



**HOSPITAL DEL NIÑO
“DR. RODOLFO NIETO PADRÓN”
INSTITUCIÓN DE ASISTENCIA, ENSEÑANZA
E INVESTIGACIÓN
SECRETARÍA DE SALUD EN EL ESTADO
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**TESIS DE POSGRADO
PARA OBTENER EL TÍTULO DE:**

**MÉDICO ESPECIALISTA
EN
PEDIATRÍA MÉDICA**

TÍTULO:

**ETIOLOGÍA Y MANIFESTACIONES CLÍNICAS
ASOCIADAS A ENCOPRESIS EN
PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL
DEL NIÑO “DR. RODOLFO NIETO PADRÓN.**

ALUMNO: DR IVÁN CRUZ MORALES

**ASESOR: DR. ARTURO MONTALVO MARÍN
DRA LEOVA PACHECO GIL**





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.

**HOSPITAL DEL NIÑO
“DR. RODOLFO NIETO PADRÓN”
INSTITUCIÓN DE ASISTENCIA, ENSEÑANZA
E INVESTIGACIÓN
SECRETARÍA DE SALUD EN EL ESTADO
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**



**TESIS DE POSGRADO
PARA OBTENER EL TÍTULO DE:**

**MÉDICO ESPECIALISTA
EN
PEDIATRÍA MÉDICA**

TÍTULO:

**ETIOLOGÍA Y MANIFESTACIONES CLÍNICAS
ASOCIADAS A ENCOPRESIS EN
PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL
DEL NIÑO “DR. RODOLFO NIETO PADRÓN.**

ALUMNO: DR IVÁN CRUZ MORALES

**ASESOR: DR ARTURO MONTALVO MARÍN
DRA LEOVA PACHECO GIL**

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.
NOMBRE: DR. IVAN CRUZ MORALES
FECHA: SEPTIEMBRE DE 2008

Villahermosa, Tabasco. Agosto de 2008

DEDICATORIA:

A mi madre y mis hijos Melissa Sthepanie y Carlos Iván.

AGRADECIMIENTOS

A Dios por darme vida, y la capacidad de ser un instrumento de bien a mis semejantes.

A mis padres.

A Melissa y Carlos, que aun estando lejos me dan fortaleza y amor.

A esta institución, donde se da enseñanza con libertad.

Al Dr. Arturo Montalvo Marín por su interés, orientación y asesoría en este trabajo, pero sobre todo por la querencia a la escuela de cirugía pediátrica de Tabasco.

A Rodolfo por su asesoría en realización de este trabajo

A los niños, quienes son el principal estímulo para la realización de mi máximo anhelo, el ser pediatra.

INDICE GENERAL

	PAGINAS
1.-MARCO TEORICO.	1
2.- JUSTIFICACION.	13
3.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	14
4.- OBJETIVOS.	15
2.1 GENERAL.	15
2.2 ESPECIFICOS.	16
5.-MATERIAL Y METODOS.	17
5.1 Diseño de estudio.	17
5.2 Universo de trabajo.	17
6.-CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN, Y ELIMINACIÓN.	
6.1 Criterios de inclusión.	18
6.2 Criterios de exclusión.	18
6.3 Criterios de eliminación.	18

INDICE GENERAL

	PAGINAS
7.- VARIABLES.	19
8.- DEFINICIÓN DE VARIABLES.	20
9.- RESULTADOS.	22
10.-DISCUSION.	31
11.-CONCLUSION.	33
12.-BIBLIOGRAFIA.	34
13.- ANEXOS.	35

RESUMEN

Introducción: Encopresis es la evacuación repetida de heces en lugares inadecuados (por ej. Vestidos o suelos), sea voluntaria o intencionada. Por lo menos un episodio al mes en un periodo de 3 meses. La edad cronológica es de 4 años (o un nivel de desarrollo equivalente) El comportamiento no se debe exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej. Laxantes) ni a una enfermedad medica, excepto a través de un mecanismo que implique estreñimiento.

Objetivo: Identificar la etiología y manifestaciones clínicas asociadas a la encopresis en los pacientes atendidos en la consulta externa del Hospital del Niño "DR. RODOLFO NIETO PADRON".

Material y métodos: Se realizo un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal, en el periodo 1 de Enero 2006 al 15 de Junio de 2008. Se estudiaron 16 pacientes de 4 a 14 años de edad con encopresis, se obtuvo la información de la revisión de expedientes clínicos y se evaluaron las siguientes variables: edad de presentación de la encopresis, sexo, manifestaciones clínicas asociadas, características psicológicas asociadas, características familiares asociadas, tiempo de evolución y etiología.

Resultados: Se estudio un total de 16 pacientes con encopresis; la mayoría inicio a los 5 años de edad (62.5%). El 68.7% es del sexo masculino. El 81.2% manifiesta estreñimiento. Predomina el bajo rendimiento escolar y rebeldía como características psicológicas asociadas con el 37.5%. El 62.5% se caracteriza por violencia intrafamiliar. El 50% tiene un año de evolución previo a su diagnostico. El 81.2% tiene una etiología psicológica.

Conclusiones: La encopresis es una enfermedad, con una edad de inicio predominante a los 5 años de edad, afecta más al sexo masculino, y se asocian alteraciones psicológicas individuales, en entornos familiares disfuncional

MARCO TEORICO

ENCOPRESIS.

Encopresis se define como emisión repetida, voluntaria o involuntaria, de materia fecal, habitualmente de consistencia normal o casi normal, en lugares no adecuados, para estos fines en el ambiente sociocultural de la persona. La afección puede representar una prolongación anormal de la incontinencia infantil normal, implicar una pérdida de la continencia después de la adquisición del control intestinal, o ser una deposición deliberada de las heces en lugares inadecuados, a pesar de tener la persona un control fisiológico intestinal normal. La afección puede ocurrir como un trastorno monosintomático o puede formar parte de un trastorno más amplio, especialmente un trastorno emocional o un trastorno de conducta.¹

Este trastorno de la eliminación consiste en la evacuación de las heces en lugares inapropiados, tanto si es involuntario como intencionado. Este patrón conductual debe estar presente al menos durante tres meses y la edad evolutiva del niño no debe ser inferior a 4 años.²

Es necesario excluir las causas orgánicas de la encopresis, por lo tanto, debe obtenerse una evaluación médica de las anomalías no funcionales antes de etiquetarla como funcional.²

CRITERIOS DIAGNOSTICOS DE ENCOPRESIS DE ACUERDO AL MANUAL DIAGNOSTICO Y ESTADISTICO DE DESORDENES MENTALES (DSM-IV TR)

- A. Evacuación repetida de heces en lugares inadecuados (por ej. Vestidos o suelos), sea voluntaria o intencionada.
- B. Por lo menos un episodio al mes en un periodo de 3 meses.
- C. La edad cronológica es por lo menos de 4 años (o un nivel de desarrollo equivalente) El comportamiento no se debe exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej. Laxantes) ni a una enfermedad medica, excepto a través de un mecanismo que implique estreñimiento. ³

Para el diagnóstico de la encopresis se necesita, según el Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales, una edad de cuatro años, debe diferenciarse del estreñimiento y el sobre flujo (retentiva o no retentiva) y distinguirse si es primaria o secundaria, como en el caso de la enuresis. Históricamente, las dos patologías se encontraron en niños que fueron separados de sus padres en la Segunda Guerra Mundial y esto apoya la importancia de los factores ambientales para su inicio y mantenimiento. Sin embargo, se ha hablado de la masturbación anal en las aproximaciones psicodinámicas, así como de niños que no tienen suficiente control esfinteriano o no reconocen la necesidad de defecar a tiempo. En los casos de encopresis voluntaria existe un control adecuado pero por factores psicológicos, no se ejerce. En los de encopresis involuntaria, se puede encontrar alteración esfinteriana o asociación con factores como ansiedad y diarrea. ³

La frecuencia de la encopresis es de 1%, según el Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales, afecta principalmente a los niños en una proporción de 4:1 y tiene una prevalencia familiar de hasta 25%[9]. En los estudios del funcionamiento intestinal, en algunos niños no se puede distinguir si es la causa o el resultado de la constipación crónica.³

En los casos de retención o de constipación crónica, una radiografía de abdomen puede ser suficiente para orientar el diagnóstico y en ellos, como en los que no muestran retención, la psicoterapia puede ser coadyuvante o el tratamiento primario, para esperarse la remisión espontánea posterior.³

Los tratamientos farmacológicos han mostrado que la imipramina puede ser tan beneficiosa como en la enuresis. Aproximadamente, 20 a 40% de los niños con encopresis fallan en su tratamiento farmacológico. En la encopresis funcional de largo término y con alteraciones del comportamiento se obtiene una ganancia secundaria con el tratamiento farmacológico; aun que hay énfasis histórico en el papel de los trastornos emocionales y comportamentales en la etiología de esta condición, es muy difícil confirmarla.³

De hecho, la combinación de ansiedad y depresión produce un círculo vicioso: la ansiedad aumenta el dolor del tránsito intestinal o hay vergüenza de ir al baño en

el colegio, lo cual causa retención y encopresis; esto, sumado al castigo después de los accidentes, crea ansiedad ante la defecación y así, ambos problemas se intensifican. Obviamente, la depresión puede surgir de este círculo vicioso y, con el tiempo, se pueden presentar sentimientos de desesperanza.³

En las dos patologías, el aislamiento social y la alteración del funcionamiento global por el temor y el rechazo son evidentes. En la población psiquiátrica, hasta un 25% de los niños con encopresis desarrollan enuresis. En ambos casos, las complicaciones de la retención son el megacolon y la megavejiga, cuyas causas orgánicas y consecuencias escapan a la intención de esta revisión. La encopresis puede ser el resultado de un entrenamiento inadecuado o punitivo (por ejemplo, agresivo o coercitivo), sumado a las molestias físicas del entorno cuando se inicia la habituación y el manejo inapropiado relacionado con el baño. Los factores de estrés pueden ser la causa de hasta la mitad de los casos de encopresis e incluso de los malos hábitos (por ir rápido al colegio o hacerlo entre comerciales de la televisión).³

La encopresis funcional durante el día es más común que la encopresis nocturna. En la mitad de estos pacientes, el control intestinal no está todavía aprendido, por lo que el síntoma puede ser considerado como un reflejo de una fijación evolutiva temprana (encopresis primaria). En la otra mitad, los niños aprendieron inicialmente el control intestinal, han sido capaces de contener al menos durante un año, y luego se ha producido la regresión (encopresis secundaria). La encopresis secundaria empieza normalmente hacia los 8 años.

La encopresis sin estreñimiento ni rebosamiento puede implicar una variedad de fuentes, incluyendo una falta de conciencia o un pobre control. En caso de que el episodio ocurra después del baño, la estimulación física puede ser la causa. Si el episodio es deliberado, el niño es generalmente hostil o agresivo; debe entonces tenerse en cuenta el trastorno antisocial o un trastorno psiquiátrico mayor. El hecho de ensuciarse puede ser accidental (el niño trata de ocultarlo) o deliberado (desafiante). Ciertos niños encopréticos muestran síntomas neuroevolutivos, incluyendo falta de atención, hiperactividad, impulsividad, baja tolerancia a la frustración y descoordinación.³

Los problemas de comportamiento tales como los trastornos de conducta son comunes en la población infantil psiquiátrica referida por problemas de encopresis, pero comparativamente pequeños en la muestra vista por pediatras. En población psiquiátrica, el 25% de los niños con encopresis funcional también presenta enuresis funcional.³

Algunos niños ocultan tanto la orina como las heces, y pueden tener megavejiga y megacolon. Se observan con frecuencia dolores de estómago, largos períodos sentados en la taza del lavabo y estreñimiento crónico. En las niñas son frecuentes las infecciones del tracto urinario y la pielonefritis crónica. A menudo, los niños con encopresis funcional tienen vergüenza y turbación y presentan una baja autoestima. Pueden sufrir acusaciones de los padres y hermanos, pueden tener miedo a ser descubiertos por los compañeros, y se esconden física y emocionalmente.³

Entre el 75 y el 90% de los casos implican el subtipo que el Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales designa como “con estreñimiento e incontinencia por rebosamiento”. Estos casos retentivos incluyen una baja frecuencia de movimientos intestinales, impactación, rebosamiento de líquido alrededor del asiento habitual, y manchas de líquido en la ropa. Este tipo de encopresis puede ser debido a estreñimiento crónico, entrenamiento de los hábitos de higiene inadecuado (excesivamente coercitivo o perfeccionista), dolor (debido a fisura anal) o evitación fóbica de los lavabos. Estos episodios retentivos generalmente se extienden durante varios días y son seguidos de defecación dolorosa.³

La encopresis funcional es menos común que la enuresis. La prevalencia es aproximadamente del 1,5% después de los cinco años, disminuye con la edad, y se produce raramente en los adolescentes. Las tasas ligeramente superiores están asociadas con las clases socioeconómicas más bajas. Existe un predominio masculino de 4:1. Se da una aparición familiar de la encopresis funcional, con el 15% de los padres que han sufrido encopresis en su niñez. Se han observado tasas más altas entre los individuos con retraso mental, especialmente en los casos moderados y graves.³

ETIOLOGIA

La encopresis con frecuencia es derivada de una compleja interacción entre factores fisiológicos y psicológicos. Entre los mecanismos fisiopatológicos se encuentran: una alteración del movimiento del colon y de los patrones de contracción, elasticidad y adelgazamiento de las paredes del colon (megacolon) y disminución de la sensación o percepción.³

En la infancia, la encopresis puede ser resultado de una erupción cutánea debida al pañal, cuando se produce la retención fecal para evitar el dolor rectal. Estas causas médicas de manchas de heces excluyen el diagnóstico de encopresis funcional. La encopresis puede ser el resultado de un entrenamiento del control de esfínteres inadecuado o punitivo (doloroso, coercitivo, agresivo), de una alteración física asociada a una ayuda inadecuada durante el entrenamiento en el uso, del inodoro (si los pies no tocan el suelo), o de un manejo incorrecto de los miedos relacionados con el lavabo.⁴

Los factores relacionados con el estrés parecen ser la causa de la mitad de los casos de encopresis secundaria. Existe una gran prevalencia de psicopatología individual y familiar en la encopresis funcional. Sin embargo, a diferencia de la enuresis, no existe la evidencia de un factor genético en la etiología de la encopresis, incluso en las formas familiares.⁴

Puede ocurrir por un fallo en el establecimiento del control del esfínter (encopresis primaria) o por una pérdida del hábito ya adquirido (encopresis secundaria).

En la última década los estudios realizados apenas han aportado avances en la etiopatogenia y el tratamiento de la encopresis, y además los resultados encontrados son poco claros, probablemente por falta de criterios uniformes en la definición y etiología.

Así mismo, y pese a la gran proporción de niños con encopresis y dishabilidades intelectuales y a lo limitante que pueden resultar ambas entidades, hay pocos estudios sobre el origen de esta asociación. Problemas tales como la encopresis son percibidos como “normales” en algunas poblaciones, como ocurre en los niños con trastornos del desarrollo o del aprendizaje.^{4,5}

EVALUACION

Es necesaria una evaluación médica inicial, para descartar patologías orgánicas como el megacolon congénito (aganglionosis) o enfermedad de Hirschsprung y evaluar posibles anomalías anatómicas, y malformaciones de la columna lumbo sacra, Si el paciente no tiene malformaciones congénitas que ocasione la encopresis, se debe hacer énfasis a los problemas afectivos (emocionales).⁶

La evaluación psiquiátrica incluye una valoración de los trastornos afectivos asociados, incluyendo el retraso mental, el trastorno de negativismo desafiante, el trastorno de conducta, las psicosis.

No existen estudios longitudinales importantes, pero la psicopatología asociadas a los trastornos médicos pueden ser la principal determinante del pronóstico. El trastorno disocial, el uso de la encopresis como una expresión directa de la ira y el desinterés de los padres hacia el problema, parecen predecir un curso complicado.⁶

TRATAMIENTO

Hay pocas publicaciones con respecto del tratamiento con medicamentos psicotrópicos .Fleisher defiende el tratamiento con estimulantes del sistema nervioso central de los niños encopreticos con disfunción en el neurodesarrollo porque reducen la distraibilidad del niño y mejoran la hiperactividad los problemas de aprendizaje y comportamiento, lo cual conlleva una mejoría del estado emocional del paciente. No se han encontrado ensayos clínicos con fármacos psicótopos más modernos.⁷

Los tratamientos utilizados en la encopresis son de tipo médico, conductual y mixto (medico-conductual).⁷

El tratamiento médico consiste en el uso de la imipramina que se combina con otros tratamientos.

En el caso de la encopresis por estreñimiento se utilizan enemas o laxantes para limpiar el colon y que el intestino pueda volver a su normalidad.

Dentro de las técnicas de modificación de conducta se encuentra la combinación de reforzamiento positivo y sobrecorrección. ⁷

En algunos casos donde los niños experimentan algún tipo de fobia a defecar, se utilizan técnicas para disminuir la ansiedad, en estos casos, es muy normal que en el momento que desaparece la ansiedad, desaparece la encopresis. ⁷

Para enseñar al niño a relajar el esfínter se utilizan técnicas de biofeedback. ⁷

Los tratamientos de psicoterapia individual no han demostrado unos resultados brillantes a corto o medio plazo. A largo plazo los resultados de la psicoterapia pueden confundirse con las mejorías espontáneas que se presentan aún en el caso de no hacer ningún tipo de tratamiento. También pueden considerarse medidas psicoterápicas que involucren a la madre, y que emplean técnicas lúdicas que signifiquen una simbólica manipulación de heces: pintura de dedos, modelación con barro, etc. ⁷

La encopresis casi siempre requiere un control psiquiátrico pues es un síntoma que puede aparecer por múltiples causas, algunas de las cuales requieren un tratamiento psicoterápico. Si se aprecia estado de ánimo depresivo, en forma clara, vale la pena ensayar tratamiento con antidepresivos tricíclicos y/o con lactulosa, en dosis única nocturna. ⁷

La técnica del enema anterógrado continente fue descrita por primera vez por Malone en 1990 para el tratamiento de la incontinencia fecal grave de origen

neurogénico en niños, y posteriormente se ha utilizado con éxito también en adultos y en pacientes con estreñimiento que no responde al tratamiento médico.

El procedimiento consiste en la formación de un conducto continente, generalmente una apendicostomía, que permita la cateterización intermitente para la irrigación y la limpieza rápida y controlada del colon. En un caso de un paciente de 23 años con estreñimiento grave y encopresis al que se le practicó una apendicostomía. No hubo complicaciones postoperatorias inmediatas y las irrigaciones se iniciaron con suero salino el cuarto día después de la intervención. Desde entonces, el paciente realiza deposiciones entre 1 y 3 h después del lavado, ha recuperado la continencia y ha dejado de llevar pañales.⁸

Las dos entidades (enuresis y encopresis) tienen una presentación similar en cuanto a la alteración global del funcionamiento y las consecuencias por la cronicidad, los tratamientos que no tienen en cuenta el entorno del paciente pueden presentar en las primeras fases resolución pero el riesgo de recaída es inmenso. Es llamativo que la eficacia de los tratamientos utilizados, en especial los tricíclicos (IMIPRAMINA), se relaciona con su acción anticolinérgica; sin embargo, los síntomas de depresión o ansiedad son los blancos reales de estas moléculas. Se necesita una visión amplia para abordar esta patología y siempre se debe incluir en la evaluación a un profesional en la salud mental de niños y adolescentes.⁹

Como tratamiento farmacológico, se ha usado la imipramina, con buena respuesta. La mayoría de los niños responden con pequeñas dosis y se puede escalar desde 25 mg al día hasta, incluso, dosis de 3.5 a 5 mg/kg al día. Los antidepresivos pueden ser útiles si el caso es resistente a las intervenciones comportamentales, si hay enuresis diurna y nocturna, o si hay trastorno de ansiedad o de ánimo asociado. Los antidepresivos han sido efectivos en estudios doble ciegos. Su mecanismo de acción es incierto, pero no se debe exclusivamente a las propiedades anticolinérgicas, comparadas con otras moléculas anticolinérgicas, y puede estar relacionado con las propiedades antidepresivas como inhibidor de la recaptación de noradrenalina y serotonina ⁹

IMIPRAMINA

Nombre Comercial: Tofranil. ¹⁰

Acción Terapéutica: Antidepresivo tricíclico. Inhibidor de la recaptación de noradrenalina y serotonina. ¹⁰

La imipramina se ha utilizado en todas las siguientes situaciones: Todas las formas de depresión, incluidas las formas endógenas, orgánicas y psicógenas, y la depresión asociada con trastornos de la personalidad o alcoholismo crónico. Ataque de pánico; Cuadros con dolor crónico; Terror nocturno (miedo por la noche); Enuresis nocturna (sólo en pacientes de 5 años de edad o mayores, y sólo si se han excluido causas orgánicas). ¹⁰

JUSTIFICACION

El diagnostico de encopresis se realiza rara vez debido a la falta de conocimiento de esta entidad nosologica. La repercusión física y mental posterior a un diagnostico y tratamiento tardío en los pacientes con encopresis puede hacer difícil su recuperación y su reintegración a la sociedad.

Los pacientes con encopresis son los más beneficiados al ser diagnosticados de manera temprana y al recibir tratamiento multidisciplinario recuperan su salud. Por lo tanto elevar el conocimiento medico acerca de la encopresis, permitirá disminuir la morbilidad inherente a esta patología.

La realización del presente proyecto permitirá conocer el comportamiento epidemiológico de la encopresis en los pacientes diagnosticados y tratados a través de la consulta externa del Hospital de Alta Especialidad del Niño “DR RODOLFO NIETO PADRON”

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el Hospital del niño “DR. RODOLFO NIETO PADRON “ a través de la consulta externa se atienden pacientes con el diagnóstico de encopresis, debido a la falta de conocimiento de esta enfermedad en la población en general, así como, en la sociedad médica, no se realiza el diagnóstico temprano ni oportuno en instituciones de salud de primer y segundo nivel, y cuando se diagnostica, debido al desconocimiento de su etiología multifactorial, el manejo médico habitual de inicio no es muy alentador en la mayoría de los casos. Por lo tanto es importante realizar un estudio en donde se documente las características clínicas de presentación asociadas a la encopresis y la etiología, que permitan una ruta crítica de diagnóstico y tratamiento médico.

2.- OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL.

Identificar la etiología y manifestaciones clínicas asociadas a la encopresis en los pacientes atendidos en la consulta externa del Hospital del Niño “DR. RODOLFO NIETO PADRON”.

2.2.- OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Determinar la distribución por sexo de la encopresis.
- Determinar la distribución por edad de inicio de la encopresis.
- Enlistar las manifestaciones clínicas asociadas a la encopresis.
- Enunciar las características psicológicas que se asocian a la encopresis.
- Enunciar las características familiares asociadas a la encopresis.
- Registrar el tiempo de evolución de la encopresis.
- Identificar la etiología de la encopresis.

3.- MATERIAL Y METODOS

3.1 Diseño metodológico.

TIPO DE ESTUDIO:

- ❖ Descriptivo.
- ❖ Retrospectivo.
- ❖ Transversal.

PERIODO DE ESTUDIO:

Del 1º de Enero de 2006 a 15 de Junio de 2008.

3.2 UNIVERSO DE ESTUDIO.

Todos los niños que atendidos en la consulta externa del Hospital del Niño “DR RODOLFO NIETO PADRON”

MUESTRA:

Pacientes con el diagnostico de encopresis de 4 a 14 años de edad, captados en la consulta externa del hospital del niño “DR. RODOLFO NIETO PADRON”.

3.2.2 CRITERIOS DE INCLUSION:

- Pacientes de 4 a 14 años de edad, con el diagnóstico de encopresis.
- Pacientes con encopresis captados en la consulta externa del Hospital del Niño “DR. RODOLFO NIETO PADRON”.
- Pacientes con encopresis valorados por el servicio de psicología o paidosiquiatría.

3.2.3 CRITERIOS DE EXCLUSION

Pacientes con encopresis que no cuenten con información debidamente documentada en el expediente clínico.

3.2.4 CRITERIOS DE ELIMINACION.

Pacientes con encopresis no valorados por el servicio de psicología o paidosiquiatría.

3.3 VARIABLES

❖ EDAD DE PRESENTACION DE ENCOPRESIS.

❖ SEXO.

❖ MANIFESTACIONES CLINICAS ASOCIADAS A ENCOPRESIS.

Estreñimiento, manchado al tacto rectal, prolapso rectal, fecaloma, tono del esfínter anal normal, tono de esfínter anal aumentado, tono del esfínter anal disminuido, ámpula rectal ocupada por material blando, ámpula rectal vacía, materia fecal palpable en marco cólico, dolor abdominal.

❖ CARACTERISTICAS PSICOLOGICAS ASOCIADAS A ENCOPRESIS.

Depresión, baja autoestima, inseguridad, agresividad, hiperactividad, Rebeldía, bajo rendimiento escolar.

❖ CARACTERISTICAS FAMILIARES ASOCIADAS A ENCOPRESIS.

Violencia intrafamiliar, ausencia de uno o ambos padres, maltrato, abuso sexual.

❖ TIEMPO DE EVOLUCION DE LA ENCOPRESIS.

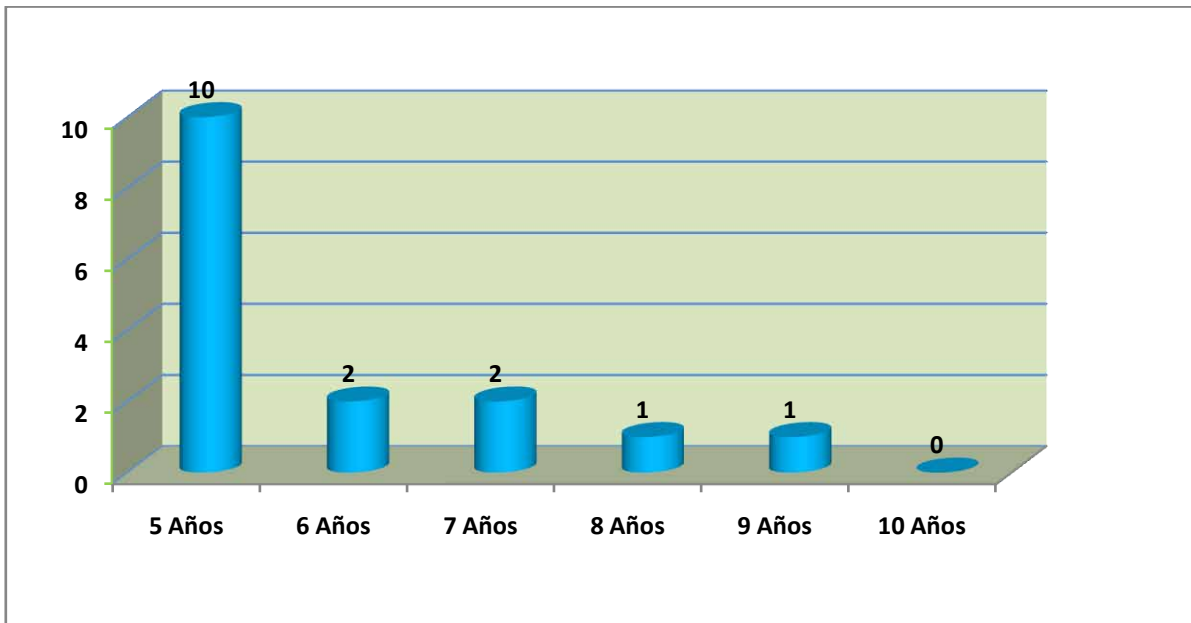
❖ ETIOLOGIA.

VARIABLE	DEFINICION	TIPOS DE VARIABLES	INDICADORES	INSTRUMENTO DE MEDICION
CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS ASOCIADAS A ENCOPRESIS Depresión. Baja autoestima. Inseguridad. Agresividad. Hiperactividad. Rebeldía. Bajo rendimiento escolar	Características clínicas de origen psicológico que se presentan asociadas a la encopresis	Cualitativa Nominal Policotómica	SI NO	Expediente clínico (evaluación por departamento de salud psicosocial)
CARACTERÍSTICAS FAMILIARES ASOCIADAS A ENCOPRESIS Violencia intrafamiliar. Ausencia de padres. Maltrato. Abuso sexual.	Características de la estructura y dinámica familiar que se asocian a la encopresis.	Cualitativa Nominal Policotómica.	SI NO	Expediente Clínico.
TIEMPO DE EVOLUCION DE LA ENCOPRESIS	Diferencia en años entre la fecha de diagnostico de encopresis y su inicio	Cuantitativa	Años.	Expediente clínico.
ETIOLOGIA	Causa u origen que explica una patología.	Cualitativa	Psicológico. Funcional.	Expediente Clínico. Psicológico Determinado por valoración psicológica. Funcional. Determinado por valoración de clínica colo-rectal.

RESULTADOS.

EDAD DE PRESENTACION DE LA ENCOPRESIS.

Se registraron 16 pacientes con el diagnostico de encopresis. Respecto a la edad de inicio de la encopresis, se encontró que en el 62.5% de los pacientes, debuto con el cuadro clínico de encopresis a los 5 años de edad, el 12.5 % a los 6 y 7 años por igual y el 6.25% a los 8 y 9 años respectivamente. (Ver grafica y tabla 1)



Grafica 1. EDAD DE PRESENTACION DE LA ENCOPRESIS.

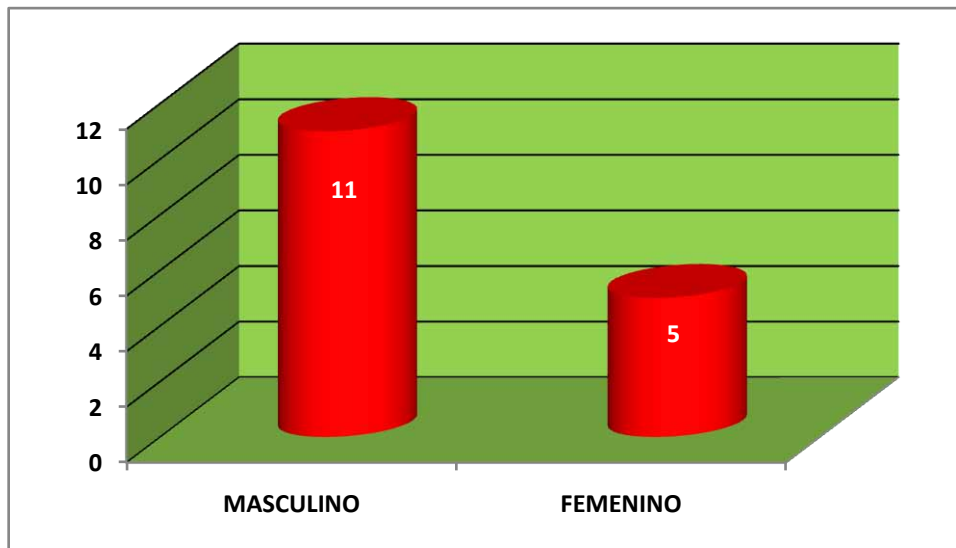
Tabla 1.

Edad de presentación de encopresis		%
5 Años	10	62.5
6 Años	2	12.5
7 Años	2	12.5
8 Años	1	6.25
9 Años	1	6.25
10 Años	0	0
TOTAL	16	100

RESULTADOS.

SEXO.

Se registraron 16 pacientes con el diagnostico de encopresis. Respecto al sexo, el 68.7% de los pacientes con encopresis pertenece al sexo masculino y el 31.3 % al sexo femenino. (Ver grafica y tabla 2)



Grafica 2. SEXO

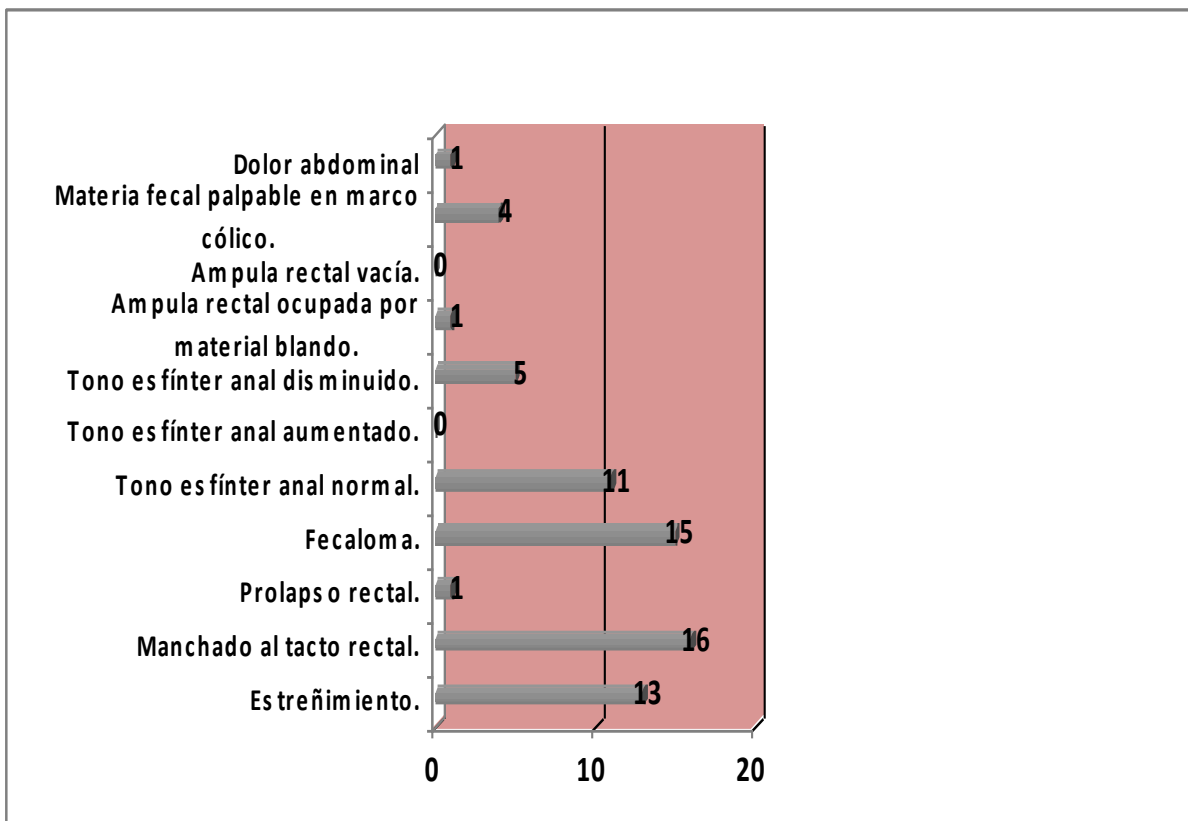
Tabla 2

SEXO		%
MASCULINO	11	68.7
FEMENINO	5	31.3
TOTAL	16	100

RESULTADOS.

MANIFESTACIONES CLINICAS ASOCIADAS A LA ENCOPRESIS.

De los 16 pacientes con encopresis estudiados el 100% presenta manchado al tacto rectal del guante explorador, el 93.75% fecaloma al tacto rectal, 81.25 % tiene antecedente de estreñimiento, 68.75% tiene el tono del esfínter anal normal, 31.2 % tono del esfínter anal disminuido al tacto rectal, 25 % materia fecal palpable en el marco cólico a la exploración abdominal, 6.25 % con ampula rectal ocupada con materia fecal blanda, 6.25 % refiere dolor abdominal, 6.25 % presenta prolapso rectal, 0 % presenta tono del esfínter anal aumentado, 0% presenta ampula rectal vacía. (Ver grafica y tabla 3



GRAFICA 3. MANIFESTACIONES CLINICAS ASOCIADAS A ENCOPRESIS

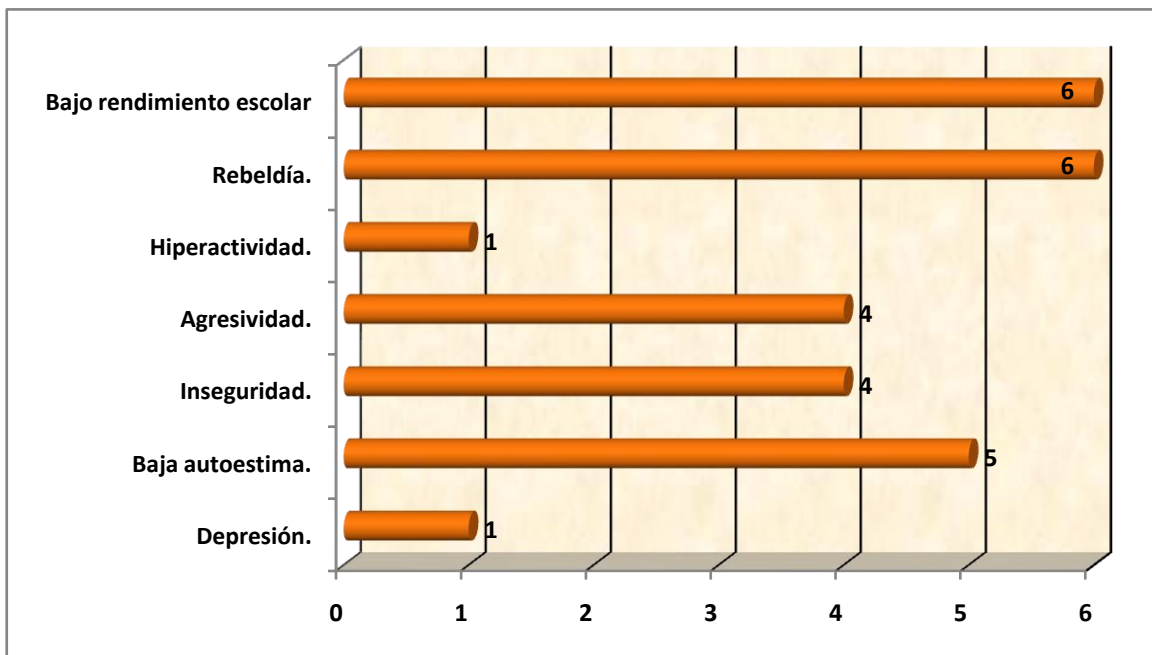
Cuadro 3

MANIFESTACIONES CLINICAS ASOCIADAS A ENCOPRESIS		%
Estreñimiento.	13/16	81.2
Manchado al tacto rectal.	16/16	100
Prolapso rectal.	1/16	6.2
Fecaloma.	15/16	93.75
Tono esfínter anal normal.	11/16	68.75
Tono esfínter anal aumentado.	0/16	0
Tono esfínter anal disminuido.	5/16	31.2
Ampula rectal ocupada por material blando.	1/16	6.2
Ampula rectal vacía.	0/16	0
Materia fecal palpable en marco cólico.	4/16	25
Dolor abdominal	1/16	6.2

RESULTADOS.

CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS ASOCIADAS A ENCOPRESIS.

Se registraron 16 pacientes con el diagnóstico de encopresis. Dentro de las características psicológicas que se presentan asociadas a encopresis; el 37.5 % de los pacientes estudiados presenta bajo rendimiento escolar, 37.5 % presenta rebeldía, 31.2 % con baja autoestima, 25 % agresividad, 25 % inseguridad, hiperactividad 6.2% y depresión con un 6.2 %. (Ver grafica y cuadro 4)



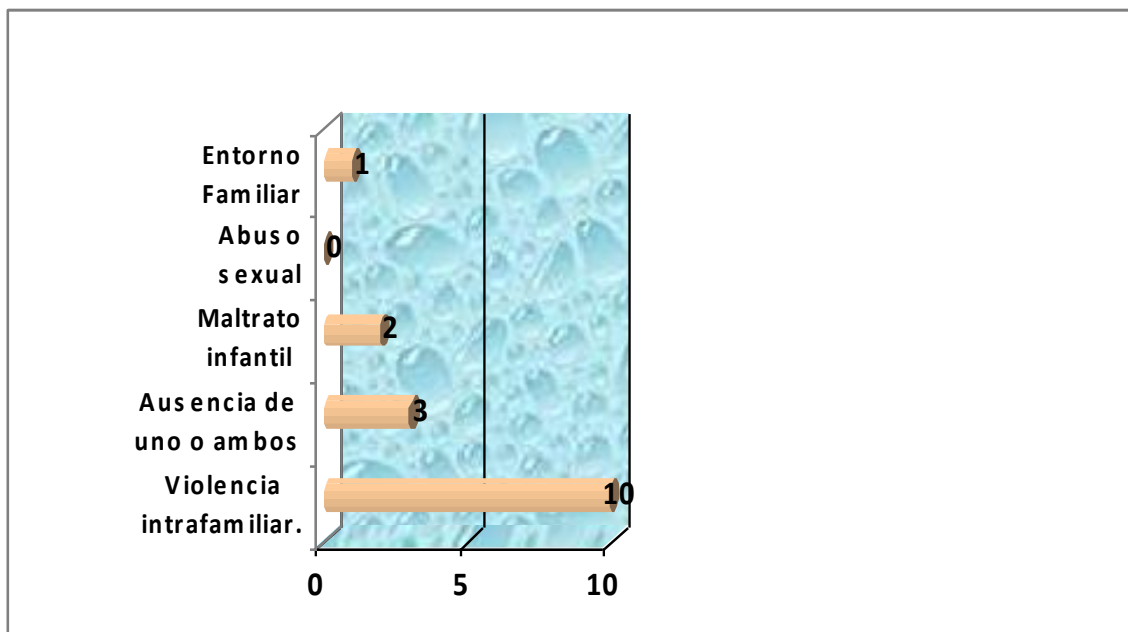
Grafica 4. CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS ASOCIADAS A ENCOPRESIS
Cuadro 4

CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS ASOCIADOS A ENCOPRESIS		%
Depresión.	1/16	6.2
Baja autoestima.	5/16	31.25
Inseguridad.	4/16	25
Agresividad.	4/16	25
Hiperactividad.	1/16	6.25
Rebeldía.	6/16	37.5
Bajo rendimiento escolar	6/16	37.5

RESULTADOS.

CARACTERÍSTICAS FAMILIARES ASOCIADAS A ENCOPRESIS.

Se registraron 16 pacientes con encopresis. En relación a las características familiares que se asocian a la encopresis, se encontró que el 62.5 % presenta violencia intrafamiliar, 18.75 % con ausencia de uno o ambos padres, 12.5 % con maltrato infantil, 6.25% tiene entorno familiar armonico, 0 % presento abuso sexual. (Ver grafica y cuadro 5)



GRAFICA 5. CARACTERISTICAS FAMILIARES ASOCIADOS A ENCOPRESIS

Cuadro 5

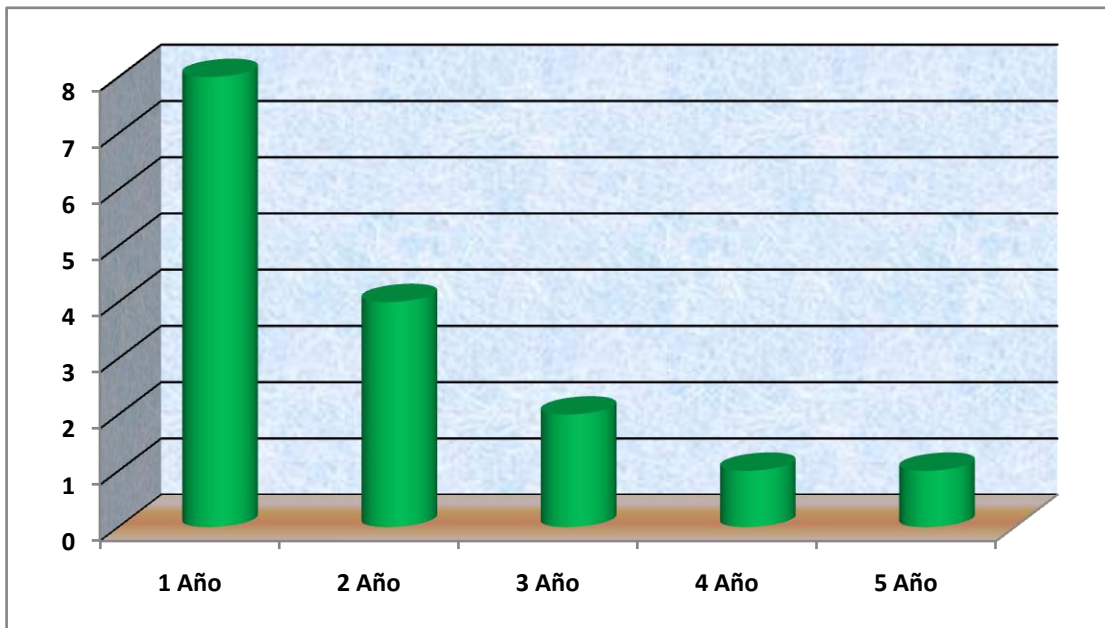
CARACTERISTICAS FAMILIARES ASOCIADOS A ENCOPRESIS		%
Violencia intrafamiliar.	10/16	62.5
Ausencia de uno o ambos padres.	3/16	18.75
Maltrato.	2/16	12.5
Abuso sexual	0	0
Entorno Familiar Armónico	1/16	6.25

RESULTADOS.

TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LA ENCOPRESIS.

Se registraron 16 pacientes con el diagnóstico de encopresis. Se encontró que el tiempo de evolución de la encopresis hasta el momento de su diagnóstico en el 50% de los pacientes estudiados es de 1 año, 25 % de 2 años, 12.5 % de 3 años, 6.2 % de 4 y 5 años de evolución respectivamente.

(Ver grafica y cuadro 6)



Grafica 6. TIEMPO DE EVOLUCION DE LA ENCOPRESIS.

Cuadro 6

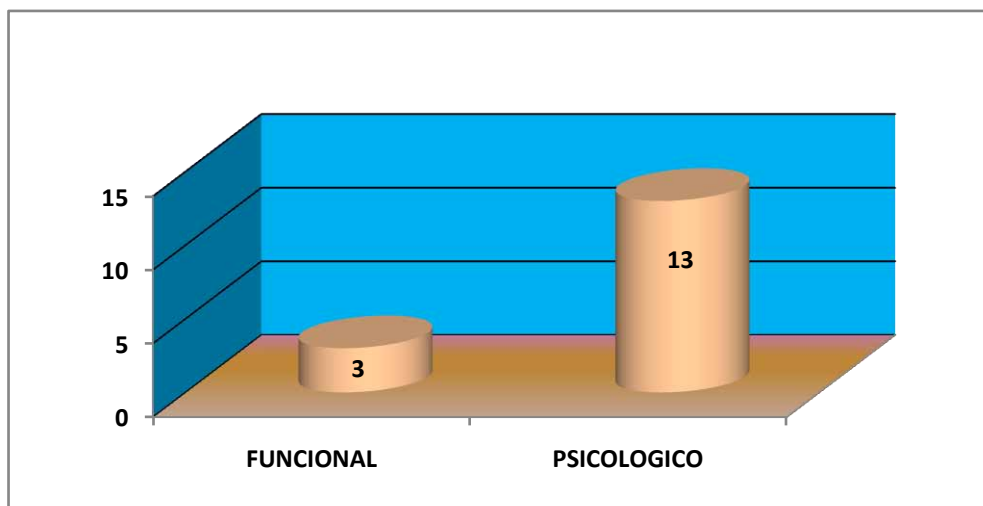
TIEMPO DE EVOLUCION DE LA ENCOPRESIS		
Años	No. Pacientes	%
1 Año	8	50
2 Año	4	25
3 Año	2	12.5
4 Año	1	6.25
5 Año	1	6.25
TOTAL	16	100

RESULTADOS.

ETIOLOGIA.

Se registraron 16 pacientes con el diagnóstico de encopresis. La etiología de la encopresis en este grupo de estudio fue en un 81.2 % de origen psicológico y 18.8 % de origen funcional.

(Ver grafica y cuadro 7)



Gráfica 7. ETIOLOGIA

Cuadro 7.

ETIOLOGIA		%
FUNCIONAL	3	18.8
PSICOLOGICO	13	81.2

DISCUSION.

Se estudio un total de 16 pacientes de los cuales la mayoría inicio con encopresis a los 5 años de edad (62.5%), lo cual concuerda con lo reportado en los Estados Unidos de Norte América (67%) (Christensen 2000).

De los 16 pacientes estudiados la mayoría pertenecen al sexo masculino (68.7%); con una relación 2.2:1, lo que coincide con la relación de 4:1 reportada en España (Lutz J 2001).

Existen características clínicas concomitantes al cuadro clínico diagnostico de encopresis, que se encontraron en los 16 Pacientes estudiados. Las características clínicas aquí descritas fueron encontradas al momento del diagnostico de encopresis, por lo tanto dignas de tener en mente ante un paciente con encopresis. Cabe destacar lo encontrado; la mayoría de los pacientes cursan con estreñimiento (81.2%), misma tendencia encontrada en Estados Unidos de Norte América (Mikkelsen J. 2001). La mayoría de los pacientes presento fecaloma mediante el tacto rectal (93.75%), coincide con lo descrito (95%) en España (Arguelles F. 1996).

Este estudio revelo dentro de las características psicológicas individuales asociadas a la encopresis, 37.5% rebeldía, 37.5% bajo rendimiento escolar, valores similares (42 y 53% respectivamente) fueron reportados en Estados Unidos de Norte América (Wolters WHG 1974).

También se reporto hiperactividad (6.2%), lo que coincide con lo reportado en Canadá (Stern HP 1988).

Dentro de las características familiares asociadas a pacientes con encopresis se encontró que (62.5%) la mayoría presenta violencia intrafamiliar, lo cual también fue reportado (58%) en Estados Unidos de Norte América (Neale D. 1993) mismo que reportan abuso sexual (1%) contra ausencia de ese antecedente en este estudio.

De los 16 pacientes estudiados 50% fueron diagnosticados tras un año de evolución. Además el 25% fue diagnosticado después de 2 años, 12.5% después de 3 años, 6.25% después de 4 y 5 años de evolución. Datos que no fueron posibles de contrastar porque actualmente no hay estudios que se enfoquen en retraso del diagnóstico de encopresis. La falta de criterios diagnósticos uniformes en la definición y etiología de la encopresis explican el retraso en diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de la encopresis.

En este estudio se evidencio que la mayoría (81.2%) de los pacientes con encopresis se asocia a etiología psicológica, lo que concuerda con el 90% reportado en Estados Unidos de Norte América (Bellman, M. 1999).

CONCLUSIONES.

En el presente estudio se pueden enumerar las siguientes conclusiones:

- 1) La edad mas frecuente de inicio de la encopresis fue a los 5 años de edad.
- 2) La encopresis predomino en el sexo masculino con una relación 2.2:1
- 3) Dentro de las características clínicas asociadas a la encopresis, predominan, el antecedente de estreñimiento y manchado al tacto rectal.
- 4) En todos los pacientes se encontró algunas alteraciones psicológicas como: bajo rendimiento escolar, baja autoestima, depresión, hiperactividad pueden acompañar a la encopresis.
- 5) Alteraciones de la dinámica familiar como violencia intrafamiliar, ausencia de uno o ambos padres, maltrato infantil se asociaron a esta enfermedad.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Organización panamericana de la salud. CIE X. 10ª edición. Washington D.C., OPS. Pág. 811.
2. - Lutz J. *Psiquiatría Infantil*. Segunda edición. Gredos, Madrid. Editorial panamericana 2001: 319-320
3. - *Diagnosis and statistical manual of mental disorders*. Fourth edition. Washington, DC: American Psychological Association;2000. Pag. 345-347.
4. - Stern HP, Lowitz GH, Prince MT, AltshulerL, Stroh SE. The incidence of cognitive dysfunction in an encopretic population in children. *Neurotoxicology* 1988; 9(3): 351-357
5. – Christensen HJ. *Selective mutism and co morbidity with development a Disorder/delay, Anxiety disorder and elimination disorder*. *Journal of American Academic of child Adolescent Psychiatry*. Feb. 2000; 39: 2.
- 6.- Reid Lyon G, Fletcher JM. Diagnóstico y tratamiento de la incapacidad de aprendizaje. La experiencia de EE. UU. En: *Aprendizaje en la infancia*. Anales Nestlé (Ed ESP) 2002; 59 (3):122-131
7. - Wolters WHG. A comparative study of behavioral aspects in encopretic children. *Psychotherapy. Psychosomatics* 1974; 24: 86-87.
8. - Neale D. *II*. Behavior Therapy and Encopresis in Children. *Behav. Res. Ther.* 1; 139-149, 1993.
9. - Levitt MA, Soffer SZ, Peña A. Continent appendicostomy in the bowel management of fecally incontinent children. *J Pediatr Surg*. 2007; 32:1630.
- 10.-Mikkelsen J. *Enuresis and encopresis: ten year soft progress*. *American journal of Academic of Child Adolescent Psychiatry* 40: 10 oct. 2001.
11. - MacLean RE. *Imipramine hydrochloride (Tofranil) and enuresis*. *American Journal of Psychiatry*. Dec. 1960; 117: 551.

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS*

VARIABLE A ESTUDIAR	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16
EDAD PRESENTACION DE ENCOPRESIS																
SEXO																
MANIFESTACIONES CLINICAS ASOCIADAS																
CARACTERISTICAS PSICOLOGICAS ASOCIADAS A ENCOPRESIS																
CARACTERISTICAS FAMILIARES ASOCIADAS A ENCOPRESIS																
TIEMPO DE EVOLUCION DE ENCOPRESIS																
ETIOLOGIA																

P=PACIENTE.

* LA INFORMACION SERA LLENADA POR EL INVESTIGADOR.

DATOS PERSONALES

NOMBRE DEL ALUMNO: IVAN CRUZ MORALES.

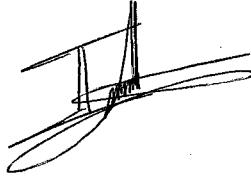
DIRECCION: 8ª AV SUR S/N BARRIO GUADALUPANO, VILLACOMALTITLAN,
CHIAPAS, MEXICO.

TEL CASA: 918 64 60179.

TEL CEL: 9931 45 69 23. 993159 48 68.

CORREO: cima1_8@hotmail.com

NUMERO DE CUENTA UNAM: 50 62 25 936.

A handwritten signature in black ink, consisting of several overlapping loops and a vertical stroke, positioned in the lower right quadrant of the page.