

11226



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

11

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
I. M. S. S.**

28

**FACTORES ASOCIADOS A LA
ENURESIS**

TESIS DE POSTGRADO

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
MEDICO ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A :

LUIS ANTONIO AVILA OSORIO



IMSS

ASESOR DE TESIS:
DRA. MA. ESTHELA PALAPA ACOSTA

FALLA DE ORIGEN

MEXICO, D. F.

1995



Universidad Nacional
Autónoma de México



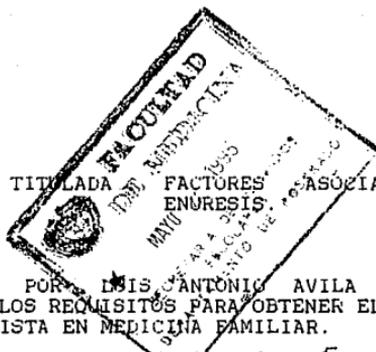
UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

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.

LA TESIS TITULADA FACTORES ASOCIADOS A LA



PRESENTADA POR DR. ANTONIO AVILA OSORIO EN
CUMPLIMIENTO A LOS REQUISITOS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.

FUE APROBADA POR EL COMITE DE



DR. ARMANDO ROJAS GUERRA

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE EDUCACION MEDICA E
INVESTIGACION. PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIDAD
EN MEDICINA FAMILIAR.

**Jefe de Enseñanza
e Investigación**

DR. VICTOR MIGUEL ESCOBEDO SOSA.

PROFESOR ADJUNTO DEL CURSO DE ESPECIALIDAD EN
MEDICINA FAMILIAR.

DRA. MARIA ESTELA PALAPA ACOSTA

ASESOR DE TESIS.

MEDICO NO FAMILIAR/PEDIATRA.

DIOS MIO

Siento que hoy más que nunca estás cerca de mí. que vives en mí. en mis obras. en mi labor como médico me haz dejado crecer como tal. haz infundido en mí el valor y la fuerza para afrontar con fé los problemas de nuestra gente.

Gracias por la luz que brindas a mis ojos. por mis manos que trabajan. por mi boca que te alaba por la vida y sobre todo POR TENER POCO QUE PEDIRTE Y TANTO QUE AGRADECERTE.

A MIS PADRES

Por haberme guiado sabiamente. por su amor. dedicación y fé que en mi han depositado .

A MI ESPOSA

Por los momentos que hemos dejado de compartir. por que vives completamente mi vida. mi profesión. por el amor y la ilusión que todos los días me profesas.

A MI BEBITA

Por llenar mi vida de alegría. con tu inocente sonrisa y la pureza de tu mirada. TE AMO desde el primer día en que supe que llegarías a nuestras vidas.

A MIS HERMANOS

Por estar presentes en mi vida y en mi corazón por siempre.

A LOS PADRES DE MI ESPOSA

Por la comprensión y ayuda brindada en todo momento.

AL DR. VICTOR MANUEL ESCOBEDO SOSA

Por ser un gran maestro, por su gran esfuerzo de cada día, por habernos transmitido el mensaje de sus conocimientos, por infundirnos el amor y el deseo de estudiar y practicar la MEDICINA.

A todos aquellos que desinteresadamente han sido parte fundamental con sus consejos y enseñanzas en mi vida profesional.

" MI GRATITUD ETERNA "

- 1.- OBJETIVO. Identificación de factores asociados a la enuresis del paciente pediátrico.
- 2.- DISEÑO . Estudio de tipo prospectivo, descriptivo, transversal, observacional, en el periodo comprendido del 4 de Mayo al 30 de Noviembre de 1992.
- 3.- MARCO DE REFERENCIA . Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 68 Tlupetlac, Estado de México IMSS, subdelegación Ecatepec .
- 4.- PACIENTES. Muestra no probabilística, obtenida mediante muestreo intencional (expert sampling) constituida por 40 pacientes, de ambos sexos, enuréticos enviados de medicina familiar a pediatría por diferentes motivos, con edades comprendidas entre los 3 y 14 años.
- 5.- INTERVENCIÓNES. Previa explicación al familiar del menor, se realizó interrogatorio dirigido, identificando: El motivo de envío; datos de identificación; antecedentes familiares, educativos y de enuresis, cuadro clínico; se identificaron las conductas de personalidad de los padres y situaciones de crisis familiar, en todos los casos se efectuó seguimiento de la respuesta al manejo prescrito.
- 6.- RESULTADOS. El grupo de estudio se constituyó por 32 masculinos y 8 femeninos, con una media de 8.05 años de edad, identificándose 8 motivos de interconsulta. El 32.5% de las familias fueron disfuncionales, el 22.5% manifestaron antecedente familiar de enuresis. El 55% fueron enuréticos nocturnos y secundarios, se asoció en 17.5% a infección de vías urinarias. Exclusivamente 17.5% de los pacientes presentaron evolución favorable.
- 7.- CONCLUSION. El padecimiento se presenta a una edad promedio entre 6 y 8 años de edad con una relación 4:1 en favor al sexo masculino, más frecuente en primogénitos. Las familias presentan disfunción familiar, siendo ésta más frecuente en parejas casadas, dado el comportamiento consideramos que es un padecimiento de carácter heredofamiliar.

En nuestro estudio predomina la enuresis de tipo nocturno y secundaria. 7 de 40 pacientes con este diagnóstico se asoció a infección urinaria. El 80% de los pacientes fué enviado con otro diagnóstico a la consulta externa de pediatría. La respuesta al tratamiento es no significativa y su evolución se ve limitada por la falta de participación de los padres.

CONTENIDO

I.-	CARATULA	
II.-	APROBACION DE TESIS	
1.-	AGRADECIMIENTOS.....	1
2.-	RESUMEN.....	3
3.-	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	5
4.-	ANTECEDENTES.....	6
5.-	OBJETIVOS.....	12
6.-	HIPOTESIS.....	13
7.-	MATERIAL Y METODOS.....	14
8.-	RESULTADOS.....	15
9.-	CUADROS Y GRAFICAS.....	18
10.-	DISCUSION DE RESULTADOS.....	26
11.-	CONCLUSION.....	28
12.-	BIBLIOGRAFIA.....	29

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La enurésis como problema médico que compete a médicos familiares, pediatras, urologos, puidopsiquiatras entre otros.

Ante la frecuencia del padecimiento, las dificultades diagnósticas y terapéuticas que representa para las diferentes especialidades, la búsqueda de factores condicionantes.

La enurésis como expresión multifactorial, complejo sindromático, como consecuencia de alteraciones psicológicas, de tipo afectivo-emocional y que en nuestro país solo existe un esbozo, los estudios que se han realizado, no representan algo serio, que determine la importancia real que pudiera tener la enurésis como complejo sindromático y su repercusión, sobre el desarrollo social, emocional y cognoscitivo del paciente pediátrico, no así como síntoma aislado al cuál no se le presta la importancia real, aludiendo para ello la tendencia a desaparecer del padecimiento al llegar la adolescencia, pero quedando arraigados trastornos de conducta y del área afectivo-emocional.

Considero que la problemática actual de la sociedad en México enmascara la tendencia real que pudiera tener este padecimiento en nuestro país. Mantener el bienestar psico social del niño, determina estrechar las relaciones con el medio ambiente del paciente, así como la participación de los padres para hacerlo más favorable

ANTECEDENTES

La enurésis, comúnmente conocida como "mojadura de cama", es uno de los síntomas que con mayor frecuencia es relatado al médico familiar, al médico general y al pediatra. (1)

La definición de enurésis varía de autor a autor y de la disciplina que la enfoque; a nivel de medicina interna, se le considera como la emisión involuntaria de orina, usualmente por las noches, sin trastorno urológico evidente (2). Surós la define como una incontinencia de orina durante el sueño (3). Al considerar la maduración fisiológica del esfínter vesical, en la definición se incluye el criterio de edad, tal es el caso de Novello y otros autores que la señalan como la eliminación involuntaria de orina que ocurre a una edad en la que cabría esperar el control vesical; entre 1 y 5 años de edad, después de los tres a cuatro años de edad (1,4,5,6), durante el sueño nocturno (1,4,5), o también durante el día (6). No debiendo aplicar el concepto a no ser que persistan las micciones involuntarias cuando menos una vez por semana después de los 5 años de edad en las niñas y de 6 a 10 años en los niños. (1)

Una definición que involucra parte de la etiopatogenia de la entidad, es proporcionado por Simonds (7) refiriendo que es la incontinencia urinaria en la ausencia de alteración orgánica, ya que existe una amplia evidencia de que su incidencia es mayor en niños con problemas psicológicos, especialmente en niñas (8). Por lo anterior debiera ser considerada como una enfermedad de conducta, en que los niños son psiquiátricamente anormales (50%) y todos tienen antecedentes de desordenes emocionales. (9)

La clasificación de la enurésis, parte de tres criterios fundamentales:

- 1.- Ausencia o no del control del esfínter vesical; siendo primaria cuando nunca se ha logrado continencia de orina, y secundaria cuando reaparece la incontinencia de cuando menos 6 meses a 1 año de continencia. (1,10)
- 2.- El horario en el que se presenta la incontinencia; pudiendo ser por tanto: diurna, nocturna y diurno-nocturno. (1,11,12)

3.- El factor etiológico, el cual es parcialmente desconocido pudiendose considerar multiples factores predisponentes.

Para explicar la etiología se han formulado diferentes teorías como son: 1) retraso en el desarrollo mental, 2) desórdenes de aprendizaje, 3) psicológicos, 4) factores físicos, 5) factores que inhiben o facilitan el aprendizaje del control vesical, 6) factores sociales, 7) familiares y sexuales, 8) una teoría dualista de base biológica y psicológica.

La enuresis se engloba: 1) neurogénica. Desorden de tipo neurológico, 2) urológica, secundaria a pielonefritis, 3) psicogénica, debida a desórdenes emocionales, 4) ambiental, ambiente hostil del niño, 5) diurna, ligada a desórdenes psiquiátricos, 6) secundaria, se presenta cuando el niño ya no se orinaba; en un periodo determinado previo, relación, alteración emocional o actos agresivos. (14)

De acuerdo a Woodmansey (13) puede ser:

- 1.- Resultado de ausencia normal del control cerebral en la vida temprana.
- 2.- Como parte específica de un síndrome de temor o incontinencia relativa. Enuresis como signo de disturbio emocional existiendo evidencias de su asociación a experiencias desagradables y a otros síntomas psiquiátricos que afectan al niño, incluso al adolescente, es decir, está relacionada a conflictos y stress vivencial, como la imposición persistente.

Algunos autores consideran que existe un factor hereditario, probablemente un gene dominante (14) que tiende a manifestarse con carácter familiar. Mas frecuente en el sexo masculino y primogénito. Generalmente existen antecedentes familiares de enuresis (1,6). Se considera un trastorno familiar (14). En el 70% de familias con niño enuretico aparecen los síntomas en más de un miembro de la familia. En el 40% cuando menos uno de los padres tiene antecedentes de enuresis nocturna. Cerca del 30% de padres y hermanos y 20% de las madres y hermanas, tienen antecedentes de enuresis.

Si uno de los padres esta afectado el riesgo de tener un hijo (a) con enuresis es de 40 y 25% respectivamente. Mayor incidencia en gemelos monocigotos es doble que en dicigotos. A medida que disminuye la relación genética, baja también la incidencia de enuresis. (1)

La adversidad social es un factor también referido ya que según Douglas (15): a mayor índice de adversidad social, mas grave la severidad de la enuresis. Igualmente se han implicado las alteraciones psicosociales y de dinámica familiar. (12,14,16)

Causas psicológicas: stress psicológico.

Villanueva y otros autores señalan que en la mayoría de niños enuréticos, no se detectan alteraciones orgánicas, lo cual sugiere la probabilidad de factores emocionales como causa.

Es importante durante el período de desarrollo de los 2 a los 4 años de edad, señalándose como conflictos que desencadenan enuresis: síndrome de ansiedad, depresivos evidentes o enmascarados (12), sentimientos de culpabilidad debido a fantasías sexuales, masturbación, temor para ir al baño, separación de los padres, la muerte de uno de los padres, nacimiento de un hermano, cambio de domicilio, problemas conyugales, abuso del niño y perder el control de esfínteres cuando ya se ha establecido. (1,5,17,18,19,20)

Mal adiestramiento. A una edad muy temprana puede causar angustia.

Condicionamiento. Se condiciona a vaciar la vejiga cuando se sienta al niño en la bacinica. Siendo el condicionamiento negativo cuando se obliga. (21)

Personalidad de la madre. Determinación, obsesión de la madre por enseñar al niño a controlar sus esfínteres tempranamente, hecho perjudicial. (22)

Alteraciones en el desarrollo. Pacientes que acuden a instituciones o escuelas especiales de lento aprendizaje. (15,16,23)

Desarrollo del EGO y personalidad del niño. A los 6 meses de desarrollo del EGO, 9 a 10 meses, comienza a repetir acciones que llamen la atención. En el decimo segundo mes entra a la etapa del negativismo, se rehusa a realizar cosas por la fuerza y busca llamar la atención por cualquier medio, utilizando la micción para tal fin. (11,21)

Los factores psicológicos podríamos clasificarlos en 4:

- a) Como episodio regresivo. Separación del hogar, medidas de adiestramiento rígidas y severas o traumas emocionales.
- b) Inseguridad prolongada. Exposición del niño al miedo, incertidumbre. La sobreprotección materna, y la presión que se hace sobre los niños en busca de la madurez y autosuficiencia antes de que tengan el nivel apropiado para tales aspiraciones.
- c) Privación emocional. Niños con problemas de la personalidad y dificultades para el aprendizaje.
- d) Como síntoma de depresión

CAUSAS ORGANICAS

Alteraciones del tracto genitourinario, anomalías de uretra, vejiga, lesiones obstructivas, irritación local, estrechez del meato o uretra, fimosis, balanitis, balanopostitis, cistitis, pielonefritis (casi el 15% de niños con infección de vías urinarias padece enuresis). Bacteriuria asintomática es frecuente en escolares). (1)

Disminución de la capacidad vesical, clitoris adherente, oxiuriasis, espina bifida, retraso mental, control motor defectuoso vesical, hipervagotonia, desarrollo inadecuado de reflejos condicionados, engrosamiento de mucosa vesical.

Falta de madurez fisiológica o disminución de la capacidad funcional vesical y aumento de la irritabilidad en un 85% de pacientes enureticos. (1,14,22,24,25)

Otras causas de enuresis : Insuficiencia renal, Diabetes mellitus, anemia de células falciformes, hipotiroidismo, epilepsia, tuberculosis y mielomeningocele. (26,27,28)

Reacciones alérgicas alimentarias contribuyen a una reducción de la capacidad vesical y aumento de la inestabilidad del detrusor. Efecto irritante de ciertos alimentos, sobre una vejiga sensible. (1.17)

Desconocimiento del desarrollo normal y variaciones en el niño.

Flojera, influye la lejanía del baño, por lo que el niño prefiere orinar en la cama. (21)

EPIDEMIOLOGIA

La distribución de la enuresis es universal, se asocia con mayor frecuencia a medio socioeconómico bajo, así como bajo nivel educativo (2.3.16,29). El 80% de los casos es primaria y el por ciento restante es secundaria. (1)

La prevalencia de enuresis nocturna en la población abierta a nivel mundial es en un 15 a 20% de los 5 a los 10 años, 5% de 10 a 12 años y 2% de los 12 años en adelante. (10.12.30)

Es más frecuente en los niños que en las niñas, con una relación 2 a 3 veces:1 (1.31). Del 8 al 10% de la población infantil presentan enuresis. (5.32)

A los 5 años podemos encontrar de 10 a 15% de enuréticos (en grado de una vez al mes). La incidencia es mayor a los 7 años de edad. A los 10 años un 7%, en la adolescencia es rara 2 a 3%, en la etapa adulta 1%. (1.10.17)

TRATAMIENTO

Este se basa en la búsqueda de los posibles factores desencadenantes mediante un estudio psicosocial y una buena exploración física. Por ejemplo:

Ayudar al niño a aceptar a su nuevo hermano, o a los padres a adoptar la actitud y las medidas adecuadas para enseñar a su hijo higiene personal.

Es importante conseguir la cooperación del niño y motivarle para que afronte el problema. Suele ser una buena medida gratificar al niño por no mojarse durante la noche. El niño y el padre pueden llevar la cuenta de las noches sin enuresis. Y al cabo de 1 ó 2 noches se le

puede dar un pequeño regalo o premio: los premios irán según lo que vaya siendo el control del niño. Que los niños mayores laven sus sábanas y pijamas mojadas, no beber nada después de la cena, orinar antes de ir a la cama.

Sólo algunos niños se benefician de que se les despierte repetidas veces para llevarle al cuarto de baño; esto puede inducir o agravar la ira del niño o de los padres. Se debe evitar decididamente que los padres u otras personas castiguen o humillen al niño.

No suele ser necesario el empleo de dispositivos condicionantes (timbres que suenan cuando se moja la sábana) estos se deben de reservar para casos persistentes y refractarios en los que el amor propio del niño esta muy afectado. (22)

El 99% de los enuréticos no tienen problemas orgánicos, lo que ha hecho pensar en la posibilidad de causa de alteración psicoafectiva. (16)

La enuresis no tratada remite de 10 a 20% y la resolución espontánea es la regla a este problema.

La decisión de tratar la enuresis depende de las expectativas de beneficio al niño. La terapia es prolongada y compleja. Se han reportado diferentes técnicas para su manejo y control, como la orientación motivacional, con reforzamiento, psicoterapia, ejercicios vesicales y acondicionamiento mediante los dispositivos de alarma (colchón electrónico) con un éxito de 80%. Por otro lado el manejo de medicamentos que incluyen la imipramina, amitriptilina, oxibutonina y desmopresina (vasopresina).

La mejor terapéutica consiste en proporcionar tranquilidad, ofrecer asesoramiento, apoyo y esperar que pase el tiempo para la remisión espontánea. Solo cuando la presencia de enuresis interrumpe el orden del desarrollo social, emocional, cognoscitivo, o motor normal debe recurrirse a medicamentos y pensar en los dispositivos mencionados. (16)

OBJETIVO

Identificar los factores asociados a la enuresis del paciente pediátrico de la zona de influencia del HGZ/MF No. 68 .

HIPOTESIS

No requiere en virtud de ser la fase inicial del estudio del problema, para identificar los factores que se asocian a este.

MATERIAL Y METODOS

Se incluyeron a pacientes masculinos y femeninos enviados por medicina familiar por primera vez, al servicio de consulta externa de pediatría, del 4 de Mayo al 30 de Noviembre de 1992. Independientemente del motivo de envío, con edad comprendida entre los 3 y 14 años.

Al familiar acompañante de cada paciente que fue incluido, previa explicación referente a la investigación, se le realizó interrogatorio dirigido a la detección de enuresis; en los casos que resultaron positivos se identificó el motivo de envío, edad y sexo, así como el número de gesta correspondiente al paciente, estado civil y escolaridad de los padres, antecedente familiar de enuresis, identificandose el parentesco del familiar implicado.

En relación a la enuresis se identificó de acuerdo al horario de presentación, si fue primaria o secundaria. En todos los casos se indicó examen general de orina y urocultivo para descartar infección de vías urinarias. Se identificaron factores predisponentes a nivel familiar (situaciones de crisis, en los subsistemas o en ciclo vital de la familia). Se confirmó el diagnóstico, efectuando seguimiento a la respuesta terapéutica indicada y en caso de fracaso se identificó el tipo de enuresis en la que se presentaron los factores predisponentes correspondientes.

RESULTADOS

El universo quedo constituido por un total de 1419 pacientes. Detectando 40 casos de enuresis. 32 del sexo masculino y 8 femeninos.

La edad del grupo de estudio tuvo una media de 8.05 ± 2.94 (DE) años, en relación al sexo masculino fue de 8.56 ± 3.03 (DE), en tanto que para el femenino de 6 con una (DE) de 1.30. (Cuadro y gráfica No. 1).

Se identificaron ocho motivos de solicitud de interconsulta al servicio de pediatría, siendo el más frecuente hipercinencia (22.5%), seguido de enuresis e infección de vías urinarias con 20% respectivamente. En casos masculinos, los motivos en orden decreciente fueron: Hipercinencia, enuresis y trastornos del aprendizaje, en tanto que los femeninos predominó infección de vías urinarias sobre enuresis e hipercinencia. (Cuadro No. 2)

El 35% de los pacientes habian sido producto de la primera gesta y 32.5% de la segunda. (Cuadro No. 3)

En relación al estado civil de los padres, predominó en casados (65%), seguido de unión libre (22.5%), separados (10%) y un caso viuda. De estos se obtuvieron datos compatibles con disfunción familiar en 32.5%, siendo mayor en los casados (17.5%), que en los separados (7.5%) y unión libre (5%) quedando incluida igualmente el de la viuda.

La escolaridad de los padres, involucró primaria en el 32.95%, seguido de secundaria en el 12.65%. (Cuadro No.4)

En lo que respecta al antecedente familiar de enuresis fue positivo en el 22.5% de los casos, predominando en los del sexo masculino (20%). Involucrando exclusivamente a un elemento de la familia 5 casos y en los restantes 3. Los padres manifestaron enuresis en su infancia en el 17.5%, involucrándose a 4 padres y 3 madres. La asociación de padre-hermano se identificó en 2 casos y la de madre-hermana en 1. (Cuadro No. 5)

De acuerdo al horario de presentación de la enurézis, predomina la de tipo nocturno (55%), seguida de la de tipo nocturno-diurno (32.50%) y la diurna (12.50%). (Cuadro No.6)

En base al antecedente de control o no control del esfínter vesical (Gráfica No. 2). Se clasificaron como enurézis primaria a 18 (45%) de los cuales 12 fueron masculinos y 6 femeninos. 22 fueron de enurézis secundaria (55%). (Cuadro No.7)

Se identificó antecedente de infección de vías urinarias en 8 masculinos y en 6 femeninos, confirmandose mediante urocultivo, en 3 masculinos, de tipo secundaria. 2 de presentación nocturna y una de nocturno-diurno y en 4 femeninos, 3 de tipo primaria. 2 de presentación nocturna, 1 nocturna diurna, 1 de tipo secundaria de presentación diurna. Se aisló E. coli en el 71.42% de estos casos, 2 con E. coli asociada con Klebsiella sp 28.57% , prescribiéndose el manejo antimicrobiano respectivo en todos los casos, observando que en cuanto a la evolución de la enurézis resultó favorable sólo en 2 casos, un masculino y un femenino, de tipo secundario, presentación nocturna, y de tipo primario, presentación nocturna respectivamente. resultó no favorable en 5 casos, 2 masculinos con enurézis secundaria, 1 con presentación nocturna y 1 con presentación nocturno-diurno y 3 femeninos, 2 de tipo primaria, con presentación nocturno y nocturno-diurno respectivamente, finalmente 1 de tipo secundaria con presentación diurna.

En lo que respecta a problemas de conducta, la valoración por psiquiatría, en el caso del padre identificó que era golpeador en el 25% de los casos, de carácter explosivo 35% , creador de ambiente hostil 12% , abandono constante del núcleo familiar 10% , sobreprotectores 2.5% , severos 5% y de rechazo al menor 7.5% .

En lo concerniente a la madre : golpeadoras 15% , carácter explosivo 32.5% , creadora de ambiente hostil 5% , sobreprotectores y abandono del núcleo familiar 4% respectivamente, severidad 5% , con síntomas de ansiedad 2.5% , personalidad obsesivo-compulsiva 7.5% , rechazo al menor 2.5% y sometimiento a la autoridad del esposo 10% . Las repercusiones en el subsistema fraterno se presentó en 3 casos, en 2 conductas de ansiedad y rechazo del hermano en 1 .(Cuadro No. 8)

Se detectaron como factores generadores de crisis familiar en el paciente enurético : Separación de los padres 3 casos, muerte de uno de los padres 1 caso, aparece ante el nacimiento del hermano 1 caso, problemas conyugales presenciados por el paciente 7 casos y referido como hijo no deseado en 3 casos.

Algunas de las conductas asociadas que presentó el paciente enurético fueron : Onicofagia 6 pacientes, hipercinesia 7, temor a la obscuridad y agresividad 6 pacientes respectivamente, problemas de aprendizaje, trastornos de atención e inquietud nocturna 5 pacientes respectivamente, noctilalia y polifagia 4 respectivamente con 2 pacientes respectivamente encontramos terror nocturno, dislexia, irritabilidad, encopresis y síndrome convulsivo.

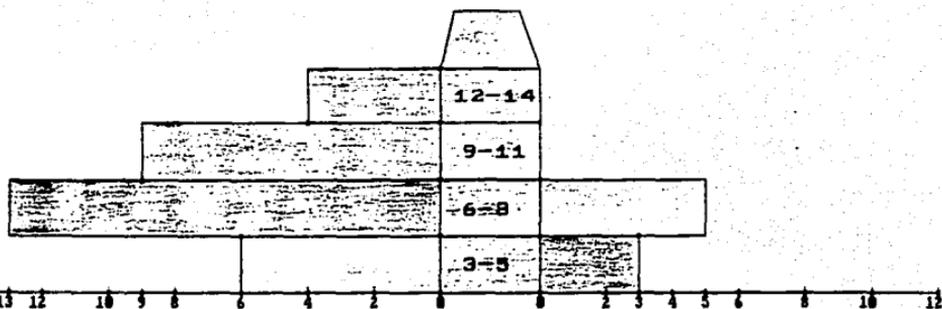
En todos los casos, se prescribió manejo farmacológico; en 29 (72.5%) con imipramina, en 22 casos se administró sola, en 6 asociada a metilfenidato y en 1 caso se asoció a difenilhidantoinato; en 10 (25.0%) con carbamazepina, de estos, en 6 casos se administró sola, en 3 asociada a metilfenidato y en 1 a difenilhidantoinato; en 1 caso se prescribió manejo con asociación de imipramina, metilfenidato, difenilhidantoinato y carbamazepina. (Cuadro No. 9)

La evolución presentada hasta el mes de noviembre fue considerada favorable en 7 casos masculinos (17.5%) y 4 femeninos (10%). De estos 6 (15%) y 3 (7.50%) respectivamente estaban siendo manejados con imipramina sola (Cuadro No. 9). Respecto a estos casos, 7 (17.5%) fueron de enuresis secundaria (Cuadro No. 10). Con cuadro nocturno 5 (12.5%) (Cuadro No. 11). Fue no favorable en 72.5% de los casos, de estos 42.5% fueron del tipo secundario y 30% del primario ($P > 0.30$) (Cuadro No. 10). En estos pacientes los factores implicados en la respuesta al manejo, fue la falta de participación de los padres (no modificación de la conducta personal, no cumplir el rol de sensor en el programa de terapia conductual) en 47.5%, no al seguimiento de las indicaciones médicas 30%; falta de apoyo en la terapia conductual (ejercicios vesicales) en 22.5%, 15% no acudían de manera regular a las citas de seguimiento, en 1 caso 2.5% abandono definitivo del tratamiento al finalizar el estudio.

GRAFICA No.1 DISTRIBUCION DE EDAD POR SEXO.
 DE 40 PACIENTES ENURETICOS
 HGZ/MF No. 68
 MAYO - NOVIEMBRE 1992.

MASCULINO

FEMENINO



X 8.56 Md 8 Mo 8 R 4-14=10
 DE +- 3.03

X 6 Md 6 Mo 5,6,7
 R 4-8=4 D.E +- 1.30

FUENTE: CUADRO No.1

CUADRO No.1 EDAD EN INTERVALOS POR SEXO DE
40 PACIENTES ENURETICOS. HGZ/MF No. 68
MAYO - NOVIEMBRE 1992

GRUPO DE EDAD	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
3 - 5	6	15.00	3	7.50	9	22.50
6 - 8	13	32.50	5	12.50	18	45.00
9 - 11	9	22.50	-	-	9	22.50
12 - 14	4	10.00	-	-	4	10.00
TOTAL	32	80.00	8	20.00	40	100

FUENTE: FORMAS 4:30-128/72

CUADRO No.2 MOTIVO DE SOLICITUD DE
INTERCONSULTA A PEDIATRIA EN
40 CASOS DE ENURESIS
HGZ/MF No. 68
MAYO - NOVIEMBRE 1992

MOTIVO	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
ENURESIS	6	15	2	5	8	20
TRASTORNO DEL LENGUAJE	4	10	-	-	4	10
EPISTAXIS	2	5	-	-	2	5
INFECCION DE VIAS URINARIAS	3	7.5	5	12.50	8	20.0
HIPERCINESIA	8	20.0	1	2.50	9	22.5
CRIPTORQUIDEA	2	5.0	-	-	2	5.0
TRASTORNOS DE APRENDIZAJE	6	15.00	-	-	6	15.0
CRISIS CONVULSIVAS	1	2.5	-	-	1	2.5
TOTAL	32	80	8	20	40	100

FUENTE: FORMAS 4-30-8

CUADRO No.3 ANTECEDENTE DEL NUMERO DE
GESTACION EN 40 PACIENTES ENURETICOS
POR SEXO. HGZ/MF No. 68
MAYO - NOVIEMBRE 1992

GESTACION	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
I	10	25	4	10	14	35
I I	11	27.5	2	5	13	32.5
I I I	8	20	2	5	10	25
I V	2	5	0	0	2	5
V I I	1	2.5	0	0	1	2.5
TOTAL	32	80	8	20	40	100

FUENTE: FORMA 4-30-128/72.

CUADRO No.4 ESCOLARIDAD DE LOS PADRES
DE 40 PACIENTES ENURETICOS
HGZ/MF No. 68
MAYO - NOVIEMBRE 1992.

ESCOLARIDAD	PADRES	MADRES	TOTAL
ANALFABETA	4	3	7
PRIMARIA INCOMPLETA	11	14	25
PRIMARIA COMPLETA	10	13	23
SECUNDARIA INCOMPLETA	4	6	10
SECUNDARIA COMPLETA	5	4	9
BACHILLERATO	2	0	2
TECNICO	3	0	3
TOTAL	39	40	79

FUENTE: FORMAS 4-30-128/72.

**CUADRO No.5 ANTECEDENTE FAMILIAR DE ENURESIS
EN 9 PACIENTES ENURETICOS HGZ/MF No. 68
MAYO - NOVIEMBRE 1992**

SEXO	MASCULINO								FEMENINO
	No. PACIENTE								No. PACIENTE
PARENTESCO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
ABUELO MATERNO	-	-	-	-	-	-	-	1	-
ABUELO PATERNO	-	-	-	-	-	-	-	-	-
MADRE	-	-	-	-	1	-	1	-	1
PADRE	1	-	1	-	-	1	-	1	-
HERMANO	1	1	1	1	-	-	-	-	-
HERMANA	-	-	-	-	-	-	2	-	-
TIOS PATERNOS	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TIOS MTERNOS	1	-	1	-	-	-	-	1	-
TOTAL	3	1	3	1	1	1	3	3	1

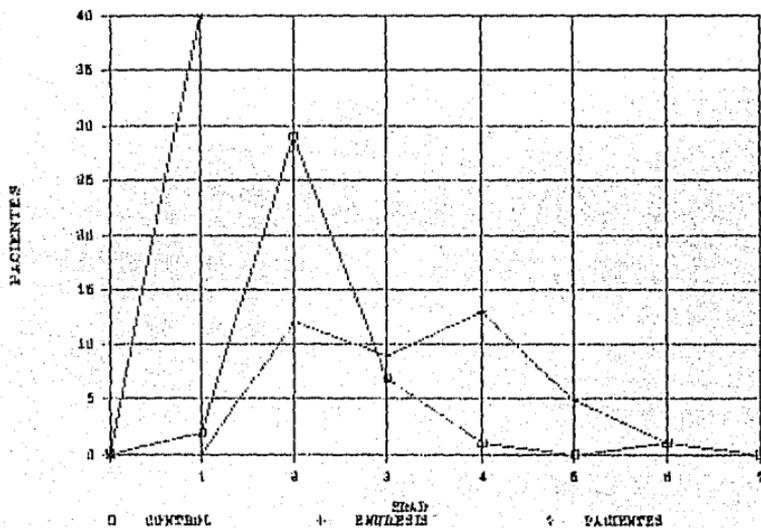
FUENTE: FORMA 4-30-128/72

**CUADRO No.6 TIPO DE ENURESIS HORARIA POR
SEXO EN 40 PACIENTES
HGZ/MF No. 68
MAYO - NOVIEMBRE 1992**

TIPO	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
NOCTURNA	20	50	2	5.00	22	55.00
DIURNA	3	7.50	2	5.00	5	12.50
NOCTURNO - DIURNA	9	22.50	4	10.00	13	32.50
TOTAL	32	80.00	8	20.00	40	100

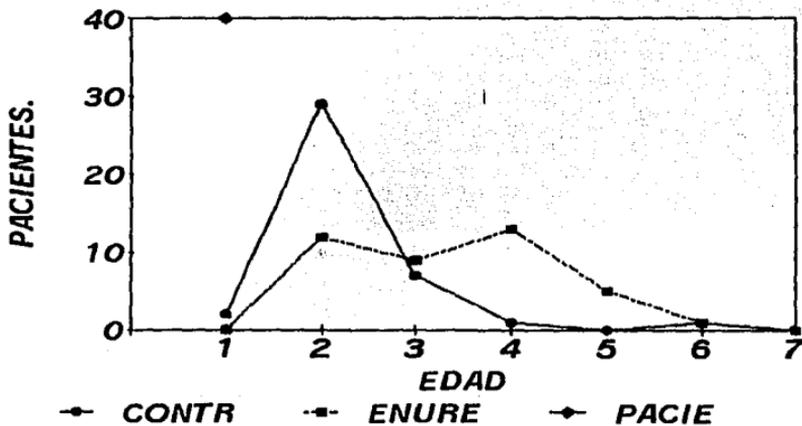
FUENTE: FORMA 4-30-128/72

GRAFICA No.2. EDAD DE CONTROL DEL ESFINTER VESICAL Y DE INICIO DE LA ENURESIS EN 40 PACIENTES. H62/MF No.68.
MAYO - NOVIEMBRE 1992.



FUENTE: FORMAS 4:30-128/72

GRAFICA No.2. EDAD DE CONTROL DEL ESFINTER VESICAL Y DE INICIO DE LA ENURESIS EN 40 PACIENTES. HGZ/MF No.68.
MAYO - NOVIEMBRE 1992.



FUENTE: FORMAS 4:30-12B/72

**CUADRO No.7 TIPO DE ENURESIS DE ACUERDO
AL CONTROL DEL ESFINTER VESICAL EN
40 PACIENTES HGZ/MF No.68
MAYO - NOVIEMBRE 1992**

TIPO DE ENURESIS	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
PRIMARIA	12	30	6	15	18	45
SECUNDARIA	20	50	2	5	22	55
TOTAL	32	80	8	20	40	100

FUENTE: FORMAS 4-30-128/72

**CUADRO No.8 PROBLEMAS PSICOLOGICOS
IDENTIFICADOS EN LOS PADRES DE
40 PACIENTES ENURETICOS
HGZ/MF No.68
MAYO - NOVIEMBRE 1992**

CARACTERISTICAS ACTITUDES	PADRE	MADRE	HERMANOS
GOLPEADOS	10	6	-
CARACTER EXPLOSIVO	14	13	-
AGRESION EMOCIONAL HOSTILIDAD	5	2	-
ABANDONO	4	4	-
SOBREPROTECCION	1	4	-
SERENIDAD	2	2	-
COMPRESION	-	-	-
ANSIEDAD	-	1	2
PERSONALIDAD ORSESIVO-COMP-DOMIN.	-	3	-
RECHAZO	3	1	1
BURLA	-	-	-
SONETIDA AL ESPOSO	-	4	-

FUENTE: 40 NOTAS MEDICAS PSIQUIATRICAS

CUADRO No. 9 EVOLUCION POR SEXOS DEL MANEJO
FARMACOLOGICO DE 40 PACIENTES ENURETICOS
HGZ/MF No. 68
MAYO - NOVIEMBRE 1992

MANEJO		NULA		FAVORABLE	
		MASCULINO	FEMENINO	MASCULINO	FEMENINO
L M P H	SO LA	10	3	6	3
	METILFENIDATO	6	-	-	-
	D F H	1	-	-	-
CARBAMAZEPINA	SO LA	3	1	1	1
	METILFENIDATO	3	-	-	-
	D F H	1	-	-	-
IMIPRAMINA METILFENIDATO D F H CARBAMAZEPINA		1	-	-	-
TOTAL		25	4	7	4

FUENTE: FORMAS 4-30-128/72

CUADRO No. 10 EVOLUCION POR SEXO SEGUN EL
TIPO DE ENURESIS EN 40 PACIENTES
HGZ/MF No. 68
MAYO - NOVIEMBRE 1992

TIPO DE ENURESIS	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL
	NULA	FAVORABLE	NULA	FAVORABLE	
RESP. AL TX.					
PRIMARIA	10	2	2	2	16
SECUNDARIA	15	5	2	2	24
TOTAL	25	7	4	4	40

FUENTE: FORMAS 4-30-128/72

CUADRO No. 11 TIPO DE EVOLUCION POR SEXO
 SEGUN EL TIPO DE ENURESIS
 HGZ/MF No. 68
 MAYO - NOVIEMBRE 1992

ENURESIS	MASCULINO		FEMENINO	
	NULA	FAVORABLE	NULA	FAVORABLE
NOCTURNA	16	4	2	1
DIURNA	2	1	1	-
NOCTURNA - DIURNA	7	2	1	3
TOTAL	25	7	4	4

FUENTE: FORMAS 4-30-128/72

DISCUSION DE RESULTADOS

El estudio de 40 pacientes con diagnóstico de enuresis, 32 masculinos y 8 femeninos, nos indica que es un problema importante y que de acuerdo a los resultados de nuestra investigación presenta un comportamiento relativamente diferente al que se reporta en la bibliografía médica.

El grupo de estudio presentó una edad promedio de presentación del problema entre 6 a 8 años de edad. Para el sexo masculino entre 5 a 8 años, contra lo reportado 6 a 10 años, en el sexo femenino 6 a 7 años, contra lo reportado después de los 6 años.

Encontramos una relación 4:1, en relación a que es más frecuente en masculinos, la relación encontrada en la bibliografía es de 2:3.

Los padres de estos pacientes presentan un bajo nivel educativo el 32.9% alcanzan el nivel primaria, mientras que el 12.65% presentan nivel secundaria, además esto pudiera ser determinante para que la mayoría de estos pacientes pertenezca a un nivel socioeconómico bajo.

En nuestro estudio predomina la enuresis de tipo nocturno en un 55%, la de tipo nocturno-diurno con 32.50%, se reporta como una variedad que hace más difícil el manejo y que sin embargo en nuestro estudio la respuesta al tratamiento fue más favorable en el 12.5% . Y la de tipo diurno con 12.50% .

La de tipo primario se presenta en el 45% de los casos, la secundaria en el 55% de los casos, esto contra lo reportado el 60% de los casos es nocturna, el 80% primaria y 20% secundaria. Predomina su aparición en primogénitos 35% y en segunda gesta 32.5% .

La existencia de disfunción familiar, si no es determinante, si influye en la persistencia de los cuadros de enuresis. Se encontró en el 32.5% de los casos, el 17.5% eran casados, separados 7.5% , unión libre 5% .Se encontró una mayor frecuencia de enuréticos en casados con 65% , unión libre 22.5% , separados el 10% . El antecedente familiar es importante, lo encontramos en el 22.5% de los casos, con predominio en el sexo masculino.

Encontramos que en el 10% de las familias, con un elemento enurético, aparecen los síntomas en más de un miembro de la familia, contra un 70% reportado en el estudio. En el 17.5% cuando menos uno de los padres tiene antecedentes de enuresis contra el 40% reportado.

Tienen antecedente de enuresis en el 5% padre-hermano contra el 30% de la bibliografía y 2.5% madre-hermana contra 20% .

Infección de vías urinarias se comprobó y asoció a enuresis en 7 pacientes. Sólo el 20% de los pacientes enuréticos se envió con diagnóstico de enuresis a la consulta externa de pediatría.

La asociación importante de problemas de conducta, así como factores generadores de crisis que se desarrollan en el paciente con enuresis.

En cuanto a la evolución fue favorable en el 17.5% para los masculinos y de 7.5% para los femeninos, total de 22.5% . contra la reportada que es de 30 a 60% y en cuanto a la modificación de conducta el éxito de de 80% .

El tratamiento resultó no favorable en el 72.5% . el 42.5% es de tipo secundaria y 30% de tipo primaria.

El fracaso al tratamiento de estos pacientes puede estar asociado a factores implicados . concernientes a la participación en los programas de tratamiento, apoyo y seguimiento de los casos.

CONCLUSION

En base a los resultados, se identificarón los siguientes puntos de interés. La edad promedio de presentación del problema es de 6 a 8 años de edad. Predomina en el sexo masculino, con relación 4 : 1. Mayor frecuencia de presentación en primogénitos 35% ,segunda gesta 32.5%. Importante el desarrollo bio-psico-social del paciente enurético, que al tener padres con un bajo nivel educacional y en consecuencia formar parte de una clase socioeconómica baja, que en forma importante limita la participación de estos durante el curso del padecimiento. La disfunción familiar, influye negativamente en el niño y por lo tanto favorece la persistencia de enuresis, un ambiente adverso, dificulta la evolución favorable del tratamiento, y de una buena psicoterapia de apoyo.

El subsistema conyugal no representa una garantía, se encuentra una frecuencia elevada de enuresis en hijos de casados en el 55%. Antecedente familiar de enuresis se detectó en el 22.5% de los casos, predominando en un 20% para los masculinos. Así como la coexistencia del padecimiento en diferentes miembros de la familia.

Siete de los 40 pacientes con diagnóstico de enuresis, se encontraron asociados a infección de vías urinarias.

El 80% de pacientes con diagnóstico de enuresis, fue enviado inicialmente con otro diagnóstico a la consulta externa de pediatría.

Es importante la asociación de problemas de conducta, así como la identificación de factores que generan crisis en el comportamiento del paciente con enuresis.

En cuanto al tratamiento, encontramos que la respuesta a los fármacos es baja, no significativa y en cuanto a su evolución es prolongada y compleja, además el manejo y control de los pacientes, se ve limitado por las diferentes conductas, desinterés y falta de responsabilidad, que adoptan los padres por la problemática de su hijo sin importarle las repercusiones que en su vida socio-emocional puedan presentarse.

El señalar los factores asociados que presentan en su mayoría los pacientes con esta entidad, nos permite pensar que esos en alguna forma son determinantes para el inicio y desarrollo del problema.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Novello CA, Novello RJ. Enuréis. *Pediatr Clín North Am* 1989; 771-786 .
- 2.- Czeisler CA, Garys R, Martín J. Principios de medicina interna Harrison. 12a ed. México: editorial interamericana. 1992.249-259 .
- 3.- Surós. Semiología médica. 7a ed. México: Editorial Salvat. 1989.
- 4.- Mahony DT. Enuréis and the juvenil urinary incontinence síndrome. *Urology* 1983; 315-316.
- 5.- Kaplan GW. Serum immunoglobulin and incidence of allergy in group of enuretic children. *Urology* 1977; 428-430.
- 6.- Torroella JM. *Pediatría*. la. ed. México: editorial Méndez Oteo. 1977. 1023 .
- 7.- Simonds JF. A brier survey of current thinking whit respect to pathogenesis and management. *Clinical Pediatrics* 1977; 16: 79-82.
- 8.- Kolvin I. Enuréis in childhood. *The practioner* 1975;214:33-45.
- 9.- Forsythe WI, Redmond A. Enuréis and spontaneous cure rate. *Arch Dis Child* 1974; 49: 2: 259-263.
- 10.- Rushton HG. Nocturnal enuréis: Epidemiology evaluation, and currently available treatment options. *The journal of pediatrics* 1989; 4 114: 691-695.
- 11.- Schmitt BD. Incontinencia urinaria durante el dia (enuréis diurna). *Pediatr Clín North Am* 1982; 1: 9-19.
- 12.- Schmitt BD. Enuréis nocturna: Actualización del tratamiento. *Pediatr Clín North Am* 1982; 1: 21-56.
- 13.- Woodmansey AC. Emotional problem in chilhood and adolescene wethin and soiling. *British Medical Journal* 1972; 3: 161-163.

- 14.- Villanueva G. Enurésis and behavior disorders in children. treatment whit butriptyline as the oney therapeutic treatment. Prensa Médica Mexicana 1976; 41:417-427.
- 15.- Crawford DJ. Introductory comments. The journal of pediatrics 1989; 114 4: 687-690.
- 16.- Kumazawa RM, Franco B, Ruvalcaba R. Manejo de la enurésis primaria nocturna en escolares con lento aprendizaje: utilidad de la imipramina. Bol Med Hosp Infant Mex 1990;47 6: 390-394
- 17.- Mcclorie GA, Husmann DA. Incontinencia y enurésis. Pediatr Clín North Am 1988; 1247-1265.
- 18.- Valenzuela F, Luengas. Manual de pediatría. 10a. ed. México: editorial interamericana. 1985. 76-77.
- 19.- Villanueva GR, Krasovsky Z. Enurésis y transtorno de conducta en niños. Prensa médica mexicana 1976; 417-427.
- 20.- Trimble G. Enurésis: Organic of psicosomatic disorder. JAMA 1989; 84: 30-54.
- 21.- Illingworth. El niño normal. 2a. ed. México: editorial manual moderno, 1985. 334-348.
- 22.- Behrman RE, Vaughan VC. Tratado de pediatría Nelson. 13a. d. México: editorial interamericana, 1991. 58-59.
- 23.- Moffatt. Nocturnal enurésis: pychologic implications of treatment. The journal of Pediatrics 1989; 114: 697-704.
- 24.- Polaino-Lorente AM. Enurésis and relaxation. Clinical results. Folia Clin Int 1976; 411-414.
- 25.- Cutler CH. Radiographic findings in children surveyed for enuresis. Urology 1978; 480-482.
- 26.- Hallgren B. Nocturnal enuresis. Etiologic aspects. Acta Pediatricas 1988; 237-243.
- 27.- Warwick RT. Nocturnal enurésis. Urol Clin North Am 1979;6: 255-258.

- 28.- Arnold SJ. Enuresis. incidence and pertinence of genitourinary disease in healthy enuretic children. Urology 1973; 2: 437-443.
- 29.- Aubrey YJ. Terapia del comportamiento. 5a. ed. México: editorial trillas. 1980. 20-93.
- 30.- Jens NP. Sgren R. Nocturnal enuresis an approach to treatment based on pathogenesis. The Journal of Pediatrics 1989; 705.
- 31.- Meadow YJ. Desmopresina para enuresis. BMJ 1989; 2 98:31-32.
- 32.- Palmisano PA. Enuresis, causes, cures and cautions. Western Journal of Medicine 1976; 125: 347-349.