



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

**FACULTAD DE MEDICINA DEPTO. DE PSICOLOGIA
MEDICA, PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE PSIQUIATRIA "MORELOS"**

**TRATAMIENTO DE LA ENURESIS NOCTURNA CON
DESMOPRESINA**

T E S I S

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:

PSIQUIATRIA

PRESENTA:

DRA. LOURDES BERENICE GRAJEDA GONZÁLEZ

ASESORES:

**DRA. CLAUDIA FOUILLOUX MORALES
ASESOR METODOLÓGICO**

**DR. WAZCAR VERDUZCO FRAGOSO
ASESOR TEÓRICO**

**CURSO DE ESPECIALIZACION EN PSIQUIATRIA
DEPTO. DE PSICOLOGIA MEDICA,
PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.**

No. 00.

MEXICO, D.F.

Alejandro Díaz
DR. ALEJANDRO DIAZ

FEBRERO 2004



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 esta 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.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA,
PSICOLOGÍA MÉDICA E HIGIENE MENTAL**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**TRATAMIENTO DE LA ENURESIS NOCTURNA CON
DESPOPRESINA (DDVP)**

TUTOR METODOLÓGICO



DRA. CLAUDIA FOUILLOUX MORALES

TUTOR TEÓRICO



DR. WAZCAR VERDUZCO FRAGOSO



PRESENTA

DRA. LOURDES BERENICE GRAJEDA GONZÁLEZ



ÍNDICE

Antecedentes _____	1
Planteamiento del Problema _____	6
Hipótesis _____	7
Objetivo _____	8
Justificación _____	9
Material y Métodos _____	10
Procedimiento _____	11
Resultados _____	13
Gráfica distribución por edad _____	16
Gráfica distribución por sexo _____	17
Gráfica frecuencia de micciones sin tratamiento _____	18
Gráfica frecuencia de micciones con tratamiento _____	19
Gráfica respuesta al tratamiento _____	20
Conclusiones _____	21
Anexo 1 _____	23
Anexo 2 _____	24
Bibliografía _____	25

IDENTIFICACIÓN DEL PROTOCOLO

TÍTULO

**TRATAMIENTO DE LA ENURESIS NOCTURNA CON
DESPOPRESINA (DDVP)**

SEDE

**CONSULTA EXTERNA SERVICIO DE HIGIENE MENTAL
CENTRO MÉDICO NACIONAL "LA RAZA"**

AGRADECIMIENTOS

A Dios:

Por darme una nueva oportunidad en esta vida

A mi Esposo:

Gracias mi amor por estar a mi lado, por apoyarme y estar siempre presente cuando he sentido que iba a claudicar, gracias por tu amor incondicional que ha sido la fuerza que me sigue impulsando, por tu paciencia y entrega en este proyecto que es nuestro y espero que sea el inicio de muchos más.

A mis padres

Que siempre me han apoyado en todo

A mis hermanos Vianey, José Luis, Oliver y Arturo:

Por su amor y solidaridad, porque pese a la distancia nunca nos hemos separado.

A Hiram y Amauri:

Que siempre le dan alegría a todo lo que les rodea

A mi abue Elvirita:

Siempre presente con su trato amoroso, por la paciencia y apoyo incondicional has sido muy importante en todos mis proyectos.

A mis primas y amigas:

Faby , Mary, Vicky, Liz, Sol, Laura y Yola, ya que nuestra amistad perdurará por arriba de la palabra siempre.

A mis Maestros:

Dr. Mendoza, Dr. Pérez, Dra. Ayala, Dr. Ruiz, Dr. López Elizalde y Dr. Padilla por su paciencia y bondad al compartir tiempo y experiencia conmigo.

A mis Tutores:

Dra. Claudia Fouilloux y Dr. Wazcar Verduzco Fregoso.

En especial a :

Dr. Alejandro Díaz Martínez, Dra. Fouilloux y Dra. Silvia Ortiz, por su inapreciable comprensión y apoyo en este proyecto de vida siempre se los agradeceré.

A todas las Instituciones educativas a las cuales no tendré con que agradecer mi formación

A todas aquellas personas:

Que sembraron en mí el deseo de superarme y vivir intensamente.

Por siempre agradecida:

Berenice.

ANTECEDENTES

MARCO TEÓRICO

Ajuriaguerra define a la enuresis como la falta de control en la emisión de orina diurna o nocturna, aparentemente involuntaria, persistiendo o apareciendo cuando pasa la edad que se adquiere la maduración fisiológica (tres años). Se considera enuresis cuando se dan dos o más incidentes durante el mes después de los 5 años (1, 3).

Se describen 5 tipos:

- a) La enuresis primaria no complicada, son aquellos niños que al dejar los pañales continúan orinándose durante la noche, nunca permanecieron secos por periodos mayores de seis meses. El único síntoma es el escape de orina durante la noche, no hay antecedentes de infecciones urinarias, incontinencia diurna, urgencia miccional ni otros síntomas de inestabilidad vesical esta es la más común.
- b) Enuresis primaria complicada, se asocia con otros síntomas, infecciones urinarias, inestabilidad vesical, incontinencia de orina.
- c) Enuresis secundaria no complicada, muchos niños, luego de transcurridos seis meses o más de un correcto control esfinteriano, comienzan con enuresis, una vez descartado patologías asociadas, su inicio coincide generalmente con situaciones límites de la vida.
- d) Enuresis secundaria complicada, se asocia con otros síntomas y signos importantes, luchan constantemente con el vergonzoso tormento que significa el despertar por la mañana todo mojado y con el desconcierto de no poder modificarlo voluntariamente.
- e) Enuresis diurna (7)

La enuresis es un problema pediátrico muy frecuente, su incidencia se encuentra en un 25 al 33% en niños de 4 años de edad, el 15% en niños de 5-6 años de edad, del 5 al 7% en niños de 7 años de edad y el 1% en mayores de 15 años (5, 9, 11)

También existe la evidencia que del 2 al 3% de la población adulta todavía tiene este problema (2, 4, 6).

Se tiene evidencia física del problema desde el año 1550 a.C. Descrito en el papiro de Ebers, desde entonces hasta la actualidad se han empleado múltiples técnicas de tratamiento. Desde entonces con cada concepto etiológico propuesto se han descrito su particular régimen terapéutico (9, 10, 12).

Por mucho tiempo se pensó que los problemas emocionales eran la causa de la enuresis, hoy en día no hay evidencia médica que confirme esta teoría, en realidad la mayoría de los problemas emocionales de estos niños son la consecuencia y no la causa de la cama mojada y desaparecen una vez superado el problema (11).

El sueño nocturno incorrecto puede ser una causa de enuresis primaria, el niño o adulto que tienen este problema están durmiendo incorrectamente, la investigación muestra que hay relación entre la enuresis y los desórdenes del sueño, lo que puede agregar síntomas como cansancio o que micro-duerma, ya que el niño no está consiguiendo la calidad de sueño que necesita, manifestándose en hipercinencia y falta de concentración (14).

La enuresis primaria, puede causar disminución de la autoestima y sentimientos de culpa y vergüenza, y esto puede traducirse en conductas anormales en la casa, el colegio, en las relaciones con sus amigos y compañeros (13).

Muchos niños saben que esto no es normal y temen ser descubiertos (14).

Según estudios recientes los enuréticos suelen tener más problemas de conducta y de adaptación que los no enuréticos, estos problemas mejoran significativamente una vez superado el discomfort físico y el desconcierto que provoca la cama mojada. (13).

Investigaciones modernas han demostrado que los niños enuréticos, producen durante la noche mayor cantidad de orina de la que es capaz de contener la vejiga urinaria.

Muchos padres fueron enuréticos durante su infancia se presenta en el 75% de los casos si ambos padres fueron enuréticos, en el 40% si un solo padre es el afectado, la enuresis nocturna es más frecuente en niños que en niñas relación 3:1 (15).

El control de esfínteres depende de un sistema anatomofisiológico, sistema que luego de un periodo de maduración podrá funcionar y que dependerá también de las normas culturales y del condicionamiento impuesto por la sociedad. El control esfinteriano y el contexto social no pueden ser separados. La edad en que se logra el control urinario depende del grado de participación de los padres en el aprendizaje, antes de llegar al éxito el niño pasa por periodos de indecisión tras lo cual organiza su control pasando por periodos de regresión transitoria, el control de esfínteres tiene lugar a partir de cierto grado de maduración del sistema nervioso sobre la base de un aprendizaje en la relación afectiva del niño y su ambiente (13).

Se clasificaron primeramente a estos regímenes de tratamiento en dos grupos: siendo en ambos el paciente un participante activo en la terapéutica, se incluyen en el primero manejo quirúrgico, tratamiento con medicamentos y el manejo con aparato condicionador. En el segundo grupo, la técnica psiquiátrica de “Reforzamiento positivo de la personalidad del paciente y responsabilidad” es lo más representativo.

Hay diferentes opciones de tratamiento para tratar la enuresis, tomando en cuenta que estos tratamientos tienen una proporción de éxito variada y que uno sea más eficaz que otro depende del paciente y la situación aunado a que la respuesta al mismo pueda ser lenta(14).

En la actualidad la mayoría de los autores están de acuerdo en que aun no hay tratamiento que se considere de total utilidad en la generalidad de los casos, y algunos recomiendan como primer abordaje la psicoterapia familiar, individual o ambas, así como las técnicas de “Reforzamiento positivo de la responsabilidad del paciente” y dejando para

los pacientes que no responden a ellos, el manejo farmacológico, con aparato condicionador, hipnosis y otras técnicas (5).

Establecido un plan terapéutico la enuresis puede no remitir inmediatamente, es más, la duración del tratamiento en algunos casos se extiende durante un año, las recaídas suelen ocurrir en plena época de mejoría (10, 11).

Dentro de los medicamentos utilizados hasta la fecha mencionan a las anfetaminas, meprobamato, gonadotropinas, anticolinérgicos, sin referirse en ninguno de ellos resultados significativamente satisfactorios (12).

Se ha descrito el empleo de antidepresivos tricíclicos con resultados satisfactorios, sin embargo se han encontrado efectos secundarios que limitan su uso.

La hormona antidiurética se encarga de regular la producción de orina por parte de los riñones, en los niños enuréticos no existe como en los no enuréticos un aumento de la secreción nocturna de hormona antidiurética para disminuir la cantidad de orina filtrada por los riñones, la vejiga se ve superada en su capacidad y se produce una micción involuntaria e inconsciente (12).

Se han publicado la efectividad de un derivado sintético de la vasopresina. Dicho derivado es el resultado de la modificación de la molécula de la hormona antidiurética o vasopresina, reemplazando el grupo amilo libre en la hemicisteína en la posición 1 por un hidrógeno; así mismo sustituyendo la arginina en su configuración natural "L" en la posición 8, por la configuración "D", lo que condiciona un aumento de la propiedad antidiurética y la disminución sustancial del efecto presor de la hormona natural. Dicho derivado se conoce en la literatura como desmopresina (DDAVP) o L-desmino-8-D-arginina vasopresina, medicamento que ha sido utilizado ampliamente en el manejo de la diabetes insípida (8, 9).

Los efectos farmacológicos son similares a los de la vasopresina, su acción antidiurética se lleva a cabo por aumento de la

reabsorción de agua libre en el conducto colector renal, reduciendo la producción de orina nocturna, sólo que varía la vía de administración por sus compuestos específicos, y así mismo el tiempo de acción es más rápido y su efecto más prolongado. Dentro de sus efectos indeseables destaca la cefalea, elevación de la tensión arterial e intoxicación hídrica, pero sólo con dosis por arriba de 40 mg por día. Por lo que se explica el porque no se encontró en la literatura revisada efectos colaterales usando dosis recomendadas que van de 10 a 40 mg por día (8, 9).

Ha habido varios investigadores los cuales han utilizado la desmopresina como tratamiento para la enuresis con resultados satisfactorios, relacionando su efectividad con su acción antidiurética, proponiendo dosis que varían de 10 a 40 miligramos por día.

Éstos han sido tomados de estudios previos sobre la acción de la vasopresina y sus derivados postulando que el efecto benéfico no es sólo de su efecto antidiurético, sino que también influyen sobre los procesos de fijación de la memoria, en mejorar la capacidad de atención y la concentración de los pacientes, con lo que mejora el nivel cognoscitivo y la autoestima (2, 3).

La opinión casi general de los autores que han trabajado con DDAVP en enuresis es, que el efecto benéfico es sólo observado en forma temporal mientras se administra el medicamento, por lo que la mayoría lo recomienda para periodos cortos en los cuales exista la necesidad de obtener el control vesical.

Se sugiere continuar con placebo posterior a la suspensión de la medicación, con lo que se obtiene mejores resultados a largo plazo que suspendiendo bruscamente la medicación con DDAVP, hecho que está en relación con la disminución de estrés durante los periodos en que se recibe el tratamiento, lo cual prepara a los pacientes a enfrentarse al problema ya sin apoyo del medicamento pero sí con mayor confianza en sí mismos.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Existe la necesidad de encontrar otras modalidades de tratamiento más efectivas que con las que en la actualidad se cuenta para uso en la práctica diaria en pediatría; esto en función de la elevada frecuencia con la que nos enfrentamos a paciente enuréticos y que no responden a las formas tradicionales de tratamiento: sin éxito en la psicoterapia individual o familiar, la mayoría tampoco tiene acceso a los aparatos de alarma de humedad por su alto costo, y particularmente con el uso de los derivados tricíclicos se registran abundantes efectos colaterales siendo su aplicación y efectividad relativas. Por lo que es necesario ofrecer otro tipo de terapéutica a estos pacientes.

¿Es la desmopresina una alternativa eficaz para el tratamiento de la enuresis nocturna en pacientes pediátricos?

HIPÓTESIS

La desmopresina (DDAVP) es de utilidad en el tratamiento de la enuresis nocturna de pacientes pediátricos.

OBJETIVO

Demostrar la eficacia de la desmopresina en el tratamiento de la enuresis nocturna en el paciente pediátrico en nuestro medio, al cual se le han descartado patología orgánica.

JUSTIFICACIÓN

En la actualidad, el campo de la psiquiatría requiere de un conocimiento más profundo e integral para atender las necesidades prioritarias de su población, por lo que se requiere de un conocimiento completo y actualizado de las diversas variables que condicionan los estados patológicos, y de las características de grupos en específico.

Por lo que es necesario investigar y desarrollar nuevas alternativas de tratamiento, para los pacientes que presentan enuresis ya que ésta patología tiene un importante impacto personal, familiar, escolar y social.

MATERIAL Y MÉTODOS

DISEÑO DEL ESTUDIO:

Experimental

UNIVERSO DE TRABAJO

La muestra se tomará de la población que acude a la consulta externa del servicio de Higiene Mental del Hospital General del Centro Médico La Raza, cuyo diagnóstico consista en enuresis nocturna ya sea primaria o secundaria.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- A) Todos los niños (as) entre 6 y 12 años de edad con diagnóstico de enuresis
- B) Que se descarte patología renal o neurológica.
- C) Que los padres o tutores acepten que participen en el estudio

CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN

- A) Pacientes con enuresis fuera del grupo de edad mencionada.
- B) Pacientes con enuresis portadores de otra patología orgánica variable, por ejemplo enfermedades del tracto respiratorio superior, cardiopatías, etc.
- C) Que los padres o tutores no acepten la participación en el estudio

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- A) Pacientes que durante el tiempo de estudio requieran con prioridad de tratamiento médico o quirúrgico por cualquier causa.

PROCEDIMIENTO

Toda la selección de la muestra se realizará a través del método de casos consecutivos, una vez que se cumplan los criterios de inclusión.

A los pacientes se les asignará un número progresivo de acuerdo al orden en que sean aceptados, de tal forma que se dividan en 2 grupos, siendo para cada uno de ellos un orden específico de tratamiento grupo experimental y grupo control el cual sólo se administrará placebo. La iniciación de la captación se dará en números aleatorios.

Se descartará mediante un protocolo conjunto la posibilidad de patología renal elaborándose historia clínica completa y exámenes de rutina dirigida de laboratorio, por ejemplo: EGO, PFR, urea y creatinina, urocultivo y en casos de sospecha una urografía excretora.

Antes de iniciar el estudio los pacientes serán observados durante 15 previos al estudio a través de un calendario para conocer el patrón de enuresis (anexo 2).

La duración del tratamiento será de 15 días, y se monitorizará la frecuencia de la enuresis con el mismo calendario (anexo 2) para que nos sirva de comparación para los resultados.

La DDAVP se utilizará dosis de 10 mg diarios, antes de acostarse, por vía oral y con un periodo previo de privación de ingesta de agua de 2 hrs. y vaciar la vejiga antes de irse a dormir.

El grupo control recibirá placebo, cuya característica será en un empaque similar al grupo experimental, siendo también su administración por vía oral; siguiendo con las misma indicación que el grupo experimental de supresión de líquidos por dos horas y vaciar la vejiga antes de acostarse.

Se proporcionará al padre o tutor una forma de recolección de datos previo adiestramiento de su manejo

Con la información recabada se hará un el análisis estadístico utilizando la Chi cuadrada.

RESULTADOS

En cuanto a la población de estudio se obtuvo una muestra de 30 pacientes de casos consecutivos que cumplían los criterios de inclusión para la investigación.

Esta población estaba integrada por niños de 6 a 12 años de edad que contaron con el diagnóstico de enuresis, de los cuales el 23.33% (7 pacientes) correspondieron al sexo femenino y el 76.66% (23 pacientes) del sexo masculino.

El promedio de edad de la muestra fue de 9.56 años con una media de edad de 9.

En el 52% de la población tuvieron el diagnóstico de enuresis primaria mientras que el 48% tuvo el diagnóstico de enuresis secundaria.

La muestra se dividió en dos grupos: un grupo experimental compuesto por 15 pacientes a los cuales se les administró desmopresina y un grupo control al que se le administró placebo.

Una vez ingresados los pacientes al protocolo de estudio se les pidió que llevaran un registro diario de la presencia de micciones de los cuales obtuvimos los siguientes resultados:

- a) Se registraron un total de 178 micciones en un periodo de dos semanas teniendo un promedio total de 5.93 micciones por niño
- b) El total de las micciones que se presentaron en el grupo experimental fue de 90 a lo largo de las dos primeras semanas del estudio con un promedio de 6 micciones por niño.
- c) El grupo control tuvo un total de 88 micciones en 14 días con un promedio de 5.86 micciones por niño.

Estos resultados se muestran en la gráfica Frecuencia de Micciones Sin Tratamiento.

Posterior a estas dos semanas se inició la administración de la desmopresina o placebo, continuando con el registro diario de la presencia del síntoma, obteniendo los siguientes resultados:

- a) Durante estas dos semanas de experimentación el síntoma se presentó en un total de 110 veces con un promedio de presentación por niño de 3.66 micciones.

- b) El total de veces que se presentó el síntoma por niño del grupo control fue de 64 veces durante dos semanas con un promedio de 4.2 micciones por niño.

- c) En el grupo experimental el número de micciones que se presentaron fue de 46 teniendo un promedio de presentación de 3.06 micciones por niño.

Para hacer la comparación de proporciones poblacionales se midieron estas variables categóricas en escala nominal, se utilizó la prueba de X² para estimar las diferencias entre valores.

Esta comparación se realizó entre cuatro grupos:

- a) Población de pacientes con una evolución favorable que recibió el placebo (P01).

- b) La población de pacientes con evolución desfavorable que recibió el placebo (P11).

- c) Población de pacientes con evolución favorable que recibió el tratamiento con desmopresina (D02).
- d) La población de pacientes con evolución desfavorable que recibió el tratamiento con DDVP (D12).

La variable operacional se define como una buena respuesta al tratamiento cuando el paciente presentó 4 ó menos micciones durante las dos semanas de tratamiento.

La hipótesis de nulidad establecerá que la proporción de enfermos con evolución favorable o desfavorable es similar con ambos tratamientos; es decir:

$$P01=D02 \text{ y } P11= D12$$

Las frecuencias observadas fueron las siguientes:

$$\begin{aligned} P01=8 & \quad D02 =10 \\ P11= 7 & \quad D12= 5 \end{aligned}$$

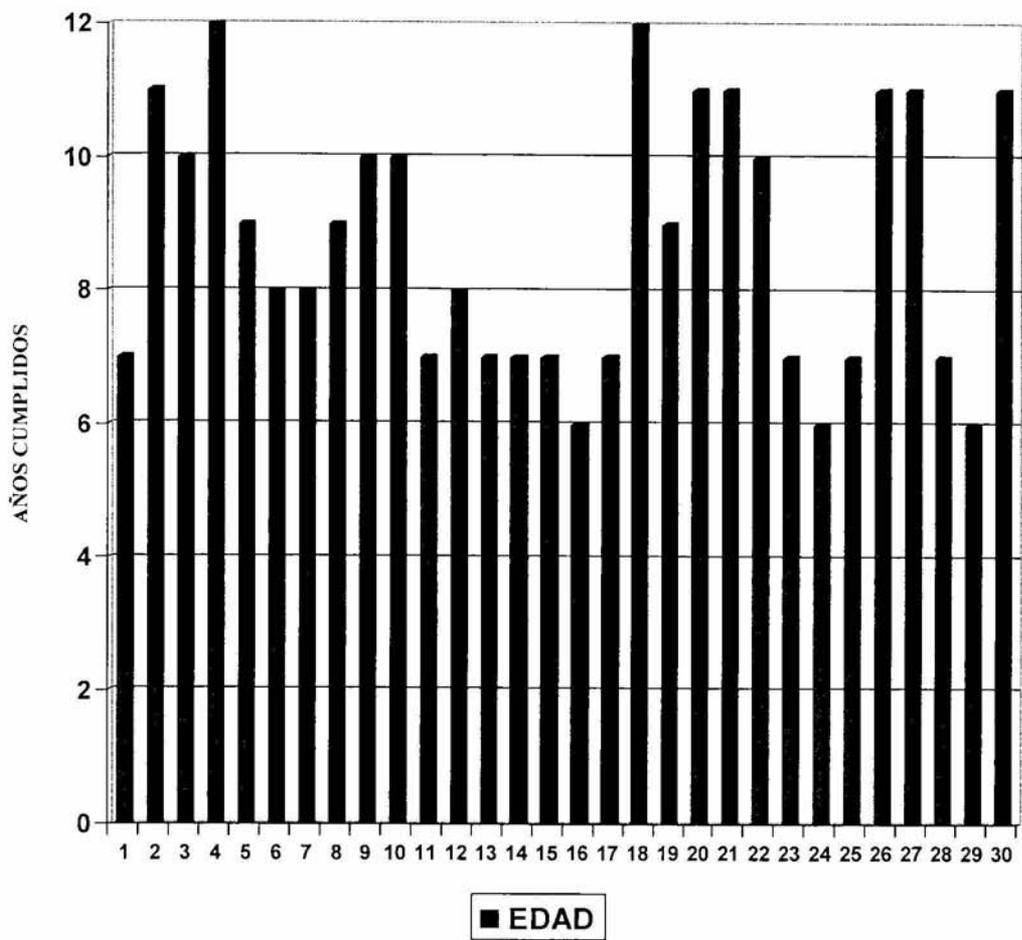
HILERAS	PLACEBO	DDPV	TOTAL DE LAS HILERAS
EVOLUCIÓN FAVORABLE	8	10	18
EVOLUCIÓN DESFAVORAB.	7	5	12
TOTAL DE LAS COLUMNAS	15	15	30

Estos valores se comparan con los valores esperados, si la proporción de pacientes que evolucionaron favorablemente o desfavorablemente es la misma para los dos tratamientos, por lo que se utiliza la X2.

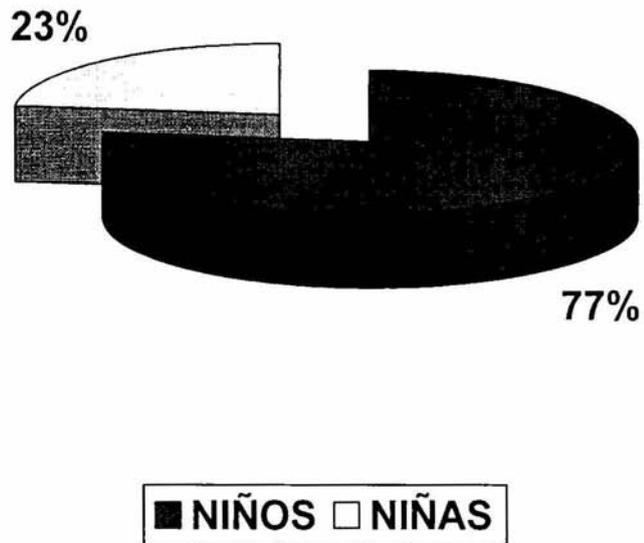
En el análisis estadístico el valor de $X^2= 0.554$, teniendo un grado de libertad.

Por lo tanto, el valor de X2 es muchísimo menor con una probabilidad de 0.1%, con base a estos resultados no se rechaza la hipótesis de nulidad que establece que los valores observados y esperados son iguales y se acepta que el tratamiento con DDVP no da mejores resultados que los manejados con placebo

DISTRIBUCIÓN POR EDAD

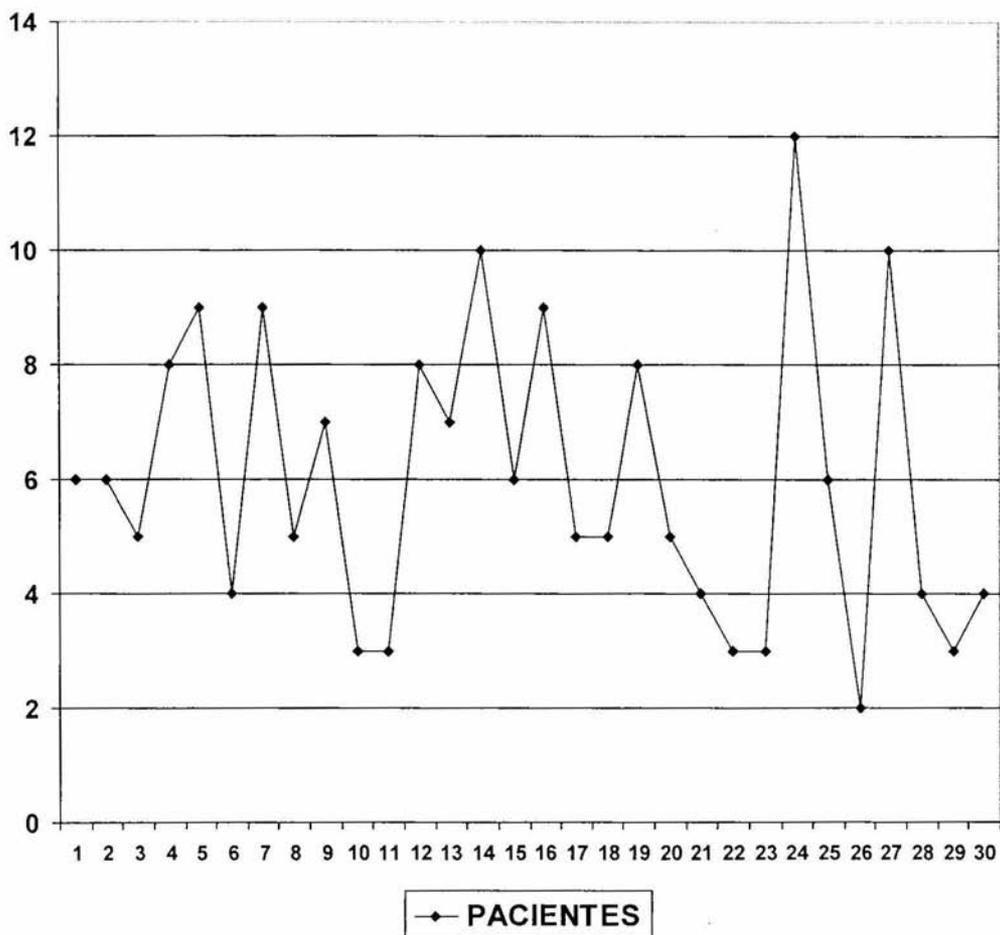


DISTRIBUCIÓN POR SEXO

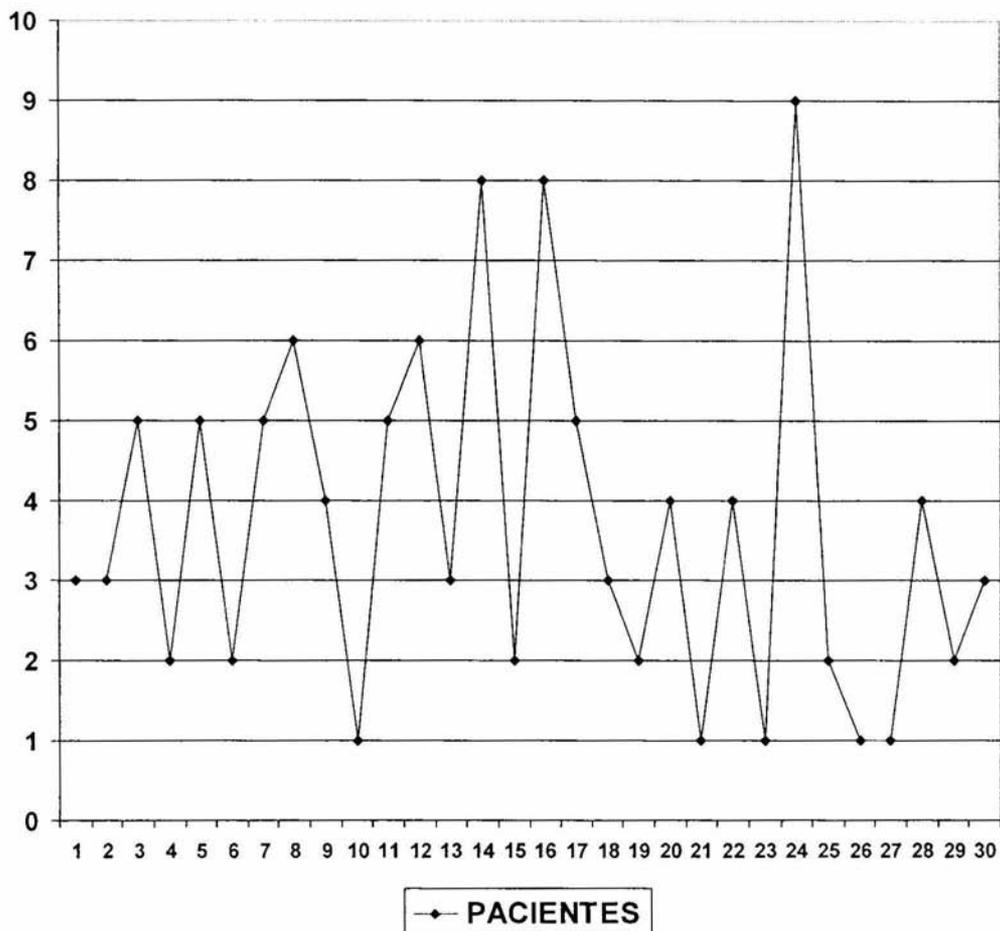


FUENTE: PACIENTES CON ENURESIS DE LA CONSULTA EXTERNA

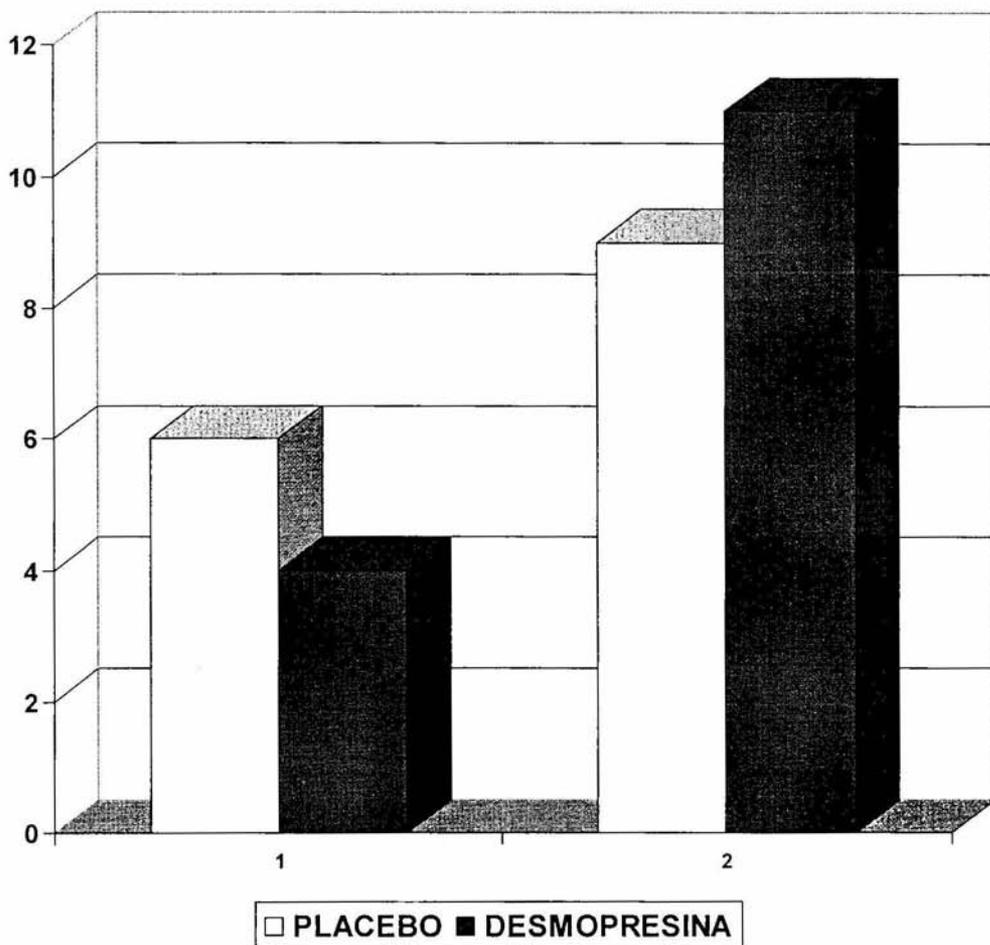
FRECUENCIA DE MICCIONES SIN TRATAMIENTO



FRECUENCIA DE MICCIONES CON TRATAMIENTO



RESPUESTA AL TRATAMIENTO



FUENTE: PACIENTES CON ENURESIS DE LA CONSULTA EXTERNA

CONCLUSIONES

En el presente estudio, la muestra se obtuvo de 30 pacientes de casos consecutivos que acudieron a la consulta externa del servicio de Higiene Mental del HG CMN, los cuales fueron remitidos con diagnóstico de enuresis nocturna y a los cuales se les excluyó patología adyacente, los cuales cumplían con los criterios de inclusión, en un periodo de tiempo de junio a septiembre del 2001.

Teniendo predominancia el sexo masculino en una proporción de 3:1, lo cual corresponde con la bibliografía referente a que la enuresis se presenta con mayor frecuencia en el sexo masculino que en femenino.

La distribución por edad tuvo una preponderancia de los 9 años de edad.

La enuresis nocturna es un trastorno crónico de elevada prevalencia, siendo un problema clínico para el médico, al que se une la tensión emocional del pequeño paciente y de sus padres que puede desembocar en graves trastornos psicológicos que precisan cuidados especiales, que la mayoría de los casos un examen minucioso del paciente no revela patología orgánica a la cual se pueda atribuir la enuresis. La causa orgánica que se encuentra con mayor frecuencia es la infección urinaria. La patología funcional no es muy frecuente entre los pacientes enuréticos.

La desmopresina tiene acciones fisiológicas similares a la vasopresina, siendo su potente acción antidiurética el tratamiento de elección en la diabetes insípida, pudiendo ser de utilidad en el tratamiento de la enuresis nocturna.

La demostración de las cualidades terapéuticas de un fármaco exige la realización de ensayos clínicos comparativos y controlados que garanticen las condiciones experimentales y el rigor de los resultados.

En el presente estudio los resultados obtenidos no demostraron que la DDVP arrojara mejores resultados que con el uso de placebo, por lo que es importante no conformarse con una sola alternativa de tratamiento, por el contrario es importante intentar otras alternativas para el manejo de la enuresis, para obtener mejores resultados a corto y mediano plazo cuya meta sea una rehabilitación integral para los pacientes que presentan esta patología.

Si bien para algunos pacientes el resultado fue favorable no se debe considerar a la desmopresina como una alternativa de tratamiento de primera elección en el manejo de la enuresis, hay que darle oportunidad a otros manejos no invasivos en donde se involucre la participación activa y entusiasta de los padres o tutores, así como reforzar la autoestima del menor con un estímulo positivo para él, proporcionando la más completa y eficiente información tanto al paciente como a sus padres ya que el componente afectivo es determinante para la rehabilitación de este tipo de pacientes.

ANEXO 1

PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

Tratamiento de la enuresis nocturna con Desmopresina (DDAVP)

Enterado del protocolo de investigación en base a la información que me fue proporcionada por los médicos del servicio. Doy la autorización para que mi hijo

(a) _____
_____ sea integrado (a) a dicho protocolo de investigación, consciente de que se encuentra en una investigación terapéutica, así como la remisión o no del síntoma. Y estoy de acuerdo en el cumplimiento de las indicaciones que se me den.

Nombre y firma del padre o tutor.

Testigo: Nombre y firma

Testigo: Nombre y firma

México

D.F.

a;

REGISTRO DIARIO PROTOCOLO DE INVESTIGACION

Fecha de Inicio: _____ Edad: _____ Sexo: _____ No. de control: _____

Fecha de Termino: _____

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo

- Indicaciones previa administración del medicamento
- a) Suspender la ingesta de líquidos horas antes de la administración del medicamento
 - b) Vaciar la vejiga antes de acostarse
 - c) No administrar ningún otro medicamento, sin previo conocimiento del médico responsable

BIBLIOGRAFÍA

1. Cobo C., Ramos P. Enuresis una cuestión abierta. *Esp Pediatr* 1990; 46: 355-67.
2. Migueles C et al. Enuresis en urodinámica clínica. Madrid: Jarpyo 1995 369.
3. Romero J, et al. Enuresis en el adulto. *Urol Integr Invest* 1996; 1: 125-132.
4. Gutiérrez C, et al. Actitud familiar ante la enuresis. *Urol Integr Invest* 1996; 1: 16-21.
5. Luna Mj, Toro J. Trastornos psicopatológicos asociados a la enuresis. *Urol Integr Invest* 1996; 1: 53-56
6. Rittig S, et. al. Abnormal diurnal rhythm of plasma vasopressin and urinary output in patients with enuresis. *Am J Physiol* 1989; 25: 664-671.
7. Vurgun N, et. Al. Renal functions of enuretic children: hypermetric and kaliuresis as causes of nocturnal enuresis. *Eur Urol* 1997; 32: 84.
8. Monda JM, Husman DA. Primary nocturnal enuresis: a comparison an observatium, imipramine, desmopressin acetate and bedwetting alarm systems. *J Urol* 1995; 154: 745-50.
9. Rushton HG. Older pharmacology therapy for nocturnal enuresis. *Clinical Pediatr* 1993: 10.
10. Terho P. Desmopressin in nocturnal enuresis. *J Urol* 199; 145: 818-20.
11. Garat- Barrero JM, Caffaratti S. Diagnóstico y tratamiento farmacológico de la enuresis funcional y monosintomática. *Urol Inter. Invest* 1996; 1: 113-18

- 12.Uygur MC. Long term treatment of nocturnal enuresis with desmopressin intranasal spray. *Clin Pediatr Phila.* 1997; 36:455-59.
- 13.Lackgren G. Diurnal plasma vasopressin and urinary output monosymptomatic nocturnal enuresis. *Acta Pediatr* 1998; 86: 385-90.
- 14.Eller D. Spot urine osmolality, age and bladder capacity responded to desmopressin in nocturnal enuresis. *Scand J Urol Nephro.* 1997; 183: 41-5
- 15.Dittman R, Wolter S. Primary nocturnal enuresis and desmopressin treatment: do psychosocial factors affect outcome? *Eur Child Adoles Psychiatry* 1997; 5:101-9