

mirar hacia atrás en su vida y sobre todo de proyectarse hacia el futuro. En una sociedad cada vez más competitiva, como la actual, el adolescente cada vez ve con más temor o inseguridad su incorporación en el mercado laboral mientras más pobres son sus antecedentes académicos. Este es un terreno fértil para la depresión y para la evasión a través de las drogas.

## BIBLIOGRAFÍA

- Orow, Lewis D. Child and adolescent Psychiatric Clinics of North  
 Rogness G. Child and adolescent Psychiatric Clinics of North America, april 1994, 271-283
- Vanshdeep S, Mauer K, Halpern J, Child and adolescent Psychiatric Clinics of North America, april 1994, 253-265



## Enuresis

Lilian Gómez

*De acuerdo con las últimas revisiones nosológicas en psiquiatría infantil, ¿qué se entiende actualmente por enuresis y qué condiciones se establecieron para poder formular el diagnóstico de este trastorno?*

**R:** La enuresis y la encopresis constituyen el grupo de trastornos de eliminación. La sintomatología esencial de la enuresis consiste en la emisión repetida de orina en las ropas, o en la cama, durante el día o por la noche, de carácter involuntario, o más raramente voluntario, a partir de los cinco años de edad cronológica.

Para hacer el diagnóstico, de acuerdo con los criterios consensuales establecidos por el DSM IV, se espera que la frecuencia de presentación del síntoma sea de dos veces por semana, durante un período de tres meses; si la frecuencia es menor, estos criterios exigen que la enuresis cause un distress subjetivo clínicamente significativo o que influya de un modo negativo en el desempeño del niño en las áreas social, académica u otras.

El diagnóstico de enuresis funcional solo se formula en niños que no presentan una patología orgánica nefrológica, neurológica o sistémica y que posean una capacidad intelectual normal. En niños con renasos generales del desarrollo, el diagnóstico se hace cuando alcanzan una edad mental de cinco años.

Las enuresis se pueden presentar como enuresis primaria, en la que el niño no alcanzó el control de esfínteres previo a la evacuación clínica, y enuresis secundaria, en la que el niño había logrado anteriormente el control esfinteriano vegetal por un período mínimo de un año; a su vez, ambas pueden ser enuresis diurna o nocturna o que ocurre durante el sueño o mixta, que es una combinación de ambas.

*Hasta hace algunos décadas la enuresis se definió como un trastorno psíquico y se proponía que sería la expresión física de conflictos más profundos; también se incluyó entre los trastornos del sueño. Comenté cuáles serían los mecanismos etiológicos implicados en la génesis del cuadro.*

**R:** La literatura sobre el tema hace mención a múltiples factores, tanto biológicos como psí-

lógicos, cuya presencia e interacción determinaría la génesis de las diferentes formas de presentación clínica. Es posible que diferentes factores puedan ser predominantes a distintas edades.

Entre los factores genéticos se observó una clara asociación entre enuresis en los niños y enuresis en otros pacientes consanguíneos. Un niño tiene un riesgo 7,1 veces mayor de ser enurético si su padre lo fue y 5,2 veces mayor si su madre fue enurética. Un 75% de los niños enuréticos pertenecen a familias cercanas de primer grado que es o fue enurético. La concordancia también es mayor en gemelos monovitelinos, en relación con los bivitelinos (68 y 36%). La influencia genética es más evidente en la enuresis nocturna primaria.

De los factores endocrinometabólicos se postula que guardarían relación con la secreción de la hormona antidiurética y su acción en los efectores. Es posible que existan dos mecanismos involucrados, una disminución de la producción nocturna de arginina-vasopresina y una sensibilidad renal alterada a la acción de la arginina-vasopresina y a la desmopresina, así, en algunos enuréticos se produciría una poliuria nocturna que excedería la capacidad funcional vesical.

En relación con la existencia de posibles alteraciones del tracto genitourinario, se sabe que en los pacientes con enuresis diurna es más frecuente hallar infecciones urinarias. También se menciona que la enuresis diurna estaría asociada con cierta frecuencia con disfunciones vesicales, una capacidad vesical menor, vejigas hiperactivas y con alteraciones en el desarrollo del cuello vesical que tienen influencia directa en el funcionamiento del esfínter interno. En los niños con vejigas inestables hay una incoordinación en el funcionamiento de los esfínteres interno y externo, lo cual produce presiones intravesicales altas. Esta incoordinación estaría generada por contracciones más intensas y frecuentes del detrusor. En estos casos, las medidas conductuales destinadas a aumentar la capacidad vesical aumentarían la presión intra-vesical y agravarían el problema.

La constipación crónica puede producir compresión del cuello vesical, lo cual favorece la aparición de contracciones erráticas del detrusor y, por ende, inicia o agrava la enuresis.

Los niños enuréticos tendrían alteraciones del desarrollo más frecuentemente, con una presentación dos veces mayor de retrasos madurativos del lenguaje y con déficit de atención. También se asocian con retrasos madurativos del lenguaje con cualquier periodo del sueño, aunque en un porcentaje elevado ocurren en las fases III y IV del sueño No-REM. La frecuencia estaría en relación directa con el tiempo que dura cada etapa. Los episodios enuréticos ocurren más típicamente durante el primer tercio de la noche. En ocasiones, la emisión tiene lugar durante el periodo REM y el niño puede recordar un sueño que implicaba el acto de orinar. Aunque es motivo de debate, algunos estudios muestran una diferencia significativa entre los niños enuréticos y los controles normales en relación con el tiempo que demoran en despertarse. Se dice que un grupo de enuréticos podrían tener un trastorno del despertar similar al de otras parasomnias en las que se produce un número mayor de despertares incompletos a lo largo de la noche, al finalizar las fases III y IV del sueño No-REM.

Algunos casos de enuresis podrían tener como factor desencadenante un entrenamiento exigente, punitivo o inadecuado, aunque este factor no actúa solo, la edad de entrenamiento es importante. Se recomienda que éste se inicie alrededor de los dos años; los entrenamientos precoces o los tardíos están relacionados con la aparición de enuresis, aunque en una proporción pequeña de la población de niños enuréticos.

Ha sido difícil determinar la naturaleza de la asociación entre factores psicológicos y enuresis, vale decir, si es de tipo causal, secundaria o coincidente.

*¿Qué relaciones se encuentran respecto del tipo de asociación entre síntomas o trastornos psicopatológicos y enuresis?*

**R:** En poblaciones de niños con enuresis nocturna primaria no se encontraron diferencias significativas en las áreas conductual, emocional o de adaptación social en comparación con la población general, si los factores ambientales eran favorables. Existe una asociación significativa entre alteraciones emocionales y enuresis, en especial en el grupo de enuresis secundaria y enuresis diurna.

En las enuresis secundarias, la alta frecuencia de asociación con factores ambientales adversos hace pensar que los síntomas emocionales pueden ser una consecuencia de esos factores.

En niños que vivieron experiencias traumáticas principalmente en la etapa preescolar, se observó una proporción dos veces mayor de enuresis. Esas experiencias incluyen quebra familia por

divorcio o duelo, separación de la madre por un periodo mayor de un mes, hospitalización, abuso sexual, accidentes, nacimiento de un hermano, cambio de domicilio, institucionalización. Tanto el ingreso en una institución como la pérdida de la madre por duelo son los factores que están más estrechamente relacionados con la enuresis.

También se mencionaron la disfunción familiar, los patrones de negligencia en el cuidado del niño y los niveles socioeconómicos bajos. Estas asociaciones llevaron a que se postulara la relación entre algunas enuresis y la falta de afecto y cuidado, pero influirían además otras variables.

La ansiedad jugaría un rol importante en varios grupos de enuréticos pero en interjuego con muchos otros elementos.

La enuresis diurna, por ser más limitante y perturbadora que la enuresis nocturna, produce en el niño más problemas de adaptación social y familiar. El síntoma es mal tolerado por padres y adultos, los síntomas emocionales en gran parte de los casos señalan una consecuencia del problema y una vez presentes teorizarían un rol en la retroalimentación del cuadro.

Aunque la mayoría de los niños enuréticos no tienen un trastorno mental coexistente, la prevalencia de comorbilidad con otros trastornos mentales y con trastornos del desarrollo es más alta que en la población general. Se encontró comorbilidad con encopresis, déficit de atención, terror nocturno, somnambulismo y otras parasomnias, trastorno del aprendizaje y trastornos del lenguaje.

*Dado que la enuresis es motivo de consulta y un hallazgo frecuente en la consulta pediátrica general, ¿en qué momento se debería decidir la derivación del niño a otro especialista?*

**R:** El pediatra general es quien habitualmente hace la entrevista clínica inicial. Entre los aspectos que se deben considerar en la confección de la historia clínica se incluye determinar el tipo de enuresis que presenta el niño, evaluar la evolución del desarrollo sensoriomotor, cognitivo, social y emocional, indagar cómo fue el proceso de aprendizaje del control esfinteriano, preguntar sobre la existencia de enuresis en otros miembros de la familia, investigar eventuales estresantes como nacimiento de hermanos, crisis familiares, duelos, abuso sexual y maltrato, formarse una opinión de las interacciones familiares, conocer cuál fue la respuesta del niño y la familia frente al problema y determinar si hay síntomas psicopatológicos agregados. Conjuntamente se debe realizar un examen físico, que incluya la tensión arterial, y solicitar exámenes de orina completos y un cultivo.

Si el resultado de la evaluación indica que se trata de una enuresis funcional y no hay indicios de otros hallazgos neurológicos o psicopatológicos, el niño puede ser controlado periódicamente por el pediatra.

La derivación al psiquiatra estará indicada si en la evaluación clínica se concluye que hay presencia de síntomas emocionales o conductuales, si hay otro trastorno mental coexistente, si se requiere apoyo en el manejo familiar, o bien si el paciente resulta refractario al tratamiento.

La derivación neurológica se deberá hacer en los pacientes que presentan enuresis diurna, en los enuréticos que no responden al tratamiento, o si hay indicios que señalen que es necesaria una evaluación de este tipo.

*¿Cuáles son los aspectos generales que es necesario considerar y conocer en el tratamiento de un paciente enurético?*

**R:** El tratamiento de la enuresis se debe planificar racionalmente para cada caso considerando los factores intervinientes que sea necesario modificar.

Las medidas terapéuticas y de estudio no deben significar un riesgo para el niño dada la favorable evaluación espontánea del desorden. Por lo mismo, la actuación se inicia y no necesariamente en los niños con enuresis nocturna dependerá de la conclusión final de la evaluación en la que también se considerará la edad del paciente, la actitud familiar frente al síntoma y la sensibilidad de los padres y el niño con respecto al tratamiento.

Si existe comorbilidad con otros trastornos psicopatológicos importantes, conviene dar prioridad a éstos y posponer el tratamiento de la enuresis.

Siempre hay que informar cuidadosamente al niño y a sus padres acerca de la naturaleza involucrada del síntoma, establecer que el niño no debe ser objeto de disculificaciones, burlas, castigos u otros manejos erróneos por su problemática.

manifiestas y que determinan las formas de presentación que se ven en la clínica. La vulnerabilidad individual para el desarrollo de un desorden del funcionamiento intestinal se potenciará con la presencia acumulativa de los distintos factores de riesgo a través de las etapas del desarrollo. Todo este complejo proceso en el que participan sincronizadamente tanto mecanismos involuntarios como voluntarios, pueden comprometerse en varios niveles en niños encopreticos.

En las encopresis retentivas lo que se ve es que por diferentes etiologías el niño inicia una constipación que finalmente pasa a ser crónica y produce una retención de heces persistente. Se establece un círculo vicioso en el que los intervalos entre los movimientos intestinales van en aumento y se producen un megacolon y un megacolon funcional con impacción y retención de las deposiciones. Se caracteriza por un ciclo recurrente de varios días de retención seguidos por una defecación "voluntaria" y angustiante para el niño. Durante los días de retención se produce el síndrome o "soiling", hecho del cual el niño no se da cuenta o si lo hace no es capaz de controlarlo, debido a que en presencia de una distensión rectal significativa se sobrepasan los mecanismos de control de la defecación, entre ellos el esfínter anal interno, de musculatura lisa, que al mantener cerrado el canal anal permite la contención para gases y líquidos.

La defecación cada vez más traumática lleva al niño a establecer una conducta de evitación que agrava la constipación. Esta evitación es muy intensa y frecuente en niños pequeños. En las encopresis retentivas, la ansiedad y otros problemas emocionales se relacionan con la aparición, el mantenimiento o el agravamiento de la constipación y facilita así el surgimiento de la encopresis. En los mecanismos subyacentes a la encopresis no retentiva presumbiblemente interactúan también factores fisiopatológicos, psicológicos y ambientales. Algunos pediatras ponen en duda su existencia con la argumentación de que siempre hay cierto grado de constipación mal documentada por una anamnesis vaga y una evaluación incompleta y que se manifiesta por una acumulación mínima de heces sin dilatación rectal. En el momento de la primera entrevista, sólo la mitad de los padres habrían referido el antecedente de constipación y pocos padres relacionan el "soiling" con la constipación; incluso algunos confunden el síndrome con diarrea.

Los psiquiatras infantiles describen cuatro grupos de niños encopreticos:

- Niños que poseen un buen control esfinteriano y que ocasionalmente tienen encopresis, en condiciones de estrés psicológico.
- Niños que no alcanzaron el control esfinteriano, no se dan cuenta cuando se presenta el episodio, no tienen sensación de defecación inminente y si la presentan no pueden controlarla. Las deposiciones son normales y la enuresis y los trastornos de conducta son frecuentes; se puede encontrar el antecedente de entrenamientos precoces, punitivos o inconsistentes.
- Niños en los que la encopresis se debe a un flujo excesivo de heces por diarrea o ansiedad o por una encopresis crónica retentiva; esta última representa el 75% de este grupo.
- Niños con síntomas fóbicos en relación con la defecación.

#### ¿Cuál es la concepción sistémica de la encopresis?

R: Los terapeutas de la línea sistémica tienden a ver la encopresis secundaria como una patología de origen psicoemocional y describen patrones alterados de las relaciones familiares y de las normas de crianza, caracterizados por la inexistencia en las normas de disciplina y entrega de afecto, sobreprotección, sobreintervención, intrusión, conductas descontroladas e impredecibles, visualizan la encopresis inserta en estilos relacionales familiares circulares anómalos donde el niño va vendiendo a jugar un rol para mantener la homeostasis familiar.

#### ¿Qué puede señalar acerca de la epidemiología y la evolución de la encopresis?

R: La encopresis se presenta en un 1.5% de la población entre los 7 a 8 años. La relación entre niños y niñas varía según los estudios, de 2.5:6/1 en favor de los hombres. La constipación y la encopresis representarían el 3% de la consulta pediátrica general ambulatoria y el 10 al 25% en consultorios gastroenterológicos. En un estudio del diagnóstico hecho por psiquiatras infantiles en la primera consulta de 3,793 niños se encontró que la encopresis entre los 6 a los 10 años representó un 3.38% del total de los diagnósticos y entre los 11 a 15 años, un 1.11%. La encopresis se presenta concomi-

tante con la enuresis en un 25 a 30% de los casos. La evolución espontánea de la encopresis es la disminución paulatina durante la infancia hasta su desaparición en la adolescencia tardía.

#### ¿Cómo se presenta la encopresis?

R: La forma de presentación de la encopresis habitualmente es episódica y recurrente, lo cual es necesario tener en mente en el momento de la evaluación y en el trabajo educativo o psicoterapéutico que se realice con los padres y el niño. El momento de ocurrencia del síntoma generalmente es en la tarde y en el hogar o en el camino de regreso a casa; cuando ocurre durante la noche o en otros ambientes, como el escolar, el probóstico sería menos favorable. La frecuencia puede ser una o varias veces en el día y casi continua o diaria a una frecuencia más aislada, semanal o mensual. La mayoría de los niños presentan síntomas fluctuantes a lo largo del tiempo, con variación de la frecuencia y del grado de incontinencia. El mismo niño puede evolucionar completamente o sólo manchar su ropa inferior, tener deposiciones líquidas, duras o relativamente normales. Al presentar un episodio, el niño puede aislarse, esconderse u ocultar su ropa. Los niños menores con encopresis que lleva poco tiempo de evolución y que son vistos por pediatras presentan en general una psicopatología leve y en relación con la encopresis. En cambio, niños mayores con varios años de evolución, o en los que confluyen factores predictores de una evolución negativa y que generalmente son vistos en consultorios psiquiátricos, son más susceptibles de tener una psicopatología concomitante más compleja.

#### ¿Qué nos puede decir acerca de los factores precipitantes y mantenedores de la sintomatología encopretica?

R: En algunos casos se ve que el inicio de la encopresis coincide con eventos que provocan ansiedad en el niño, como muertes en la familia, nacimiento de un hermano, separaciones, traumas como un accidente, ingreso en la escuela u incapacidad para cumplir con las exigencias escolares. También se pueden encontrar factores ambientales adversos que contribuyen a mantener el síntoma, como disfunción familiar o conyugal severa, psicopatología de los progenitores, disfunción en la relación madre e hijo, que pueden traducirse en anomalías en la vinculación. Todos los problemas coexistentes que actúan como factores provocadores o mantenedores de la ansiedad en el paciente encopretico, como trastorno del aprendizaje, dificultades escolares, escasas destrezas sociales, conflictos familiares, pueden contribuir a que se mantenga la encopresis, de modo que es importante no olvidarlos. No es raro ver a determinados pacientes en los que la frecuencia de la encopresis disminuye notablemente o incluso desaparece en períodos de vacaciones, cuando el niño cambia de ambiente y disminuye el número de estresantes en el medio que lo rodea.

#### ¿Qué aspectos son importantes en la evaluación inicial en un paciente encopretico?

R: En la evaluación inicial, el pediatra descartará causas orgánicas que estén relacionadas con la constipación o la encopresis, o con ambas. Entre ellas se encuentran la enfermedad de Hirschsprung, el melonemeningocele, lesiones traumáticas anales y otras. La evaluación definitiva también la presencia, el pediatra se apoyará en una anamnesis completa que incluya una historia y el registro de la evolución de los síntomas, el significado de estos para el niño y su familia. Para ambos objetivos en cada episodio, el funcionamiento global del niño en distintas áreas. En el examen físico son importantes la palpación abdominal y el tacto rectal. En los exámenes de laboratorio se sugiere pedir una radiografía de abdomen simple para tener una mejor precisión de la acumulación de heces. Se solicitarán otros exámenes según la presentación diagnóstica. Hay que preguntar si existen problemas emocionales, conductuales, de aprendizaje o disfunciones familiares, orgánicas, traumáticas u otras, sin embargo, no sería correcto presumir por anticipado que por el hecho de que un niño presenta encopresis está emocionalmente perturbado.

#### ¿Qué diferencias se en el análisis de los pediatras de las encopresis en relación con el que efectúan los psiquiatras?

R: Las conclusiones de las evaluaciones hechas por pediatras tienden a ser más orientadas a algo diferentes de

las efectuadas por psiquiatras. Los primeros acentúan que la encopresis es involuntaria, que la reacción de los padres generalmente es muy rigida y punitiva, que el niño siempre se siente culpable y puede tener fundamentalmente síntomas emocionales generados por el rechazo de su entorno. Esto sobre la base de que la encopresis genera muchas más respuestas negativas que la enuresis: los niños son objeto de burla, rechazo, castigo, uso de sobrenombres peyorativos por parte de los padres y los adultos. El niño entonces se puede mostrar ansioso, avergonzado, culpable en respuesta a su sintomatología y puede desarrollar problemas de autoestima relacionados directamente con la conceptualización de su problema y se autodefinen en forma devaluada describiéndose como "sucios, tontos o malos". Para los psiquiatras e infantes, los niños pueden presentar desde una aparente indiferencia a una culpabilidad extrema, pasando por una actitud de conformidad o de satisfacción con su sintoma, que no siempre es involuntario. Las reacciones de las familias también son variables y oscilan desde la tolerancia al rechazo y función en el tiempo. El psiquiatra ve que la encopresis se puede dar en diferentes contextos en niños con trastornos de conducta, agresivos, oposicionistas, a veces con conductas delictuosas. Frente al terapeuta presentan un mutismo agresivo o una oposición activa. Otros niños son pasivos, tienen carencias afectivas importantes, abandono, comportamientos regresivos, alteraciones de la alimentación y el sueño, sentimientos de tristeza, fatiga generalizada, cefalea. Puede haber rechazo paterno, a veces maltrato. La relación con la madre puede ser normal o disfuncional. En este último caso, a veces puede verse una relación sadomasoquista, con búsqueda activa de castigo y sentimiento de desvalorización personal. También puede ser una relación simbiótica, con gran dependencia de la madre. En ocasiones se ven trastornos de identificación sexual. Otros describen al niño encopretico como retraído, tozudo, de pocos amigos, que pasa largas horas frente al televisor, con problemas de coordinación motora. En los niños pasivos, dependientes, a veces detrás de esta fachada de docilidad aparente se esconde un niño desconfiado, rencoroso y que a veces agrede a niños

Cuadro 46-1. Evaluación inicial Encopresis funcional

Retención de heces		Psicopatología concomitante	
Negativa o mínima	Moderada a severa	Negativa o mínima derivada de la encopresis	Moderada a severa individual y/o familiar
<p>Manejo pediátrico</p> <p>a) Medidas dietéticas: ↑ fibras ↑ líquidos</p> <p>b) Mejorar la evacuación vaselina líquida</p> <p>c) Manejo psicoterapéutico</p> <p>Tratamiento educativo</p> <p>Manejo conductual, uso del baño</p>	<p>Manejo gastroenterológico</p> <p>a) Medidas dietéticas: ↑ fibra ↑ líquidos</p> <p>b) Mejorar la evacuación</p> <p>Desimpacción, enemas, supositorios, laxantes, suavisantes</p> <p>c) Manejo psicoterapéutico</p> <p>Tratamiento educativo</p> <p>Manejo conductual, uso del baño</p>	<p>Manejo pediátrico</p> <p>a) Manejo psicoterapéutico</p> <p>Tratamiento educativo, individual y familiar, Programa conductual</p>	<p>Manejo psiquiátrico</p> <p>a) Psicoterapia individual</p> <p>b) Evaluación familiar. ¿Terapia familiar?</p> <p>c) Otras medidas según hallazgos (psicopedagógico, tratamiento de grupo, psicofármacos, etc.)</p>

*Favorable*  
Tratamiento de mantenimiento

*Escueto*

*Condicional*  
Zona de cumplimiento de la terapia  
Evaluación de acción psiquiátrica

menores. Un problema que es frecuente en los niños encopreticos en general es una dificultad para contactarse con sus sentimientos, especialmente la ira, reconocidos y expresados adecuadamente.

¿Qué revelan los estudios de laboratorio en los niños encopreticos?

R: Estudios que emplean métodos de laboratorio diversos, como manometría anorrectal, electromiografía perianal, defecografía y otros en niños constipados y encopreticos muestran determinados problemas fisiopatológicos. Entre ellos se mencionan variaciones en la presión del canal anal, con conexión paradójica del esfínter anal externo durante la defecación, incapacidad del esfínter anal interno y del piso pélvico para relajarse durante los intentos de defecación, fallas en la expulsión del balón rectal, capacidad de distensión rectal aumentada y motilidad disminuida, elevación del umbral para darse cuenta de la distensión rectal, disminución de la capacidad de relajación del esfínter anal interno con compromiso del reflejo de relajación rectosintérmica, hecho por algunos niños denominados "acalasia anal". El seguimiento de tres años de terapia muestra que muchos niños continúan con algunas de estas anomalías de la función intestinal, lo cual se relaciona con la respuesta al tratamiento y los pone en riesgo de recurrencia de la sintomatología encopretica en la infancia y la adolescencia o de persistencia de la constipación en la adultez.

¿Qué aspectos terapéuticos generales se deben considerar en el manejo de la encopresis?

R: Creo que el tratamiento de la encopresis debe estar a cargo del pediatra. Él determinará la derivación a otros especialistas; incluso en los casos en que exista psicopatología severa, el niño tiene que ser evaluado médicamente con la finalidad de descartar causas orgánicas agregadas y de incluir las medidas de tratamiento médico que sean necesarias. Hay dos aspectos importantes que precisar para decidir qué medidas terapéuticas se emplearán y qué especialistas participarán en el manejo del caso. Ellos son la retención de heces y la psicopatología concomitante, ya sea individual o familiar. Los pasos que se deben seguir en este manejo se detallan en el cuadro 46-1.

¿Qué medidas terapéuticas son útiles indicar en la encopresis funcional?

R: En forma sintética, las medidas que se indiquen serán todas aquellas destinadas a:

- a) Mejorar la constipación y favorecer la evacuación intestinal.
- b) Adquirir la conducta de uso habitual del baño cada vez que el niño lo necesite. Para cumplir el primer objetivo el médico indicará enemas, supositorios, laxantes o suavisantes, según la magnitud de la constipación, verá si está indicado hacer el tratamiento inicial con la hospitalización del paciente o en forma ambulatoria. Hay diferentes esquemas de tratamiento a este respecto que pueden ser utilizados por el pediatra en la fase inicial y de mantenimiento. El uso de técnicas como la biorretroalimentación sería útil, pero es controvertido. En el aspecto psicoterapéutico general, el pediatra debe incluir un trabajo educativo sobre la enfermedad con los padres y el niño, puede usar dibujos para ayudar a entender la génesis del problema, tiene que contribuir a aliviar al niño de sentimientos de culpa y vergüenza, trabajar la alianza terapéutica que será fundamental en la adhesión al tratamiento. Cuando se presenta el programa terapéutico, hay que adelantarse a los padres y al niño la posibilidad de eventuales recaídas de la sintomatología, pese al tratamiento, bajar las expectativas que ellos traen en un plano real y atingente; esto disminuirá la sensación de derrota y desaliento en las recaídas. Con respecto a la administración del uso habitual del baño, es una medida puntual, especialmente en los niños que no admitieron un buen control intestinal. Se recomienda que el niño vaya adquiriendo la costumbre de sentarse en el retrete de 5 a 15 minutos, dos veces al día después de las comidas o antes de irse. En algunos niños también ayuda el entrenamiento sobre qué hacer y qué decir para tener acceso al baño en distintos ámbitos sociales; si es necesario, se puede enviar una nota al profesor para que le otorgue permiso al niño si lo necesita en las horas de clases. Es útil usar en primera instancia medidas de refuerzo positivo. La administración de las contingencias de reforzamientos pueden estar a cargo de los padres, se las puede incluir para que tengan un repertorio de reforzamientos verbales adecuado, enfatizar que los apli-

dad médica. No se puede hablar de enuresis si se detecta la presencia de vejiga neurogénica, infección urinaria, enfermedades neurológicas como espina bífida o si la incontinencia tiene relación con trastornos convulsivos. Tampoco si hay enfermedades que causen poliuria como la diabetes mellitus o la diabetes insípida no tratadas. Este diagnóstico sólo será compatible si había incontinencia urinaria antes de presentarse la enfermedad médica o si persista después de la institución del tratamiento adecuado.

## BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4<sup>a</sup> ed. Washington DC.
- Biederman J y col. Clinical correlates of enuresis in ADHD and non-ADHD children. *J Child Psychol Psychiatry* 1995;36:865-877.
- Rhoads DA y col. Urinary incontinence in girls. Evaluation, treatment, and its place in the standard model of voiding dysfunctions in children. *Urol Clin North Am* 1995;22:521-538.
- Bradbury MCG, Meadow SR. Combined treatment with enuresis alarm and desmopressin for nocturnal enuresis. *Acta Paediatr* 1995;84:1014-1018.
- Mark SD, Frank JD. Nocturnal enuresis. *B J Urol* 1995;75:427-434.
- Monda JM, Husman DA. Primary nocturnal enuresis: a comparison among observation, imipramine, desmopressin acetate, and bed-wetting alarm systems. *J Urol* 1995;154:745-748.
- Rost A. Terapia de la condoncha infanti. Editorial Lilla. 1989.
- Schulpen TW y col. Going Dutch in nocturnal enuresis. *Acta Paediatr* 1995;85:199-203.
- Thompson S, Rey JM. Functional enuresis: is desmopressin the answer? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995;34:266-271.
- Wille S y col. Social and behavioural perspectives in enuresis: former enuretics and non-enuretics controls. *Acta Paediatr* 1995;84:37-40.



## Encopresis

Liliana Gómez

*¿Cuál fue la evolución conceptual de la encopresis en el ámbito médico y qué criterios diagnósticos se usan actualmente para definirla?*

R: En 1926, Weissenberg definió el término encopresis para describir al equivalente fecal de la enuresis abarcándolo a niños mayores de 2 años que tenían defecación involuntaria sin una alteración orgánica subyacente. Desde entonces hubo distintas acepciones para el término en la literatura médica. En la década de 1970, algunos psiquiatras infantiles en nuestro país la consideraban un síntoma que formaba parte de la estructuración de cuadros patológicos más complejos, producto de la interacción estructurante entre ambiente e individuos vulnerables. El DSM IV incluye la encopresis en los desórdenes de altitudinación, en la sección de desórdenes usualmente diagnosticados en la infancia y la adolescencia. En sus criterios diagnósticos establece que para formular el diagnóstico se requiere que el niño tenga una edad cronológica o mental superior a los cuatro años. El rasgo no se define como la evacuación repetida y normalmente involuntaria de deposiciones en la ropa o en lugares inapropiados culturalmente. Se establece de un modo arbitrario una frecuencia de ocurrencia del síntoma de por lo menos un episodio al mes durante tres meses consecutivos. Es necesario además que el síntoma no sea la consecuencia de un efecto farmacológico, de patologías orgánicas, gastrointestinales, neurológicas o sistémicas. La encopresis puede ser primaria, si el niño nunca alcanzó un buen control de la defecación y secundaria cuando el niño mantuvo la continencia fecal previamente por lo menos un año y la pierde con posterioridad. Se definen dos subtipos: la encopresis retentiva y la no retentiva. La encopresis retentiva involuntaria, la existencia de constipación evidente en el examen físico o por la historia clínica. En la encopresis no retentiva no hay evidencia de constipación ni por el examen físico ni por la historia.

*Me gustaría que se refiera a los factores etimopatogénicos involucrados en el surgimiento de la encopresis retentiva y la no retentiva.*

R: Actualmente se conciben como entidades multifactoriales con participación tanto de factores biológicos como psicológicos y del aprendizaje que se interrelacionan para producir el surgimiento de este tipo de cuadros. En su patogenia participan múltiples factores que se manifiestan conforme a las sucesivas etapas del desarrollo y que actúan como predisponentes, desencadenantes o

Se solicita un registro basal de la enuresis para monitorear la frecuencia y evolución del síntoma. Inicialmente se puede ver que en este período los niños pueden mostrar una reducción en el número de episodios enuréticos por noche o emitir una cantidad de orina menor por vez.

En las consultas siguientes se le puede pedir al niño que lleve un registro diario en el que pueda anotar en forma diferenciada, con dibujos libres o preestablecidos o con la modalidad de dejar castillos en blanco, los días secos de los que se orina.

Previamente, se pueden establecer refuerzos sociales o tangibles que se otorgarán cuando no se orina.

*¿Podría referirse más específicamente a las medidas de terapia conductual utilizadas en los pacientes con enuresis nocturna?*

**R:** En los Estados Unidos y en varios países europeos se recomienda de preferencia el método de campana y almohadilla o "cochón alarma", desarrollado por Mowrer y Mowrer (1938). El dispositivo funciona con una alarma o timbre que es activado cada vez que el niño empieza a orinar. Se instruye al niño para que despierte y acuda al baño a terminar de orinar, después debe mudar la ropa mojada y volver a dormir, previa reinstalación de la alarma, ya que el 80% de los niños enuréticos se orinan varias veces en la noche. Se requiere la supervisión de los padres, especialmente en los niños más pequeños.

Se comunicaron tasas de éxito de un 60 a 90%. En un metaanálisis, el 75% de 628 niños presentaron resultados exitosos con tratamientos de entrenamiento continuo que duraban de 5 a 12 semanas. La tasa de recada, después de 6 meses de tratamiento, fue del 20 al 40%. Esto disminuye notoriamente cuando se indica el uso de la alarma en programas más breves de reforzamiento intermitente o de subaprendizaje, o de ambos, después de la etapa de entrenamiento continuo. En esta última se entrena al niño para que despierte después de haberle dado una sobrecarga acuosa, luego de haber logrado resultados exitosos con la alarma en la etapa de entrenamiento continuo. Así, a largo plazo, su eficacia sería mayor que la de los tratamientos farmacológicos. No tiene efectos colaterales, salvo que al niño y a la familia pueden resultarles desagradable, lo cual disminuiría sus adherencias al tratamiento. En Chile existe el inconveniente de la falta de disponibilidad de aparatos. El programa de entrenamiento de cama seca que combina aspectos de una variedad de técnicas conductuales, entre las que se cuenta el timbre alarma, sería el que da mejores resultados.

Otros procedimientos como la restricción de líquidos antes de ir a dormir o el entrenamiento del control de retención que se centra en enseñar al niño a retrasar la micción por períodos crecientes, paulatinamente, durante el día, son controversiales. Este último, si bien produce un aumento de la capacidad vesical no lograría disminuir la enuresis y está contraindicado en niños con vejigas inestables. También se utilizó el entrenamiento del control esfinteriano; en él se enseña al niño a practicar la detención de la emisión de orina 3 a 5 veces durante cada micción. Esto sería útil para los niños con baja capacidad funcional vesical, con micciones frecuentes e imperiosas.

*¿Qué podría señalar respecto del uso de fármacos andógenos de la hormona antidiurética y su uso en la enuresis nocturna?*

**R:** El acetato de desmopresina, un análogo sintético de la hormona antidiurética, logra una remisión completa en un 25% de los casos y una disminución significativa de los episodios en un 70-80% de los casos. Los niños que presentan cuatro o más episodios enuréticos por semana podrían obtener una reducción de un tercio en su sintomatología con el uso de estos fármacos. Su eficacia es comparable a la del tratamiento con imipramina y a la del método del cochón alarma. No causarían efectos colaterales significativos, aunque se describieron convulsiones por hiponatremia en un número reducido de casos en asociación con exceso de ingesta de líquidos durante el día. También se describieron efectos secundarios poco frecuentes como epistaxis, congestión nasal, cefalea y dolor abdominal leve. Se usa en una dosis promedio de 20 µg, con un rango de 5 a 40 µg, antes de ir a dormir, por un período de 3 a 6 meses. Su efecto dura 6 a 7 horas. La presentación más común es en spray nasal, cada dosis de 0,1 mL contiene 10 µg de acetato de desmopresina y se indica en un puff en cada fosa nasal. Existe además la presentación en tabletas de 200 µg equivalente a la dosis nasal de 20 µg. Entre las desventajas se mencionan su alto costo y la elevada proporción de recaídas al cesar el tratamiento. Los resultados serían mejores en niños mayores de 10 años.

*¿Qué otros fármacos se indican en el tratamiento de este desorden?*

**R:** El fármaco más usado en Chile para el tratamiento de la enuresis es la imipramina. Tiene un efecto positivo en el 85% de los casos de enuresis nocturna. Se usa en dosis de 1 a 2,5 mg/kg al día. Debido a su cardiotoxicidad, se deben realizar controles electrocardiográficos si se usan dosis mayores de 50 mg. El tratamiento se inicia con una dosis de 10 mg antes de dormir y se aumenta, según la respuesta, 10 mg por semana. Se mantiene durante 3 a 6 meses y se suspende en forma gradual; se puede discontinuar paulatinamente, por ejemplo, con el empleo de un esquema día por medio.

Su mecanismo de acción no está bien establecido; se piensa que sería útil en la enuresis probablemente por su acción anticolinérgica sobre la vejiga, con relajación del detrusor e inhibición de la micción, pero esto es motivo de discusión. En los casos de resultados positivos, éstos se observan rápidamente.

*¿Se pueden asociar las medidas farmacológicas y conductuales? ¿En qué forma?*

**R:** Algunos autores combinan las medidas farmacológicas y conductuales con una aplicación secuencial. Parten con medidas conductuales generales, como motivación del niño, uso de registros diarios y, en algunos casos, entrenamiento vesical durante el día. Después de un tiempo, según la respuesta, agregan fármacos o si hay disponibilidad indican el dispositivo de alarma. Si después de usar estos métodos por separado unas 4 a 6 semanas cada uno no hay respuesta positiva, se podrían asociar. Algunos estudios señalan que la combinación de la alarma con la desmopresina desde el inicio del tratamiento sería particularmente útil en niños con enuresis frecuente y severa y en aquellos con problemas familiares y conductuales significativos.

*¿Qué medidas terapéuticas recomienda en la enuresis diurna?*

**R:** Antes de iniciar el tratamiento es importante una evaluación neurológica. Las medidas generales incluyen proporcionar información adecuada al niño y a los padres, eliminar todo tipo de puestas negativas hacia el niño y facilitar el acceso al baño durante la jornada. Conviene establecer horarios de ir al baño en la casa y en el colegio, que puedan ser recordados por un adulto en forma amable y no impositiva. El tratamiento se planificará de acuerdo con los hallazgos de la evaluación neurológica y psicológica. Entre los fármacos usados se encuentran anticolinérgicos específicos como la oxibutina en los casos en que se pesquise una vejiga inestable o alteraciones de la presión intravesical. También se usa la imipramina en las dosis señaladas antes, repartidas durante el día.

Si hay síntomas emocionales asociados está indicada la psicoterapia individual o, si es necesario, familiar. Uno de los tratamientos psicoterapéuticos eficaces sería un enfoque cognitivo conductual que utiliza la imaginación para entrenar el autocontrol. Otras terapias como hipnosis, autohipnosis y acupuntura tendrían utilidad en el tratamiento de las enuresis en general, pero requieren más investigación.

*Una consulta habitual de los familiares es respecto de la evolución de la enuresis. ¿Qué se sabe del curso y el pronóstico del desorden?*

**R:** Las enuresis se limitan a la infancia; en la adolescencia, la mayoría desaparecen y sólo un 1% de los adultos permanecen enuréticos. La tasa de remisión espontánea es de un 5 a un 15% anual y es mayor en las niñas. Los datos estadísticos sobre prevalencia del trastorno varían según el criterio usado para definir la frecuencia y la severidad del sintoma. Según el DSM-IV, a los 5 años el 7% de los niños y el 3% de las niñas padecen de enuresis. A los 10 años las cifras disminuyen a un 3 y 2%, respectivamente. La enuresis nocturna primaria es más frecuente en los hombres y la enuresis diurna en las mujeres. La enfermedad cursaría como enuresis nocturna en un 6,4%, enuresis diurna en un 1,8% y enuresis mixta en un 1,6%.

*¿Cuáles son los diagnósticos diferenciales que se deben tener en mente al evaluar un niño enurético?*

**R:** El diagnóstico de enuresis funcional no orgánica implica que ésta no se deba a una enfermedad