

**Guía  
clínica para el manejo  
de los trastornos  
de eliminación  
(enuresis y encopresis)**

**Miriam Feria  
Marcela Cárdenas  
Josué Vázquez  
Lino Palacios  
Francisco de la Peña**

# **Guía Clínica para el Manejo de los Trastornos de Eliminación (Enuresis y Encopresis)**

---

Miriam Feria A, Marcela Cárdenas, Josué Vázquez,  
Lino Palacios , Francisco R. de la Peña

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz  
México, 2010

## **Guía Clínica para el Manejo de los Trastornos de Eliminación (Enuresis y Encopresis)**

Miriam Feria A, Marcela Cárdenas, Josué Vázquez, Lino Palacios , Francisco R. de la Peña

### *Editores*

Shoshana Berenzon, Jesús del Bosque, Javier Alfaro, Ma. Elena Medina-Mora

### *Validación Interna*

Ingrid Vargas, Nayelhi Saavedra

### *Validación externa*

Carmen Rojas, Silvia Cantú, Juan L. Vázquez, Sergio Vázquez

### *Aspectos Éticos*

Liliana Mondragón

### *Producción editorial*

Patricia Fuentes de Iturbe

Esta Guía Clínica se diseñó con el apoyo de Recursos para la *Igualdad entre Mujeres y Hombres*, anexo 10 del PEF 2010.

Serie: Guías Clínicas para la Atención de Trastornos Mentales

Secretaría de Salud

D.R. 2010 Instituto Nacional de Psiquiatría *Ramón de la Fuente Muñiz*.

Calz. México-Xochimilco 101, Col. San Lorenzo Huipulco, Delegación Tlalpan, México DF, 14370

ISBN: 978-607-460-143-5

Edición 2010

Impreso en México

### **Citación**

Feria M, Cárdenas M, Vázquez J, Palacios L, De la Peña F. (2010). Guía Clínica para el Manejo de los Trastornos de Eliminación (Enuresis y Encopresis). Ed.S Berenzon, J Del Bosque, J Alfaro, ME Medina-Mora. México: Instituto Nacional de Psiquiatría. (Serie: Guías Clínicas para la Atención de Trastornos Mentales).

Se prohíbe la reproducción total o parcial de esta obra sin la autorización por escrito de los titulares de los Derechos de Autor.

## Índice

Prólogo	5
Introducción	7
Objetivos de la Guía	7
<b>1. Definición de los Trastornos de la Eliminación</b>	<b>11</b>
<b>2. Clasificación diagnóstica</b>	<b>11</b>
<b>3. Epidemiología</b>	<b>13</b>
<b>4. Aspectos socioculturales</b>	<b>14</b>
<b>5. Etiología</b>	<b>15</b>
<b>6. Curso y pronóstico</b>	<b>16</b>
<b>7. Evaluación, diagnóstico y recomendaciones generales</b>	<b>16</b>
<b>8. Tratamiento Farmacológico</b>	<b>17</b>
Aspectos Éticos	19
Referencias	21



## Prólogo

Los datos más recientes en torno a la salud en México muestran cómo las enfermedades mentales, por su curso crónico que se refuerza por el hecho de que sólo una pequeña parte recibe tratamiento, provocan mayor discapacidad que muchas otras enfermedades crónicas. Por ejemplo, entre las diez principales enfermedades considerando mortalidad prematura y días vividos sin salud, tres son enfermedades mentales, la depresión ocupa el primer lugar; se trata de una enfermedad frecuente con alto nivel de discapacidad, de acuerdo con las encuestas realizadas en el Instituto Nacional de Psiquiatría *Ramón de la Fuente Muñiz*<sup>1</sup>, el 6.4% de población la padece. Los trastornos relacionados con el consumo de alcohol ocupan el noveno lugar (2.5%) y la esquizofrenia el décimo (2.1%) en cuanto a carga de la enfermedad<sup>2</sup>.

Paradójicamente el 19% de las personas que padecen un trastorno mental reciben tratamiento, los que llegan tardan un tiempo importante en recibir atención con una latencia que oscila entre 4 y 20 años desde la aparición de la enfermedad, según el tipo de trastorno. A diferencia de lo que ocurre en otros países, la atención es más frecuente en unidades especializadas que en el primer nivel de atención, por cada persona que es atendida en este nivel, 1.7 recibe atención en unidades especializadas, lo que sugiere que las personas que llegan a tratamiento, lo hacen en un estado avanzado de la enfermedad.

Por lo anterior, se ha planteado la creación de unidades de atención especializadas en salud mental (UNEMES-CISAME) en todo el país. Se propone que estas unidades funcionen como el eje donde se estructure la atención comunitaria de la salud mental.

Como parte de este proyecto se solicitó al Instituto Nacional de Psiquiatría desarrollar una serie de guías clínicas sobre los padecimientos más frecuentes en nuestro país, a partir del análisis de la evidencia científica y de los criterios diagnósticos, de prácticas terapéuticas y de acciones preventivas que han probado ser más efectivas en el ámbito del manejo de los padecimientos mentales.

Las 12 Guías Clínicas para la Atención de Trastornos Mentales que conforman esta colección tienen como objetivo proporcionar a los profesionales de la salud recomendaciones prácticas para abordar la detección y el tratamiento efectivo de estos trastornos, ofreciendo las alternativas terapéuticas idóneas en cada proceso.

---

1. Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, México, 2003.

2. Programa de Acción Específico 2007-2012. Atención en Salud Mental. Secretaría de Salud. Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad, México, 2008.

El conjunto de Guías Clínicas es el fruto del trabajo realizado por un grupo conformado por investigadores y clínicos especializados en diversas áreas de la salud mental a quienes agradecemos su compromiso y su interés por contribuir al mejoramiento de la atención y la calidad de vida de los pacientes, así como de su entorno familiar y social.

Asimismo, agradecemos a todas aquellas personas que revisaron y validaron estas guías; esperamos seguir contando con sus valiosas aportaciones para la actualización y mejora continua de estos instrumentos para la práctica clínica.

**Dra. Ma. Elena Medina-Mora Icaza**  
**Directora General**  
**Instituto Nacional de Psiquiatría *Ramón de la Fuente Muñiz***

En esta Guía se revisarán los conceptos generales sobre los Trastornos de la Eliminación, específicamente la enuresis y la encopresis, los cuales constituyen un problema que inicia habitualmente en la infancia y que impacta en el desarrollo de la autoestima del paciente.

## Objetivos de la Guía

1. Reconocer que son los Trastornos de la Eliminación (TE).
2. Identificar las características generales de los Trastornos de la Eliminación.
3. Conocer e identificar en el paciente los síntomas para el diagnóstico del padecimiento.
4. Conocer el origen y las causas de los Trastornos de la Eliminación.
5. Reconocer las principales medidas terapéuticas que pueden implementarse.
6. Aprender estrategias de intervención (afrentamiento) para el manejo de los Trastornos de la Eliminación.

## Características de la Guía

En esta guía se incluyeron dos patologías que en el DSM-IV-TR (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) se engloban dentro de los Trastornos de la Eliminación (TE), la enuresis y la encopresis. Estas patologías han sido poco estudiadas a pesar del impacto que representan en el área familiar, escolar y social.

La presente guía se ha dividido por objetivos los cuales se concretan a dar la información que se espera adquiera el profesional de la salud al término de la lectura de la misma. Estos objetivos se enlazan unos con otros ya que no se puede estudiar a los TE por separado, con esto nos referimos a que con la lectura de esta guía se espera dar al padecimiento una aproximación *multimodal*, es decir enlazar la parte biológica (médica), la psicológica y la familiar.

Esta guía está dirigida a médicos generales, médicos familiares, pediatras y pasantes de la carrera de medicina que tengan contacto y manejen pacientes dentro de la edad pediátrica y que no cuenten con el recurso de manejo por parte de psiquiatría.





# Guía Clínica para el Manejo de los Trastornos de Eliminación (Enuresis y Encopresis)



El DSM-IV-TR define dos Trastornos de la Eliminación (TE): la Enuresis y la Encopresis.

La enuresis se define como el repetido vaciado de orina en la ropa o en la cama, tanto si el vaciamiento es involuntario, como intencionado. Esta conducta debe ocurrir 2 veces por semana durante 3 meses, por lo menos, o causar malestar clínicamente significativo, o alterar el funcionamiento social o académico del niño. La edad cronológica o mental del niño debe ser de al menos 5 años.

La encopresis se define como un patrón de evacuación de heces en lugares inapropiados, tanto si es involuntario, como intencionado. El patrón debe estar presente durante por lo menos 3 meses, y la edad cronológica y evolutiva del niño debe ser de al menos 4 años.

Por ello, los trastornos de la eliminación se caracterizan por la emisión de heces o de orina en lugares inadecuados por un niño, cuyo nivel de desarrollo implica la capacidad de tener control sobre las mismas. El control del intestino y de la vejiga se desarrolla gradualmente durante un periodo de tiempo. Esta adquisición de hábitos higiénicos está afectada por muchos factores, tales como la capacidad intelectual, la madurez social del niño y las interacciones psicológicas entre el niño y sus padres.

La secuencia normal de desarrollo de control sobre el intestino y la vejiga es el desarrollo de continencia fecal nocturna, de continencia fecal diurna, el control diurno de la vejiga y el control nocturno de la misma.

## Clasificación Diagnóstica

# 2

A continuación se presentan los criterios bajo los cuales se puede realizar el diagnóstico de TE. Se presentan dos taxonomías, la primera de ellas corresponde al DSM-IV-TR, esta clasificación sirve para definir una entidad diagnóstica; por otro lado, estos criterios se utilizan para la realización de estudios e investigaciones. La segunda taxonomía que se presenta es la CIE-10 que en la clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento, incluye la enuresis y la encopresis.

### ¿Cómo se realiza el diagnóstico de enuresis de acuerdo con el DSM- IV- TR?

- A. Emisión repetida de orina en la cama o en la vestimenta (sea involuntaria o intencionada).
- B. El comportamiento en cuestión es clínicamente significativo, manifestándose por una frecuencia de 2 episodios semanales durante por lo menos 3 meses consecutivos, o por la presencia de malestar clínicamente significativo por deterioro social, académico (laboral) o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- C. La edad cronológica es de por lo menos 5 años (o el nivel de desarrollo equivalente).
- D. El comportamiento no se debe exclusivamente al efecto fisiológico de una sustancia (por ejemplo, un diurético) ni a una enfermedad médica (por ejemplo, diabetes, espina bífida, trastorno convulsivo).

Se debe especificar el tipo de presentación de la enuresis: Sólo nocturna, sólo diurna o de presentación mixta (nocturna y diurna).

Tipos de enuresis				
<b>Sólo nocturna</b>	Es el subtipo más frecuente, y se define como la emisión de orina sólo durante el sueño nocturno. Esta ocurre típicamente durante el primer tercio de la noche, ocasionalmente, la emisión tiene lugar durante el periodo REM del sueño y el niño puede recordar un sueño que implicaba el acto de orinar.			
<b>Sólo diurna</b>	Ésta se presenta sólo durante las horas de vigilia, es más frecuente en mujeres que en hombres y es poco frecuente después de los 9 años de edad. Los individuos con enuresis diurna pueden dividirse en 2 grupos. Los episodios se dan con mayor frecuencia en las primeras horas de la tarde de los días escolares.			
	<table border="1"> <tr> <td>Incontinencia por urgencia</td> <td>Sufre una enuresis caracterizada por síntomas súbitos de urgencia e inestabilidad del músculo detrusor de la vejiga, lo cual se puede corroborar por cistometría.</td> </tr> <tr> <td>Aplazamiento del vaciado</td> <td>Difiere conscientemente la micción hasta que se produce la incontinencia.</td> </tr> </table>	Incontinencia por urgencia	Sufre una enuresis caracterizada por síntomas súbitos de urgencia e inestabilidad del músculo detrusor de la vejiga, lo cual se puede corroborar por cistometría.	Aplazamiento del vaciado
Incontinencia por urgencia	Sufre una enuresis caracterizada por síntomas súbitos de urgencia e inestabilidad del músculo detrusor de la vejiga, lo cual se puede corroborar por cistometría.			
Aplazamiento del vaciado	Difiere conscientemente la micción hasta que se produce la incontinencia.			
<b>Patrón mixto</b>	Es la combinación de los 2 tipos anteriores.			

### ¿Cómo se realiza el diagnóstico de encopresis de acuerdo con el DSM- IV- TR?

- Evacuación repetida de heces en lugares inadecuados (por ejemplo ropa o el suelo), sea involuntaria o intencionada.
- Por lo menos un episodio al mes durante un mínimo de 3 meses.
- 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 (por ejemplo, laxantes) o a una enfermedad médica (Excepto a través de un mecanismo que implique estreñimiento).

Tipos de encopresis	
Con estreñimiento e incontinencia por rebosamiento	La exploración física evidencia la existencia de estreñimiento o la presencia de defecación menor a 3 veces por semana. En la incontinencia por rebosamiento, las heces están poco formadas y los escapes pueden ser de infrecuentes a continuos, presentándose principalmente durante el día y raras veces durante el sueño.
Sin estreñimiento ni incontinencia por rebosamiento	En este tipo no existe el estreñimiento. Las heces suelen ser de forma y consistencia normales y la aparición de heces es intermitente. Las heces suelen depositarse en un lugar preferente.

### ¿Cómo se realiza el diagnóstico de enuresis de acuerdo a la CIE-10?

#### *F 98.0 Enuresis no orgánica*

No existe una línea de separación clara entre las variaciones normales en la edad de adquisición del control vesical y el trastorno enurético. Sin embargo, la enuresis, por lo general, no debe diagnosticarse en niños menores de cinco años o con una edad mental menor a cuatro años.

En ocasiones puede existir una enuresis transitoria, como consecuencia de una cistitis o poliuria (por ejemplo, en la diabetes). Sin embargo, esto no explica la enuresis que persiste después de que

la infección o la poliuria hayan remitido. No es raro que una cistitis sea secundaria a una enuresis, debido a la infección ascendente del tracto urinario (en especial en niñas), como consecuencia de la humedad persistente.

Incluye:

Enuresis de origen no orgánico, primaria o secundaria.

Enuresis funcional o psicógena.

Incontinencia urinaria no orgánica.

Excluye:

Enuresis sin especificar (R32).

Se pueden emplear otros códigos para detallar con más precisión la clasificación de la enuresis no orgánica. La siguiente clasificación ha sido definida por la Asociación de Pediatría Británica:

F98.00 Enuresis primaria sin especificar

F98.01 Enuresis nocturna primaria

F98.02 Enuresis diurna (y nocturna) primaria

F98.03 Enuresis secundaria sin especificar

F98.04 Enuresis nocturna secundaria

F98.05 Enuresis diurna (y nocturna) secundaria

### **¿Cómo se realiza el diagnóstico de encopresis de acuerdo con la CIE-10?**

#### *F98.1 Encopresis no orgánica.*

El rasgo principal para el diagnóstico es la emisión inadecuada de heces, que puede manifestarse de diferentes maneras. En primer lugar, puede ser la expresión de una falta de entrenamiento adecuado del control de esfínteres o de un fracaso en la respuesta a dicho entrenamiento, con antecedentes de un fracaso continuo, a pesar de haber adquirido un control adecuado. En segundo lugar, puede ser expresión de un determinado trastorno psicológico en el que hay un control fisiológico normal de la defecación, pero por alguna razón hay un rechazo, resistencia o fracaso a aceptar las normas sociales acerca de defecar en determinados lugares. En tercer lugar, puede ser consecuencia de una retención fisiológica por la impactación de heces con un rebosamiento secundario y deposición de heces en lugares no adecuados. Esta retención puede tener como origen las tensiones entre padres e hijos sobre el entrenamiento del esfínter o el evitar una defecación dolorosa (por ejemplo, a consecuencia de una fisura anal) o por otras razones.

En algunas ocasiones, la encopresis puede ir acompañada de conductas alteradas, como untar con heces el propio cuerpo o el medio circundante, y menos frecuente, puede haber manipulaciones o masturbaciones anales. Con frecuencia se acompaña de alteraciones de las emociones o del comportamiento.

La prevalencia de enuresis decrece con la edad. Así, hay la presencia de un 82% de enuréticos entre los niños de 2 años, 49% entre los de 3 años, 26% entre los de 4 años y 7% entre los de 5 años. Sin embargo, estas tasas de prevalencia varían dependiendo de la población estudiada y la tolerancia de los síntomas en las diferentes culturas y grupos socioeconómicos.

Los trastornos mentales sólo están presentes en alrededor del 20% de los enuréticos y son más comunes en las chicas enuréticas, en los niños con síntomas nocturnos y diurnos, y en los que mantienen los síntomas al final de la infancia.

Después de los 5 años de edad, la tasa de remisión espontánea oscila entre el 5 y el 10% anual. La mayoría de los niños con este trastorno se hacen continentales durante la adolescencia, pero aproximadamente en el 1% de los casos el trastorno se prolonga hasta la edad adulta.

En la cultura occidental más del 95% de los niños adquiere el control intestinal aproximadamente a los 4 años y el 99% a los 5 años de edad. Después, la frecuencia decrece hasta prácticamente desaparecer a los 16 años. Después de los 4 años, la encopresis, es 3 ó 4 veces más común en niños que en niñas. Entre los 7 y 8 años la frecuencia es del 1.5% en niños y 0.5% en niñas. De los 10 a los 12 años un 1.3% de niños defecan inapropiadamente una vez al mes, mientras que sólo lo hace 0.5% de las niñas. Se ha demostrado que existe una relación significativa entre la encopresis y la enuresis.

## 4

### Aspectos socioculturales

Las alteraciones asociadas a la enuresis dependen de la limitación ejercida sobre las actividades sociales del niño (por ejemplo, imposibilidad de dormir fuera de casa) o de su efecto sobre su autoestima, las expectativas sociales a que los someten sus iguales y el enojo, el castigo y el rechazo ejercido por los padres o cuidadores. Aunque la mayoría de los niños con enuresis no presentan un trastorno mental coexistente, la prevalencia de síntomas de alteración del comportamiento es mayor en niños con enuresis que en niños sin este trastorno. Algunos niños con enuresis presentan además retrasos del desarrollo, incluyendo retrasos en habla, lenguaje, aprendizaje y habilidades motoras. Puede asociarse encopresis, sonambulismo y terrores nocturnos. Las infecciones de tracto urinario son más frecuentes en niños con enuresis, en especial del tipo diurno, que en los continentales. La enuresis suele persistir tras el tratamiento adecuado de una infección asociada.

Se han sugerido varios factores predisponentes, entre los que se incluyen un adiestramiento del control de esfínteres retrasado o laxo, el estrés psicossocial, retraso en el desarrollo de los ciclos circadianos normales de producción de orina, con la consiguiente poliuria nocturna o anomalías de la sensibilidad central de los receptores de vasopresina y reducción de la capacidad vesical funcional, con hiperactividad vesical (síndrome de la vejiga inestable).

El niño con encopresis suele sentirse avergonzado y puede desear evitar situaciones sociales como campamentos o asistir a la escuela que pudieran producirle vergüenza. La importancia de la alteración depende de su efecto sobre la autoestima del niño, el grado de aislamiento social determinado por los compañeros y el enojo, el castigo y el rechazo manifestados por padres y cuidadores del niño. El embadurnamiento con heces puede ser deliberado o accidental, resultando del intento del niño por limpiar u ocultar las heces que expulsó involuntariamente. Cuando la incontinencia es claramente deliberada se puede sospechar de la presencia de un trastorno negativista desafiante o de trastorno disocial.

Se encuentra una alta asociación de niños con encopresis y estreñimiento crónico con la presencia de enuresis y pueden presentar reflujo vesicoureteral e infecciones crónicas del tracto urinario asociadas, que pueden remitir con tratamiento.

La mayoría de los niños no son intencionadamente enuréticos, e incluso no se dan cuenta hasta que no están mojados. El control normal de la vejiga se adquiere gradualmente y se ve influido por el desarrollo neuromuscular y cognoscitivo, por factores socioemocionales, por hábitos higiénicos y por posibles factores genéticos. La alteración en una o más de estas áreas puede retrasar la continencia urinaria.

Aproximadamente el 75% de los niños con enuresis tiene un familiar biológico de primer grado que también sufre o ha sufrido el trastorno. El riesgo de enuresis es 5 a 7 veces mayor en hijos de un padre con historia de enuresis.

La tasa de concordancia entre gemelos monocigóticos es más alta que la encontrada en gemelos dicigóticos. Existe una seria sospecha de que pueda haber un componente genético; pero buena parte de este fenómeno puede ser explicado por la tolerancia de estas familias a la enuresis y otros factores psicosociales.

Algunos estudios describen que los niños enuréticos tienen una vejiga anatómicamente normal, pero funcionalmente pequeña por lo que sienten una urgente necesidad de vaciado con pequeñas cantidades de orina en ella. Otros estudios afirman que la enuresis sucede porque la vejiga está llena y no hay niveles altos de hormona antidiurética durante la noche, lo cual condiciona una mayor emisión de orina de lo normal. La enuresis no parece relacionarse con un estadio específico del sueño o de la noche, en la mayoría de los casos la calidad del sueño es normal, pero existe evidencia de que el niño enurético duerme más profundamente que el niño que no es enurético.

Los factores de estrés psicosocial parecen precipitar algunos casos de enuresis. En niños pequeños, el trastorno se ha asociado particularmente al nacimiento de un hermano menor, haber sido hospitalizado entre los 2 y 4 años de edad, ingreso a la vida escolar, ruptura familiar por divorcio o muerte y cambio a un domicilio nuevo.

La encopresis con frecuencia es una complicada interrelación entre los factores psicológicos y fisiológicos. La escasa o inadecuada adquisición de hábitos higiénicos puede retrasar el logro de la continencia por parte del niño. La encopresis puede ocurrir en niños con un control intestinal adecuado que, por una variedad de razones emocionales, que incluye la ira, ansiedad, el miedo o la combinación de éstos, no depositan sus heces adecuadamente. Hasta un 75% de los niños con encopresis sufren estreñimiento y tienen un desbordamiento por acumulación excesiva de líquidos.

Cualquier combinación de estos factores puede provocar una lucha de poder entre el niño y sus padres sobre cuestiones de autonomía y control, lo que puede generar dificultades conductuales secundarias. Sin embargo, la mayoría de estos niños no tiene problemas de conducta y al parecer esto se debe a las consecuencias sociales de defecar. Los niños encopreticos que son capaces de controlar su función intestinal de modo adecuado y depositan heces de consistencia relativamente normal en lugares anormales, con frecuencia, son niños con algún trastorno psiquiátrico. La encopresis puede estar asociada a otros problemas del desarrollo neurológico, con fácil distracción, atención breve, baja tolerancia a la frustración, hiperactividad y escasa coordinación.



La encopresis puede ser ocasionada por miedo especial a usar el retrete o también puede ser precipitada por acontecimientos vitales, como el nacimiento de un hermano. A veces, se da una regresión, después de un largo periodo de continencia fecal aparece la encopresis tras situaciones estresantes como la separación de los padres, cambio de domicilio o ingreso a la escuela.

## 6

### Curso y pronóstico

En la literatura se han descrito dos tipos de curso de enuresis: un tipo “primario”, en el que el sujeto nunca ha alcanzado la continencia urinaria, y un tipo “secundario”, en el que el trastorno se desarrolla después de un periodo de continencia urinaria establecida. Por definición la enuresis primaria se inicia a los 5 años de edad. La época más frecuente en que se inicia una enuresis secundaria es entre los 5 a 8 años de edad, aunque ésta puede ocurrir en cualquier momento.

La mayoría de los niños enuréticos describen sus síntomas como desagradables y, cuando llegan a ser continentales, tienen un aumento de la autoestima y una mejoría de la confianza social.

Las recaídas se dan en enuréticos que se han vuelto continentales espontáneamente y en los que están siendo tratados. Entre las dificultades emocionales y sociales significativas de los niños enuréticos se incluyen: mala autoimagen, baja autoestima, vergüenza, y restricción social, así como marcados conflictos intrafamiliares.

La enuresis es usualmente autolimitada y un niño puede finalmente controlar el esfínter sin secuelas psiquiátricas. La encopresis no se diagnostica hasta que un niño ha alcanzado una edad cronológica de por lo menos 4 años (o en niños con retrasos del desarrollo, una edad mental de por lo menos 4 años) un adiestramiento del control de esfínteres inadecuado e inconsistente y el estrés psicosocial (nacimiento de un hermano, ingreso a la escuela) pueden ser factores predisponentes. Se han descrito dos tipos de curso: un tipo “primario” en que el sujeto nunca ha adquirido continencia fecal y un tipo “secundario” en que la alteración se desarrolla tras un periodo de continencia fecal. La encopresis puede persistir con exacerbaciones intermitentes durante años.

## 7

### Evaluación, diagnóstico y recomendaciones generales

#### Contacto inicial y de seguimiento con el paciente

El médico deberá realizar historia clínica médica completa, incluyendo la exploración de los siguientes tópicos: Cómo los padres enseñaron a sus hijos a usar el baño, cantidad de líquidos que se consumen a lo largo del día, cambios de posición que el niño realiza para retener orina o heces, frecuencia de vaciamiento urinario o fecal a lo largo del día, un diario de vaciado es indispensable para proponer el pronóstico de certeza, éste deberá ser completado por los padres las siguientes dos semanas posteriores a la visita inicial. El volumen urinario en pacientes enuréticos puede estimarse midiendo el peso de pañales o pijamas después de cada evento.

La exploración física deberá incluir un riguroso examen del abdomen. El médico deberá buscar en la exploración masas que puedan indicar estreñimiento (abdomen lleno, fluido o aire intestinal, sigmoides o colon descendente palpable), raramente se deberá indicar o realizar un examen ano rectal o estudios de rayos x abdominales para probar la presencia de estreñimiento.

En aquellos niños que presenten enuresis y acudan por primera vez al consultorio se deberá incluir en la exploración física la presencia de puntos ureterales positivos, descartar la presencia en los niños de fimosis y parafimosis aspa, como la presentación repetida de infecciones urinarias. Los estudios que se deberán solicitar en un inicio incluyen un examen general de orina y un urocultivo. En caso de que estos resultaran dentro de rangos normales, convendría solicitar una urografía excretora con placa abdominal post-miccional, con el objetivo de descartar padecimientos como litiasis renoureteral, alteraciones morfológicas y fisiológicas de ureteros y vejiga.

Para la enuresis, los objetivos de la intervención incluyen un diario de sueño, producción nocturna de orina o el equilibrio entre el llenado de la vejiga y la micción espontánea. Por ejemplo, los sistemas de alarma están destinados a la enuresis, pero no lidian con la condición comórbida frecuente del estreñimiento. Estos son los tratamientos más exitosos y la única oportunidad de curar la enuresis.. Hay una cantidad de sitios de Internet que ofrecen dispositivos y proporcionan excelente material educativo para los padres y niños con enuresis.

## Tratamiento Farmacológico



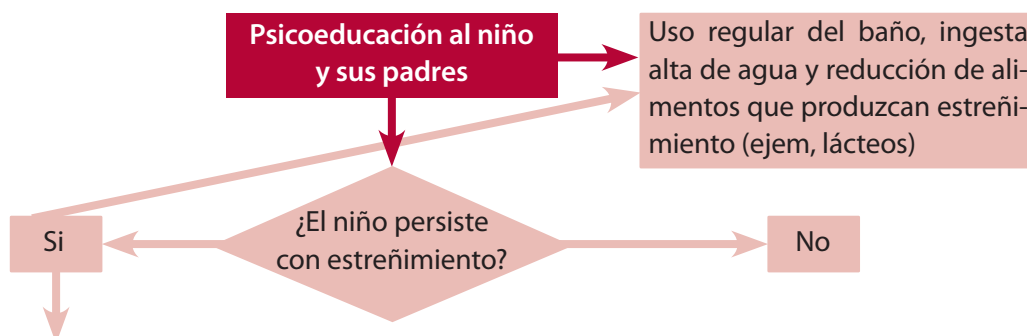
### Tratamiento farmacológico de la encopresis

En el tratamiento de la encopresis se debe enfatizar que las intervenciones farmacológicas son raramente indicadas en niños a diferencia que en el adulto.

Cuando sea necesario un protocolo intestinal puede incluir fibra, como trigo ya que los niños no consumen con frecuencia alimentos ricos en fibra o productos comerciales con fibra. Como componente central de un protocolo intestinal entonces puede utilizarse el polietilenglicol (Nulitelly®). Este es un polvo que al mezclarse con agua actúa como un laxante hidrofílico. Es bien tolerado diariamente, no se absorbe y raramente se contraindica en niños.

Tanto la fibra como el polietilenglicol tienden a incrementar la cantidad de agua en el contenido del colon descendente, disminuye la presión estática transluminal colorrectal y entonces disminuye la presión abdomino-pélvica requerida para la evacuación rectal y de manera secundaria la presión requerida para la evacuación de la vejiga. El aceite mineral (mezclado con helado y agua en la licuadora) o los supositorios rectales de glicerina (Supositorios Senosiain®) pueden utilizarse ocasionalmente como lubricantes colorrectales.

### Algoritmo (1) de Tratamiento farmacológico para Encopresis.

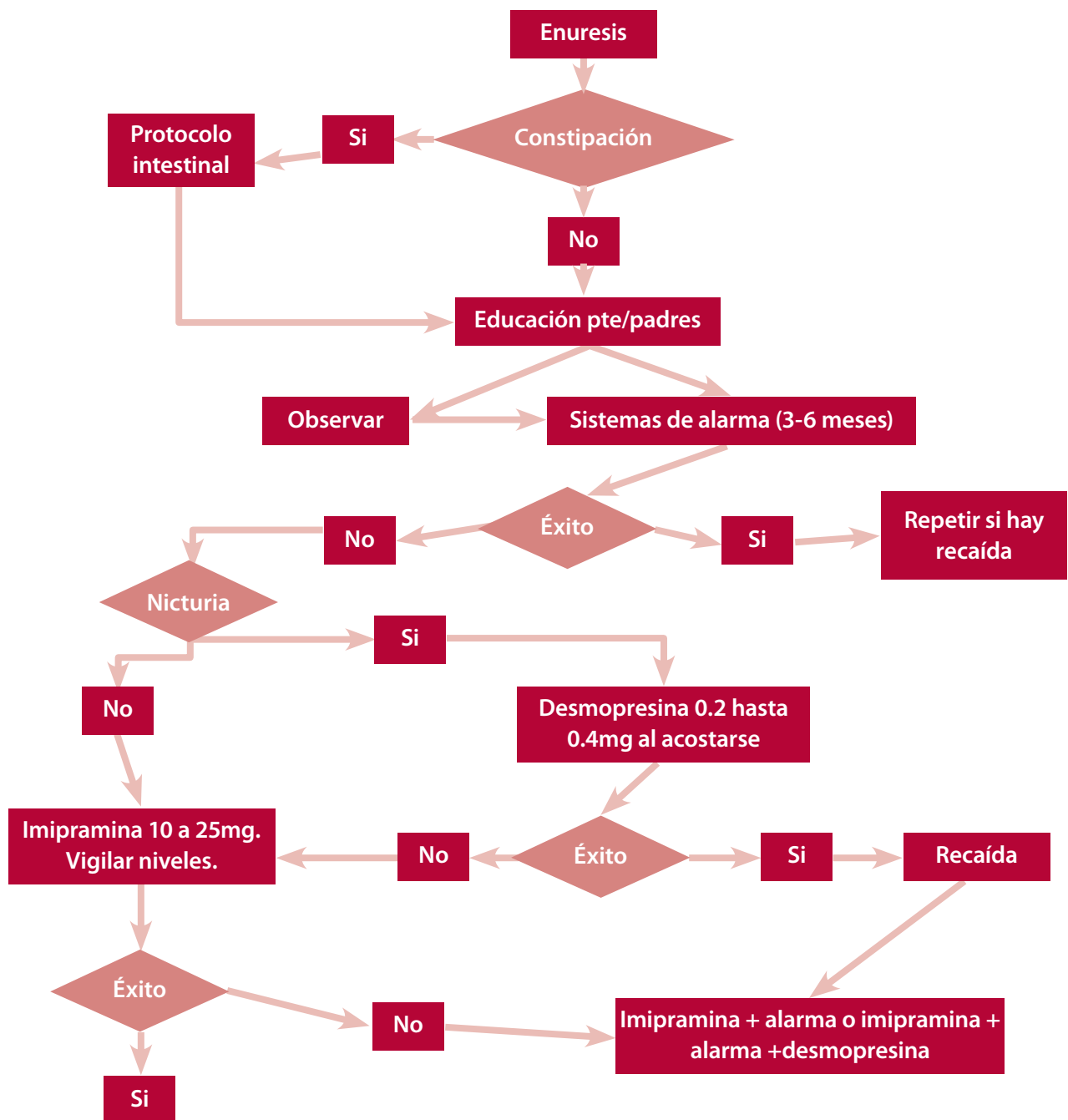


- |  |  |
|--|--|
| 1. Continuar con ingesta oral de agua                        | 4. Supositorios rectales o enemas pediátricos            |
| 2. Uso del polietilenglicol 3350                             | 5. En niños mayores uso de fibra como el phylum plantago |
| 3. Uso regular del baño, utilizando el reflejo gastro-cólico |  |

## Tratamiento farmacológico de la Enuresis

Otros objetivos para el tratamiento de la enuresis incluyen la reducción de la producción nocturna de orina, incrementar la osmolaridad urinaria, y disminuir el tono del detrusor de la vejiga incrementando el tono del esfínter. La producción nocturna de orina puede disminuirse, e incrementar la osmolaridad, disminuyendo con ambas cosas el llenado de la vejiga con el uso de la desmopresina, un agonista de la vasopresina, a pesar de que la indicación de la enuresis ha sido recientemente retirado del todo los aerosoles nasales (Minirin®) debido a una inaceptable alta incidencia de efectos colaterales, especialmente hiponatremia y convulsiones. Los agentes tricíclicos (típicamente imipramina, aprobado por la FDA en niños de 6 años en adelante) incrementa la osmolaridad urinaria y disminuye el tono del detrusor incrementando el tono del esfínter vesical.

### Algoritmo (2) de Tratamiento farmacológico para la Enuresis



## Aspectos éticos

La consideración de los aspectos éticos en el campo de la salud es elemental para realizar un ejercicio profesional óptimo y para ofrecer un mayor compromiso y respeto a la dignidad de los pacientes menores de edad. De esta forma, las tareas cotidianas de la práctica conllevan una serie de obligaciones y responsabilidades éticas para el profesional de la salud.

## Consideraciones éticas en la relación con el paciente

### Asentimiento del menor

Además de obtener la autorización del padre, madre o tutor, se debe buscar la cooperación voluntaria del menor. Una vez que se le ha informado, en términos comprensibles para su desarrollo cognitivo, lo que es conveniente para su atención.

### Consentimiento

Generalmente, se informa al padre, madre o tutor sobre el diagnóstico o tratamiento. Sin embargo, en algunos casos este acto puede ir en perjuicio de los intereses del menor y resulta conveniente mantener la confidencialidad de la información obtenida.

## Principios éticos

### Respeto por las personas

- Respetar la autonomía de las personas
- Proteger a las personas con autonomía disminuida o deteriorada.

### Beneficencia

- Maximizar el beneficio y minimizar el daño en el tratamiento.
- No causar daño deliberadamente.

### Justicia

Tratar a cada persona de acuerdo con lo que se considera correcto y apropiado.

### Solidaridad

Ser solidario con el paciente en situaciones en donde existan distintas necesidades.

### Responsabilidad

Responder voluntariamente a las necesidades del paciente.

## Pautas éticas para profesionales de la salud

- 1) El profesional de la salud estará dedicado a proveer cuidado clínico competente, con compasión y respeto por la dignidad y derechos humanos.
- 2) El profesional de la salud mantendrá los estándares de profesionalismo, deberá ser honesto en todas las interacciones profesionales, y estará dispuesto a reportar especialistas deficientes en carácter o competencia, o que están involucrados en fraude, ante las instancias apropiadas.

- 3) El profesional de la salud respetará los derechos de los pacientes, colegas, y otros profesionales de la salud, y salvaguardará las confidencias y privacidad del paciente dentro de los límites legales.
- 4) El profesional de la salud deberá continuar estudiando, aplicando y avanzando en el conocimiento científico, mantendrá un compromiso con la educación médica, dará información relevante a los pacientes, colegas, y al público, hará consultas y usará los talentos de otros profesionales de la salud cuando esté indicado.
- 5) El profesional de la salud deberá en la provisión del cuidado apropiado al paciente, excepto en emergencias, ser libre de escoger a quien servir, con quien asociarse, y el ambiente en el cual dar atención médica.
- 6) El profesional de la salud deberá reconocer la responsabilidad que tiene para participar en actividades que contribuyan al mejoramiento de la comunidad y el mejoramiento de la salud pública.
- 7) El profesional de la salud deberá, mientras cuida de un paciente, considerar como lo más importante la responsabilidad que tiene con el paciente.
- 8) El profesional de la salud deberá apoyar que todas las personas tengan acceso a la atención médica.

## **Derechos humanos y derechos de la niñez**

- Recibir la mejor atención disponible en materia de salud y salud mental.
- Ser respetadas de acuerdo con la dignidad inherente a la persona humana.
- Contar con la protección que evite la explotación económica, sexual o de otra índole, el maltrato físico y el trato degradante.
- No sufrir discriminación por su condición de enfermo mental.
- Ejercer todos los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales que les permita el ordenamiento nacional.
- Nombrar un representante personal.
- Tener información sobre las normas que lo rigen y del personal que estará a cargo de su atención, si es que ingresa a un hospital.
- Gozar de un ambiente seguro, higiénico y humano que garantice condiciones adecuadas de alimentación, habitación, atención médica profesional y espacio seguro.
- Tener acceso a los servicios de laboratorio y gabinete para lograr un diagnóstico certero y oportuno.
- Recibir información veraz, concreta y respetuosa.
- Negarse a participar como sujetos de investigación científica.
- Solicitar la revisión médica de su caso.
- Recibir un tratamiento orientado a la reintegración a la vida familiar, laboral y social, por medio de programas de terapia ocupacional, educativa y de rehabilitación psico social.
- Comunicarse libremente con otras personas dentro y fuera del hospital.

## Referencias

American Psychiatry Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM.IV.TR. Washington, DC. American Psychiatry Association, 2002

Organización Mundial de la Salud: Clasificación de la CIE-10 de los Trastornos Mentales y del comportamiento. Génova, Organización Mundial de la Salud, 1996

Kaplan H, Sadock B: Sinopsis de Psiquiatría. España, Editorial Médica Panamericana. 8ª ed, 1998

Rutter M: Fundamentos científicos de psiquiatría del desarrollo. México, Salvat Editores, 1985 pp140-148

Lewis M: Child and adolescent psychiatry. Lippincott Williams & Wilkins, 2002 pp 700-708

Reiner W: Pharmacotherapy in the management of voiding and storage disorders, including enuresis and encopresis. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2008; 47:491-498

Norgaard JP, Djurhuus JC, Watanabe H, Stenberg A, Lettgen B: Experience and current status of research into the pathophysiology of nocturnal enuresis. Br J Urol 1997; 79:825- 35

Schmitt BD: Your Child's Health. Bantam Books, McKesson Corporation, 2007.

DIRECTORIO SECTORIAL	DIRECTORIO INSTITUCIONAL
<p style="text-align: center;"><b>SECRETARÍA DE SALUD</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ</b></p>
<p>Dr. José Ángel Córdova Villalobos <b>Secretario de Salud</b> Dr. Mauricio Hernández Ávila <b>Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud</b> Dra. Maki Ortiz Domínguez <b>Subsecretaria de Innovación y Calidad</b> Dr. Romeo Rodríguez Suárez <b>Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad</b></p>	<p>Dra. Ma. Elena Medina-Mora Icaza <b>Directora General</b> Mtra. Guillermina Natera Rey <b>Directora de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales</b> Dr. Héctor Sentíes Castela <b>Director de Enseñanza</b> Dr. Francisco Pellicer Graham <b>Director de Investigaciones en Neurociencias</b> Dr. Armando Vázquez López-Guerra <b>Director de Servicios Clínicos</b></p>
<p style="text-align: center;"><b>CONSEJO NACIONAL DE SALUD MENTAL</b></p>	
<p>T.R. Virginia González Torres <b>Secretaria Técnica del Consejo Nacional de Salud Mental</b> Ing. Luis Acosta del Lago <b>Director de Normatividad y Coordinación Institucional</b> Lic. Susana Moye Villar <b>Directora de Desarrollo de Modelos de Atención en Salud Mental</b></p>	

