

Edad	No. casos	Pob. Inf. (4-15 años) derechohabientes.	% correspondiente.
4 años	9	424	2.12 %
5 "	13	462	2.81 %
6 "	18	453	3.97 %
7 "	17	499	3.40 %
8 "	11	514	2.14 %
9 "	7	480	1.45 %
10 "	9	419	2.14 %
11 "	5	424	1.17 %
12 "	3	426	0.70 %
13 "	5	418	1.19 %
14 "	1	384	0.26 %
15 "	0	395	0.00 %

TOTAL = 98 casos en 5298 pob. inf. q' corresponde al 1.84 %

FUENTE: Pirámide de población-Subdirección de Afiliación y vigencia. Clínica Hops. ISSSTE-IGUALA GRO. Jul/94.

Anexos 2 y 3.

Se registraron un total de 98 casos, que correspondió al 1.84% de la población total infantil a estudiar; esta cifra se aproxima al rango de frecuencia mencionado por Sánchez Chapado, del 2 al 25 % de la pob. infantil.

Se pudo apreciar que los pacientes de 5 a 8 años de edad son los más frecuentemente afectados, y el resto va disminuyendo a medida que avanza la edad, tendiendo a la resolución hacia los 15 años.

SEXO

Edad	No. casos		Pob. Inf.		Pob. Inf. Tot.
	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	
4 años	2	7	221	203	424
5 "	7	6	227	235	462
6 "	11	7	214	239	453
7 "	10	7	246	253	499
8 "	7	4	251	263	514
9 "	4	3	239	241	480
10 "	5	4	213	206	419
11 "	3	2	211	213	324
12 "	2	1	211	215	426
13 "	3	2	207	211	418
14 "	1	0	191	193	384
15 "	0	0	192	203	395
TOTAL	55	43	2623	2675	5298

FUENTE: - Pirámide de población- Subdirección de Afiliación y Vigencia.-Clínica Hosp. ISSSTE=IGUALA, Jul/94.

- Anexos 2 y 3.

Análisis.-

TOTAL 98 casos = 1.84 % de la pob. inf.

Sexo	Masculino	55 "	= 1.03 %	"
Sexo	Femenino	43 "	= 0.81 %	"

Como se puede ver, no es mucha la diferencia en cuanto a frecuencia por sexo. Sin embargo, predominó el masculino como lo refiere la literatura.⁷

LUGAR GESTACIONAL

	No. casos	Porcentaje
G-I	46	46.93 %
G-II	34	34.69 %
G-III	13	13.27 %
G-IV	3	3.06 %
G-V	2	2.05 %
TOTAL	98	100.00 %

Fuente: (Datos obtenidos en los anexos 2 y 3)

Análisis.-

Con esta gráfica corroboramos, lo que la literatura nos refiere con respecto a la promogenitura (de mayor frecuencia), en quienes se relaciona con la madre sobreprotectora principalmente y el celo del segundo hermano.

TIPO DE EMBARAZO

	No. casos	Porcentaje
Normal	89	90.81 %
Complicado	9	9.19 %
TOTAL	98	100.00 %
Deseeado	83	84.69 %
No deseeado	15	15.31 %

Fuente: anexos 2 y 3.

Análisis.- La frecuencia en relación al tipo de embarazo, se observó que la mayoría fue normal -no habiendo comentario al respecto.

Con respecto a si fué deseado o no, la mayoría de los psicólogos refieren que al no ser deseado, los padres pierden el interés en el niño, el cual carente de afecto y atención, puede desarrollar enuresis, como mecanismo para llamar la atención.

ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES.-

	No. de casos	Porcentaje
Positivos	77	78.57 %
Negativos	19	19.38 %
Se ignora	2	2.05 %
TOTAL	98	100.00 %

Fuente : anexo 2 y 3.

	No. de casos	Porcentaje
Padre	20	20.40 %
Madre	13	13.26 %
Padre-madre	5	5.10 %
Hermanos	14	14.28 %
Otros familiares	55	56.12 %

-Representa los familiares involucrados en los antecedentes (que padecieron enuresis).

Fuente: anexo 2 y 3

Análisis.- En el 78.57 % de los 98 casos, hubo antecedentes en la familia en uno o ambos de los progenitores y además en otros familiares: hermanos, tíos, primos, abuelos.

TIPO DE ENURESIS.-

	No. de casos	Por ciento
Nocturna	89	90.82 %
Diurna	2	2.04 %
Mixta	7	7.14 %

Fuente: anexo 2 y 3.

Es representativa la alta frecuencia de enuresis nocturna, ya referida en la literatura médica. Cabe mencionar que de los casos de enuresis diurna y mixta en 4 de ellos había antecedentes de Infecc. de vías urinarias.

FRECUENCIA POR SEMANA.

	No. de casos	Por ciento
7 veces/sem.	47	47.95 %
4-5 veces/sem.	15	15.30 %
2-3 veces/sem.	15	15.30 %
3-4 veces/sem.	14	14.30 %
5-6 veces/sem.	6	6.13 %
1 vez/sem.	1	1.02 %
TOTAL	98	100.00 %

Fuente: anexo 3

Doce casos se relacionaron con el clima (frío), en una frecuencia de 2-3/veces por semana.

Se encontró que en un 47.95% de los casos estudiados ocurren diariamente.

ENTRENAMIENTO.-

	No de casos	Por ciento
Hubo	76	77.55 %
No hubo	22	22.45 %
TOTAL	98	100.00 %

Fuente: anexos 2 y 3.

Edad de entrenamiento	No. de casos
7 a 11 meses	5
al año	5
1 1/2 años	37
2 años	23
2 1/2 años	3
3 años	3
TOTAL	76

Fuente: anexos 2 y 3

A este respecto se encontró que del 77.55 % en quienes hubo entrenamiento, el personal de guarderías y otros familiares fueron los encargados, con mayor frecuencia, del entrenamiento, ya que la mayoría de las madres trabaja, y los padres raras veces intervienen.

Con respecto a la edad promedio de entrenamiento, ocurrió entre 1 1/2 a 2 años de edad, la adecuada para iniciar el entrenamiento, ya

que se dice que si ocurre antes, es presionar al niño porque todavía hay ¹⁴
incapacidad funcional para el control del esfínter.

EDAD CONTROL DE ESFINTER.-

Edad	No. de casos
1 año	3
1 1/2 años	18
2 años	32
2 1/2 años	17
3 años	23
3 1/2 años	3
4 años	2
TOTAL	98

Fuente: anexos 2 y 3.

La gráfica es representativa y señala la edad promedio de 1 1/2 a los 3 años, en que la mayoría adquiere madurez para control de esfínter.

RELACION CON ENCOPRESIS.-

Se ha relacionado la enuresis con algunos casos de encopresis (emisión incontrolada de heces), ya que el control de ambos esfínteres se sucede a la misma edad. ^{4,14.}

En el presente estudio, no hubo ningún caso de los 98, relacionados a encopresis.

EDAD INICIO DEL PROBLEMA.-

	No. de casos
Enuresis primaria	41
Enuresis secundaria	57
TOTAL	98

Fuente: anexos 2 y 3.

Edad inicio	No. de casos
4 años	30
5 años	11
6 años	6
7 años	2
8 años	3
9 años	2
10 años	3
TOTAL	57

Fuente: anexo 2 y 3.

De los 57 casos, habían controlado esfínter por un lapso mayor de 6 meses, de aquí que se clasificaran como casos de enuresis secundaria.

La enuresis primaria, es la que desde recién nacidos, nunca han controlado esfínter o lo han logrado en un lapso menor de 6 meses en el presente estudio correspondió a 41 casos.

En la enuresis secundaria, se encontró fuerte relación con la influencia de alteraciones en el ambiente familiar del niño, consistentes en problemas conyugales, separación de los padres, mal trato de los hijos, alcoholismo y otros.

VALORACION PREVIA.-

	No. de casos	Porcentaje
VALORADOS	17	17.34 %
NO VALORADOS	81	82.66 %
TOTAL	98	100.00 %

Fuente: anexos 2 y 3.

De los casos valorados (17) con anterioridad al estudio, se encontró antecedente de infección de vías urinarias en 9 de ellos y que se les dió tratamiento específico; de los 8 restantes, 5 fueron valorados por médicos generales indicando medida expectativa esperando su remisión espontánea; y los otros 3, fueron valorados por especialistas (psicólogo y psiquiatra), poniendo en tratamiento a 2 de ellos con antidepresivos tricíclicos, pero que abandonaron el tratamiento por sus efectos indeseables (según refirieron sus padres).

De los 9 que tenían antecedentes de infección de vías urinarias, en 4 de ellos se encontró que hasta la fecha presentan bacteriuria asintomática y urocultivos positivos.

UROCULTIVOS.-

	No. de casos	Porcentaje
NEGATIVOS	85	86.73 %
POSITIVOS	13	13.27 %
TOTAL	98	100.00 %

Fuente: anexos 2 y 3.

De los 13 casos con urocultivos positivos, 5 correspondieron al sexo masculino y 8 al femenino.

De los 8 casos femeninos, en 5 se asoció vulvovaginitis.

USO DEL PAÑAL

Tela	22 casos
Desechable	20 casos
Ambos	56 casos
TOTAL	98 casos

EDAD DE SUSPENSIÓN DEL PAÑAL

Edad	No. de casos
2 años	38
2 1/2 años	19
3 años	23
4 años	3
5 años y más	15
TOTAL	98

Fuentes: anexo 2 y 3 .

La edad de suspensión del uso del pañal es importante porque se ha visto que si se prolonga, ocasiona "costumbre" y se favorece la enuresis, sobre todo nocturna; esto fue encontrado en pacientes que usan pañal desechable, así como también se favorece la infección de vías urinarias por contacto con los detritus de la orina por largo tiempo.

CONDUCTA MODIFICADA.-

Control de líquidos por la noche	No. de casos	Por ciento
SI	47	47.95 %
NO	51	52.05 %
TOTAL	98	100.00 %

Orina antes de acostarse (dormir)	No. de casos	Por ciento
SI	91	92.86 %
NO	7	7.14 %
TOTAL	98	100.00 %

Fuente: anexos 2 y 3.

LOCALIZACION DEL BAÑO

	No. de casos	Por ciento
Dentro	66	67.34 %
Fuera	32	32.66 %
TOTAL	98	100.00 %

Fuente: anexos 2 y 3.

Es importante, ya que la flojera de salir o el miedo, pueden estar condicionando que el paciente se orine en la cama.

ASPECTOS PSICOLOGICOS.-

ALTERACION EN LAS RELACIONES FAMILIARES

	No. de casos	Por ciento
SI	62	63.26 %
NO	36	32.66 %
TOTAL	98	100.00 %

Fuente: anexos 2 y 3.

De las alteraciones más frecuentes, en las relaciones familiares se encontraron: (por orden de frecuencia)

- * Problemas conyugales en casa (riñas, malos tratos, falta de comunicación, y otros).
- * Separación de los padres.
- * Falta de afecto y atención de los padres para con los hijos.
- * Alcoholismo.
- * Migración del padre en busca de trabajo.

- * Inestabilidad familiar por problemas económicos.
- * Padre o madre dominante.
- * Madre soltera.
- * Problemas entre hermanos (celos).
- * Cambio de hogar.
- * Drogadicción.

Fuente: Anexos 2 y 3.

ACTITUD DE LOS PADRES ANTE EL PROBLEMA DE ENURESIS.

REGAÑOS	10 casos
ORIENTACION	8 casos
REGAÑOS Y ORIENTACION	52 casos
REGAÑO-ORIENT.DAÑO FISICO	28 casos
TOTAL	98 casos

Fuente: anexo: 3 y 4.

En su desesperación por la resolución del problema, los padres toman actitudes punitivas en contra de sus hijos (enuréticos), con gran repercusión en el área afectiva del paciente agravando en ocasiones la situación.

ACTITUD DE LOS PACIENTES ANTE SU PROBLEMA DE ENURESIS.

Conducta	No. de casos	Porciento
Preocupación	68	69.39 %
Indiferencia	30	30.61 %
TOTAL	98	100.00 %

Fuente: anexos 3 y 4.

Dentro de las preocupaciones de los niños enuréticos están dadas porque la mayoría de ellos están sometidos a represiones, castigos, burlas y rechazo familiar y social.

La indiferencia, que aparentemente muestran los niños, puede estar enmascarando sentimientos de complejidad, culpa o vergüenza.

TRASTORNOS EMOCIONALES DETECTADOS EN EL PACIENTE

Dentro de los trastornos más frecuentemente encontrados se detectaron:

- * Problemas escolares.
- * Angustia (síntoma predominante).
- * Baja autoestima.
- * Inseguridad.
- * Rebeldía, agresividad.
- * Depresión.
- * Foco sociable.
- * Fobias (obscuridad y soledad principalmente).
- * Hiperactividad.
- * Celos.

Fuente: anexos 3 y 4.

RENDIMIENTO ESCOLAR

	No. de casos	Porcentaje
Alto	17	17.35 %
Regular	58	59.18 %
Bajo	23	23.47 %
TOTAL	98	100.00 %

Fuente: anexo 3.

ASPECTO SOCIOECONOMICO.-

Ingreso	No. de casos	Porciento
Alto	10	10.20 %
Medio	79	80.61 %
Bajo	09	09.19 %
TOTAL	98	100.00 %

Fuente: anexo 3

La población derechohabiente, la constituyen en general trabajadores asalariados, por esto, no se pueden transpolar a una generalización estos datos obtenidos- pero sí están reflejando cierta asociación.

CONCLUSIONES

Se encontró una frecuencia del 1.84 %, de la enuresis de la población infantil derechohabiente, en la clínica hospital del ISSSTE-Iguala, Gro. Viéndose más afectadas las edades de los 5 a los 8 años y a medida que la edad avanza, decrece la frecuencia debido a su autolimitación.

Se detectó la frecuencia con la que pasa desapercibido el problema para el médico, ya que la gran mayoría de los pacientes no habían sido valorados; claro que también estuvo presente el desinterés de los padres que por ignorancia o vergüenza no los habían llevado a consulta por ese motivo (enuresis).

Se reconoce a través de este estudio, la importancia de la aplicación de los estudios planteados en el protocolo de manejo del paciente enurético como son: Historia Clínica, Exploración Física y los estudios de laboratorio E.G.O. y Urocultivo, pudiéndose apoyar en otros como B.H. y Q.S. para ampliar la investigación sobre problemas de origen orgánico.

Se detectaron, representaron y analizaron aspectos relevantes, que están condicionando o determinando la etiología de la enuresis.

Una vez detectada la posible etiología multifactorial que impera en cada paciente, será necesario enfocar adecuadamente un manejo basado en los principios terapéuticos que proponen: ir de lo más sencillo a lo más

complicado y con un mínimo de riesgos, dejando el uso de fármacos para los casos que realmente lo ameriten y dando prioridad a la atención del paciente y su familia, para lo cual se recomienda las terapias familiares, que normarán modificación en la conducta de los pacientes en cuanto a entrenamiento y ejercicios vesicales, limitación en la ingesta de líquidos 3 hrs. antes de dormir, ir al baño antes de acostarse, orientación y apoyo familiar (premios y reconocimiento) a los pacientes enuréticos por sus avances en el logro del control urinario; paciencia, y por ningún motivo represión.

Con el apoyo del psicólogo, se pudo estudiar los aspectos psicológicos que influyen en la conducta de estos pacientes, todo ello motivado por la gran preocupación que debe conducirnos al saber (a través de la literatura y los hechos reales), que los pacientes enuréticos con trastornos emocionales y sobre todo sometidos a estrés independientemente de tener rasgos neuróticos- van a tener trastornos de la personalidad que se proyectarán en el medio ambiente que los rodea (familia, trabajo, sociedad), ocasionándole daño mental y social.

Es aquí donde el papel del médico familiar se hace relevante, ya que por estar en el 1er. nivel de atención y de contacto con estos pacientes se convierte en el detector principal y fundamental de la patología enurética; es en él y en la familia, en quienes recae la responsabilidad de evitar complicaciones y daños a la salud.

Otro aspecto que llamó mucho la atención, fue con respecto al uso del pañal desechable, el cual ha sido considerado por las madres de familia

como una "maravilla", ya que además de evitarles el trabajo que implica lavar pañales, le ahorra tiempo para dedicarles a los niños, dejándoles el pañal por horas y favoreciendo así la presencia de infecciones, lesiones dérmicas, y otros por contacto con la orina, y en los niños que se prolonga hasta edades mayores, se condiciona un círculo vicioso con respecto a la enuresis, ya que mientras que lo use se confiará y continuará orinando en forma inconsciente.

Es importante que los padres contribuyan en el entrenamiento esfinteriano del niño a las edades de 1 1/5 a 2 años de edad en promedio; que durante el entrenamiento no usen o tomen medidas represivas (castigo, golpes gritos) o carácter impositivo; sino lo hagan con cariño y dedicación.

En resumen, creo haber cumplido con los objetivos planteados en el presente estudio, y espero que de alguna forma contribuya en la formación e información que debemos tener los médicos familiares para desarrollar habilidades y destrezas en el manejo adecuado del paciente con Enuresis.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

A N E X O S .

CALENDARIO DE ACTIVIDADES:

ENERO-MARZO/94. Captación de pacientes con Dx. de Enuresis, en la consulta externa de medicina general.

ABRIL-SEPTIEMBRE /94:

Continúa captación de casos. Análisis de expediente de cada paciente con Dx. de Enuresis. Historia Clínica. y Exploración Física. Estudios de Laboratorio (E.G.O. Urocultivo) de apoyo B.H. y Q.S. Entrevistas -visita domiciliaria. Sesiones psicológicas (por grupo). Aplicación de cuestionarios.

SEPTIEMBRE-OCTUBRE/94:

Recolección de datos.

NOVIEMBRE/94:

Análisis y elaboración de gráficas, y percentiles: descripción de datos esperados y no esperados. Conclusiones.

DICIEMBRE-ENERO/95:

Término y presentación del trabajo.

HISTORIA CLINICA .

(Estudio de Enuresis)

NOMBRE: _____ EDAD: _____ SEXO: _____

DIRECCION: _____ TELEFONO: _____

AHF.FAMILIARES ENURETICOS: _____

MALFORMACIONES CONGENITAS URINARIAS: _____

RELACION FAMILIAR: B _____ R _____ M _____

ALCOHOLISMO: _____ FARMACODEPENDENCIA: _____

APNP. GESTA _____ CONTROL PRENATAL _____ USO DE MED. _____

PARTO _____ CESAREA _____ MOTIVO _____

APGAR _____ SILVERMAN _____ PESO NAC. _____ TALLA _____

DESARROLLO PSICOMOTRIZ: NORMAL _____ ANORMAL _____

INICIO ENTRENAMIENTO CONTROL DE ESFINTERES: EDAD: _____

TIPO DE ENTRENAMIENTO: _____

APP. I V U _____ EDAD _____

OTRAS _____

P.A. EDAD INICIO DEL PROBLEMA _____

CONTROL ESFINTERES ALGUNA VEZ SI _____ NO _____

TRATAMIENTOS UTILIZADOS _____

E.F.

OBSERVACIONES.

FORMATO RECOPIADOR DE DATOS.- (PARA ESTUDIO DE ENURESIS)

IDENTIFICACION :

Nombre: _____ EDAD _____ SEXO _____

Lugar que ocupa en la familia (No. de gesta) _____

Producto de: Cesárea _____ Parto _____ Peso al nacer _____

Silverman _____ Apgar _____

Complicaciones neonatales: _____

GENERALIDADES:Desarrollo Psicomotor: Edad a la que se sentó sólo _____

Edad a la que caminó _____ Edad a la que empezó a hablar _____

Edad de control de esfínteres: _____

Cómo fue su entrenamiento: _____

Quién estuvo a cargo del entrenamiento: mamá _____ Papá _____ Otro _____

El entrenamiento fue con cariño o forzado: _____

Usó pañal de tela o desechable: _____ calzón de hule _____

A qué edad le quitaron el pañal: _____

Cómo estaba la relación familiar en el momento del entrenamiento: _____

Se le puso (o pone) atención al niño, ante la necesidad de orinar: _____

Edad a la que el niño empezó a orinarse en la cama o en la ropa sin avisar: _____
(inicio de la enuresis).

Actitud de los padres ante este incidente: _____

Actitud del niño: _____

Actitud de los hermanos u otros familiares: _____

También defeca involuntariamente: _____

Antecedentes de Enuresis en la familia: mamá _____ papá _____
parientes maternos _____ parientes paternos _____

hermanos: _____

El niño (a) orina involuntariamente en el día: _____ noche _____

Frecuencia de enuresis por semana y/o por mes _____

En qué momento fue llevado el niño (a) por 1a. vez al médico _____

Estudios que se le han realizado: E.G.O. _____ Urocultivo _____

B.H. _____ Q.S. _____ Rx. (cuáles) _____

Tratamientos recibidos: _____

Tpo. de duración de los trats. y su evolución: _____

Acostumbra disminuir o evitar la ingesta de líquidos por la noche: _____

Si _____ No _____

Toma muchos líquidos en el día: Si _____ No _____

Acostumbra orinar antes de acostarse: Si _____ No _____

Frecuentemente aguanta la micción lo más que pueda: Si _____ No _____

Existen problemas familiares: (rel. interpersonales entre padres, hijos, hermanos) y cuáles _____

Existe farmacodependencia en alguno de los familiares: Si _____ No _____

De qué tipo: _____

Ocupación de la madre: _____ del padre: _____

Horario de trabajo: Madre: _____ del padre: _____

Ingreso económico de la familia: Bajo _____ Medio _____ alto _____

La casa cuenta con: Baño _____ fosa séptica _____ letrina _____

fuera o dentro de la casa: _____

Rendimiento escolar en el niño (a): Alto _____ regular _____ bajo _____

OBSERVACIONES:

Firma del padre o tutor para la autorización de los estudios que requiera el paciente.

CUESTIONARIO PSICOLOGICO APLICADO A LOS PADRES DE NIÑOS EMURETICOS.

NOMBRE DEL PACIENTE _____

EDAD _____ ESCOLARIDAD _____ SEXO _____

NOMBRE DEL PADRE _____ EDAD _____

OCUPACION _____ ESCOLARIDAD _____

NOMBRE DE LA MADRE _____ EDAD _____

OCUPACION _____ ESCOLARIDAD _____

FUE DESEADO O NO _____

LUGAR QUE OCUPA EN LA FAMILIA _____

EL DESARROLLO DEL EMBARAZO FUE _____

EL DESARROLLO DEL PARTO FUE _____

EL NIÑO RECIBIO PECHO HASTA LA EDAD DE _____ Y BIBERON _____

COMO FUE EL DESTETE _____

HABITOS ALIMENTICIOS _____

EL ESTADO CONYUGAL ES _____

QUIEN SE ENCARGA DEL NIÑO _____

CUAL ES LA RUTINA DE DESCANSO EN CASA _____

CUAL ES LA CONVIVENCIA SOCIAL DE LA FAMILIA _____

ENTRENAMIENTO DE ESFINTERES: CUANDO EMPEZO _____

QUIEN SE ENCARGA Y CUAL ES LA ACTITUD AL ENTRENAMIENTO _____

COMO PUEDE DESCRIBIR EN FORMA GENERAL EL TIPO DE EDUCACION QUE EXISTE EN CASA: _____

OBSERVACIONES GENERALES: _____

Elaboró: Lic. Alfredo Glez. S. Aplicado en sesión psicológica.
Psicólogo.

B I B L I O G R A F I A .

- 1.- Abe K; Oda N. "Contributions of Genetic studies to clinical psychiatry". Jpn. J. Psychiatry Neurol Dec 1991 45(4), pgs. 818-23.
- 2.- American Academy of Pediatrics Comitee of Radiology. "Excretary Urology for Evaluations of Enuresis" PEDIATRICS 65 1980 pgs. 49-50.
- 3.- Alfonso Bernal del R. ERRORES EN LA CRIANZA DE LOS NIÑOS. "Se orina en la cama". Méx. D.F. 1989 Edit. El Caballito.
- 4.- Alfred M. Freedman, H Kaplan y B. J. Sadock. COMPENDIO DE PSIQUIATRIA. Barcelona Esp. Salvat Edit. pgs. 208-28, 360, 561.
- 5.- Antonia C. Novello MD, MPH- y Joseph R. Novello M D. "Enuresis" -CLINICAS PEDIATRICAS DE NORTEAMERICA. PRINCIPIOS TERAPEUTICOS EN UROLOGIA PEDIATRICA. pgs. 771-84.
- 6.- David E Young, M.D. and Renee R. Young M.A. "Nocturnal Enuresis: A Review of treatment Approaches". University of Denver Col. AFP/ March 1985 Vol. 31 Number 3 pgs. 141-44.
- 7.- De la Fuente Muñiz Ramón. PSICOLOGIA MEDICA "Enuresis". Fondo de Cultura Económica. 1980 pgs. 258-9.
- 8.- Fergusson, B A Mons, L.J. Horwood, BA, BSc. and F.T.Shannon, "Factors Related to the Age of attainment of Nocturnal Blader Control: An 8 Year Longitudinal Study" PEDIATRICS Vol. 78 No. 5 Nov. 1986 pgs. 884-90.
- 9.- F.H. Stone PSIQUIATRIA PARA EL PEDIATRA "Enuresis Nocturna". Méx. D.F. La prensa Médica Mexicana 1962 pgs. 110-13.
- 10.- Foxman, B., Valdez, R.B. and Brook, R.H. "Chilhood enuresis" prevalence, perceived impact, and prescribed treatment". PEDIATRICS Vol. 77 No. 4 Apr. 1986 pgs. 871-76.
- 11.- Friman, P.C. "A preventive context for enuresis" PEDIATRICS CLIN NORTH AMERICAN 33 (4), Aug, 1986 pgs. 871-87.
- 12.- Gordon A. Mc Lorie, MD. y D.A. Husmann, M.D. "Incontinencia y Enuresis". Clínicas Pediátricas de Norteamérica, Vol. 5, 1987 pgs. 374-84.
- 13.- Henry EY-P. Bernard. CH. Brisset. TRATADO DE PSIQUIATRIA. Barcelona Esp. Edit. Toray-Masson S.A. Cap. II "Las neurosis" pgs. 374-84.
- 14.- Humberto Néjera P. EDUCACION Y DESARROLLO EMOCIONAL EN EL NIÑO. "Entrenamiento esfinteriano" Méx. D.F. La prenda Médica, Méx. 1989.

- 15.- Izard E; Stradioni P. "Family counseling in pediatrics". Ann Osp. Maria Victoria Torino. Jul-Dec. 1991 32 (7-12) pgs. 156-60.
- 16.- Martínez Agulló Eduardo. "Aproximación a la incontinencia urinaria". INDAS, S.A. Dpto. científico SPA. 1990.
- 17.- Miguel R. Kumawa-Ichikawa Leopoldo Sánchez Cantú. "Capacidad vesical funcional en pacientes enuréticos". Bol. Med. Hosp. Inf. de Méx. Vol. 49 (6) Jun/92 pgs. 391-95.
- 18.- Narag R.L.; Jain B.K.; Gupta R; "Spectrum of psychiatric symptomatology in children in high and low socioeconomic groups in Ludhiana". Departmente of Psychiatry, Dayanaud Medical College and Hospital, Ludhiana. Indian Pediatr Dic/91 28 (12) pgs. 1489-96.
- 19.- Perlmutter, Alan D. "Enuresis" Clinical Pediatric Urology. Philadelphia W.B. Saunders; 1976 Vol. I cap. 8 pgs. 166-81.
- 20.- "Piromanie und enuresis". Multifaktorielle Ursachen erfordern mehrdimensionale Behandlungskonzepte. Germ. Monatsschr Kinderheilkd May 1992 140 (5) pgs. 277-80. Traducid Juornal Article.
- 21.- Sánchez Chapado; Sánchez Sandoval; "Enuresis I, Estudio Sociológico del fenómeno enurético". Actas Urológicas Esp. 7 (2) 1983 pgs. 117-22.
- 22.- Santiago; Crider; Goethals; Kavanaugh y Solomón. PSICOLOGIA. "Desarrollo Social en la niñez". Scott Foresman and Company Glenview Il. USA. pgs. 324-26 1989.
- 23.- Stella M. Couchlls, M.A, Suzane Bennett Jonhson, Randy Carter, PhD, and Dixon Walker, M D. "Behavioral and enviromental characteristic of treated and untreated enuretic children and matched nonenuretic controls". The Journal of Pediatric Vol. 99 (5) Nov 1981 pgs. 812-16.
- 24.- Steven P. Shelov, MD, Gundy; M D, Jeffrey C. Ambulatory Pediatrics Association Callaborative Research. "Enuresis: A contrast of attitudes of parents and physicians". PEDIATRICS VOL. 67 (5) May 1981.