



M.^a Isabel Úbeda Sansano:
ubeda_isa@gva.es

Mesa redonda

Enuresis nocturna

M. I. Úbeda Sansano^a, R. Martínez García^b

^aPediatra. CS de L'Eliana. Valencia. España • ^bUrólogo. Unidad de Incontinencia Urinaria y Urología Funcional. Hospital Clínico Universitario Valencia. España.

INTRODUCCIÓN

La enuresis es la micción involuntaria que tiene lugar durante el sueño a una edad y frecuencia socialmente inaceptables. Se considera el Atención Primaria (AP), por su accesibilidad y posibilidad de conocer mejor a la familia, se ubica en una situación privilegiada para detectarlo precozmente, tratarlo en el momento adecuado, evitando así la repercusión negativa en el niño o la familia, e identificar los casos de mala evolución para derivar a otro nivel asistencial.

El tipo más frecuente es la enuresis primaria monosintomática (EPM), fácil de abordar desde AP. Su diagnóstico es sencillo con una anamnesis dirigida a este problema. La exploración es normal y la única prueba imprescindible es el diario miccional. La alarma y la desmopresina son los únicos tratamientos disponibles que se han mostrado eficaces y seguros.

¿QUÉ ENTENDEMOS POR ENURESIS?

El concepto de enuresis varía en función de qué entidad se tome como referencia, lo que ha llevado a confusiones de terminología y a que en ocasiones resulte difícil comparar tanto estudios epidemiológicos como de resultados de tratamiento.

En general, aunque existe acuerdo entre las distintas sociedades científicas en aceptar la edad igual

o mayor a cinco años para considerar enuresis, no coinciden otros aspectos como son la frecuencia de noches mojadas necesarias para establecer el diagnóstico, o incluso para graduar la gravedad.

La antigua definición de la Asociación Americana de Psiquiatría, contemplada en el DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) considera la enuresis como la emisión de orina tanto voluntaria como involuntaria y exige una frecuencia muy elevada de noches mojadas para su diagnóstico. Además, utiliza el término enuresis diurna para referirse a otros tipos de incontinencia sin relación con el sueño. En su última edición del año 2000 (DSM-IV) ha mantenido estos conceptos, que tienen un enfoque poco útil para la realidad de la práctica clínica de los niños que mojan la cama. La Sociedad Internacional de Continencia los considera confusos y no los acepta.

Probablemente debido a que clásicamente se ha tomado como referencia la DSM, vemos situaciones poco comprensibles como que en la clasificación internacional de enfermedades de la Organización Mundial de la Salud CIE-10 (ICD-10) y de la WONCA para atención primaria (CIAP-2), la enuresis se encuentra dentro de las enfermedades mentales y del comportamiento o en los procesos psicológicos.

La definición que más se ajusta a la realidad de los niños que mojan la cama, fuera del ámbito psiquiátrico, es la propuesta por la International Children's

Continence Society, revisada y traducida por el Grupo Español de Urodinámica y SINUG¹ que diferencia claramente la enuresis de otros tipos de incontinencia que han llevado a confusiones:

Así, la enuresis (equivalente a enuresis nocturna) es la micción que ocurre solo durante el sueño a una edad y frecuencia socialmente inaceptables. Se considera el diagnóstico a partir de los cinco años. Una frecuencia < 1 noche/mes puede aceptarse en niños pequeños, pero no en mayores y adolescentes^{1,2}.

Conocer los distintos tipos de enuresis¹ es importante ya que el enfoque diagnóstico y terapéutico será distinto:

- Enuresis primaria: moja la cama desde siempre, nunca ha existido sequedad completa durante un periodo mayor o igual a seis meses. Su etiología es desconocida y aunque la herencia juega un papel importante en este tipo de enuresis, no tiene valor pronóstico ni influye en el tratamiento:
 - Enuresis monosintomática: el único síntoma urinario es el escape de orina durante el sueño.
 - Enuresis no monosintomática: existen escapes nocturnos (enuresis) y otros síntomas del tracto urinario (incontinencia, urgencia...) durante el día.
- Enuresis secundaria: la enuresis aparece después de un periodo seco de al menos seis meses. Siempre hay que investigar la causa. La más frecuente son los problemas emocionales, también habría que pensar en el estreñimiento, infestación por oxiuros y obstrucción importante de la vía aérea superior. Más raras son la diabetes mellitus o insípida, que además suelen coexistir con otros síntomas, no solo con enuresis.

¿HA AUMENTADO LA PREVALENCIA DE ENURESIS O SE HABLA MÁS DE ELLA?

Las diferencias metodológicas y de los criterios utilizados para definir la enuresis, hacen imposible

comparar resultados de los estudios epidemiológicos en distintas épocas. Un claro ejemplo se ve en un estudio que comparó la prevalencia de enuresis en un mismo grupo de pacientes. Los autores observaron que en función de la definición utilizada, DSM-III (más antigua) o DSM-IV, la prevalencia disminuyó sus valores a menos de la mitad.

Datos recientes de distintos países sitúan la prevalencia de enuresis en alrededor del 16% a la edad de cinco años y 1-3% en adolescentes y adultos, con mayor afectación en varones^{3,4}. El tipo más frecuente, con diferencia (> 80%), es la EPM.

Independientemente de si la prevalencia de enuresis ha aumentado o no, la percepción es que en los últimos años recibimos más consultas por enuresis, hablamos más en nuestros foros y existe mejor formación. Quizás los cambios actuales de estilo de vida, con mayor participación de los niños en eventos sociales o escolares que requieren pernoctar fuera de casa, la menor vergüenza y estigmatización del problema por parte de la familia y los pacientes y el conocer otros casos que han sido resueltos con éxito, pueden haber contribuido a ello. La realidad es que hoy los padres nos consultan más y a edades más tempranas de sus hijos y los profesionales de la salud nos implicamos y valoramos más este problema.

¿ES FACTIBLE EL DIAGNÓSTICO DESDE ATENCIÓN PRIMARIA?

En AP debemos orientar nuestro esfuerzo hacia el diagnóstico de la EPM, la más frecuente y fácil de abordar. El diagnóstico es sencillo, solo necesita una entrevista clínica dirigida y una exploración simple. La única prueba complementaria imprescindible (A) es el diario miccional².

Mediante la entrevista ya podemos conocer con gran seguridad el tipo de enuresis (primaria o secundaria y monosintomática o no monosintomática), valorar su gravedad (número de noches mojas/semana), el impacto y la actitud familiar y del paciente sobre la enuresis, descartar síntomas urinarios diurnos, patologías asociadas que puedan

interferir en la evolución (estreñimiento, trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad...) y valorar los factores que influyen en el éxito del tratamiento. Conocer las conductas o tratamientos previos y su respuesta también es de interés.

En la EPM la exploración es normal. Sin embargo, para confirmar el tipo de enuresis y descartar otros problemas neurológicos asociados, se recomienda una mínima exploración (D):

- Palpación abdominal (comprobar si existe globo vesical o masas fecales por estreñimiento).
- Inspección de genitales (descartar malformaciones, estenosis meatal en niños, adherencias labiales y vulvovaginitis en niñas, dermatitis, sospecha de abuso sexual).
- La ropa interior manchada de heces, secreciones u orina pueden hacernos sospechar estreñimiento, infecciones o incontinencia diurna, diagnósticos que en ocasiones los padres subestiman en la anamnesis.
- Inspección de la espalda (descartar lesiones que sugieran disrrafismo: nevus pilosos, fositas sacras por encima de la línea interglútea).
- Observación de la marcha talón-puntillas adelante y atrás descalzos (explora las raíces sacras sensitivas y motoras que inervan la vejiga). Si es normal descarta patología neurológica a dicho nivel.

La única prueba complementaria imprescindible es el registro diario miccional de al menos tres días (A), que no tienen por qué ser consecutivos. Puede recogerse cómodamente durante dos fines de semana².

Dado que en la entrevista muchos padres subestiman el estreñimiento, algunos autores consideran importante el registro de la defecación y sus características durante al menos dos semanas.

Se ha comprobado que los niños con EPM no tienen más infecciones de orina, diabetes mellitus o insípida que la población general, por tanto no se recomienda realizar de rutina un urinocultivo o tira reactiva de orina para descartar infección urinaria (B), diabetes mellitus (C) o insípida (B) salvo que existan síntomas de sospecha². Por el mismo mo-

tivo tampoco se recomienda realizar pruebas de imagen, (D) ya que la frecuencia de hallazgos esperados es la misma que la de la población general.

¿TRATAR O NO TRATAR?

Muchos profesionales consideran la enuresis una enfermedad menor basándose en su tendencia a la resolución espontánea y a la buena tolerancia individual y familiar, sin embargo esto no es del todo cierto.

El tratamiento, aunque está indicado a partir de los cinco años, debe individualizarse. Del estudio de prevalencia de Yeung⁴, con más de 16 000 sujetos con enuresis primaria, se deduce que la mayoría de los niños pequeños con enuresis leve (< 3 noches/semana) tienden a la resolución espontánea, pero es importante recordar que aquellos que mojan más de tres noches/semana y los casos que persisten después de los nueve años, difícilmente se resolverán sin tratamiento, por lo que se hacen las siguientes recomendaciones (B):

- a) Los niños que mojan a diario o más de una vez por noche no tienden a la curación espontánea a ninguna edad. Deben ser tratados con intención curativa, no vale la pena esperar.
- b) Los niños que mojan 3-6 veces/semana y son ≥ 8 años no tienden a la curación espontánea. La mayoría de estos pacientes siguen siendo enuréticos en la edad adulta. Deben ser tratados con intención curativa, no vale la pena esperar.
- c) Los niños mayores de nueve años, independientemente de la frecuencia, no tienden a la curación espontánea. A partir de esta edad la prevalencia no varía y es similar a la edad adulta. Deben ser tratados con intención curativa, no vale la pena esperar.
- d) Tienden a la curación espontánea la mayoría de los niños que mojan menos de tres noches por semana y son menores de 8-9 años. No obstante, se debe valorar si al niño le preocupa, demanda solución o si la familia tolera mal la enuresis e iniciar el tratamiento y no demorarlo en estos casos.

Un reciente estudio caso/control con niños de 5-15 años ha mostrado que la enuresis se asocia a un apego a la madre menos seguro, menor autoestima del sujeto en todos los ámbitos (afectivo, corporal, escolar y familiar) y más problemas emocionales, hiperactividad, alteraciones de la conducta y problemas con los compañeros que los controles⁵, algo que teóricamente podría evitarse con un tratamiento adecuado y temprano de la enuresis (B). El tratamiento se debería instaurar de forma precoz ante una probabilidad baja de curación espontánea y para mejorar la baja autoestima del niño² (A) o evitar un impacto negativo individual y familiar^{2,5} (B).

SI DECIDIMOS TRATAR LA ENURESIS, ¿QUÉ OPCIONES TERAPÉUTICAS TENEMOS?

La primera medida es desmitificar el problema y evitar acciones punitivas. Restringir líquidos vespertinos, evitando especialmente las bebidas diuréticas y colas e ir al baño antes de acostarse son actitudes generales razonables que muchas veces los padres ya han realizado y se recomienda mantenerlas (D).

Además de las medidas generales descritas, el tratamiento en AP se basa en la terapia conductual con alarma y el farmacológico con desmopresina. Actualmente no se recomiendan otros fármacos como primera elección.

La terapia motivacional con calendarios de noches secas/mojadas mediante dibujos, soles o nubes etc. (un tipo de tratamiento conductual simple), ayuda a objetivar la situación basal del número de noches mojadas y a valorar la evolución. Por ello y a pesar de la ausencia de estudios de calidad, se recomienda antes y junto a los otros tratamientos mencionados, ya que carece de efectos adversos (D).

Levantar al niño por la noche para orinar, incluso estando dormido es una medida que sirve para que no moje la cama, pero no para curar la enuresis. El entrenamiento para la retención vesical (ejercicios de retrasar la micción progresivamente

por periodos más largos) no aporta ningún beneficio y tampoco se recomienda (B). La técnica de corte del chorro durante la micción predispone a patología funcional de la vejiga (micción obstructiva funcional) y se desaconseja (D).

Dado que el estreñimiento puede interferir con el tratamiento, se recomienda investigarlo y tratarlo previamente² (C).

Aunque antes se recomendaba investigar y tratar la apnea obstructiva del sueño en pacientes con enuresis, se ha demostrado que no existe tal relación salvo en casos graves de apnea en niñas⁶ (B).

Es importante valorar con la familia y el niño el objetivo terapéutico antes de iniciar el tratamiento. Usualmente el objetivo buscado es la curación, que significa sequedad completa mantenida tras al menos seis meses de haber finalizado el tratamiento. En ocasiones, nos consultan buscando la sequedad inmediata, a corto plazo, para situaciones esporádicas o campamentos y en este caso, debemos aprovechar la oportunidad para plantear el objetivo curación *a posteriori*.

Aunque debemos estimular siempre al paciente y su familia hacia el objetivo de curación en un plazo más o menos corto, también deben conocer que en ocasiones no es posible y en estos casos sería adecuado el control de la enuresis con un tratamiento continuado a largo plazo.

Otro tema importante que debemos conocer, para comparar la efectividad y eficacia de los distintos tratamientos, es la terminología usada a la hora de valorar los resultados: hablaremos de “respuesta o fracaso” para referirnos a la situación de la enuresis mientras el paciente recibe tratamiento y de “curación o recaída” en referencia al resultado final, tras seis meses a dos años de finalizarlo¹. Muchos estudios o ensayos clínicos ofrecen resultados sesgados o los malinterpretan. Consideran la “respuesta” como “curación”. Presentan como objetivo final del estudio una respuesta parcial (disminución del número de noches mojadas), cuando el objetivo buscado y relevante en la clínica es la sequedad completa o casi completa. O realizan ensayos clínicos comparando dos tratamientos con

defectos metodológicos, por ejemplo tratando corto tiempo cuando uno de ellos tiene una respuesta más lenta.

OBJETIVO CURACIÓN

Salvo excepciones, cuando el objetivo es la curación, el tratamiento más eficaz y de elección es la alarma^{2,7} (B). Sin embargo, la respuesta suele ser lenta (aproximadamente 3-4 meses) y exige esfuerzo e implicación del niño y la familia. Su eficacia es mayor cuando el número de noches mojadas es elevado (B).

En la EPM, la alarma logra curar en el 41,7% de los casos frente a ninguno del grupo control. Número necesario a tratar (NNT): 3 (intervalo de confianza del 95% [IC 95%]: 2 a 8); riesgo relativo (RR) de no curar con alarma respecto a lista de espera: 0,58 (IC 95%: 0,36-0,94). Reducción relativa del riesgo (RRR) de no curar 41,7% (IC 95%: 5,9-63,8).

Estas cifras de curación mejoran si se recomienda la técnica de refuerzo para finalizar el tratamiento (B). Consiste en prolongar el tratamiento con alarma, tras haber logrado un mes de sequedad total, administrando 1-2 vasos de agua antes de acostarse hasta conseguir de nuevo no mojar durante un mes⁷.

No se recomienda la alarma en casos de falta de motivación o colaboración de los padres o el niño, en situaciones estresantes del niño o la familia, ni ante el trastorno de déficit de atención-hiperactividad u otros problemas psiquiátricos, por ser factores de mal pronóstico para el éxito del tratamiento² (B).

El tratamiento no consiste en prescribir la alarma y que la familia lo controle, es un tratamiento conductual que exige un seguimiento clínico frecuente (cada 2-3 semanas) para verificar el progreso y mantener el estímulo del niño y la familia. Esta es la clave del éxito.

Cuando no se puede utilizar la alarma, la desmopresina es una opción terapéutica² (B). Al contrario que la alarma, es una buena opción cuando la frecuencia de noches mojadas es baja (B) y sobre todo

en niños pequeños (B). Aunque es efectiva en reducir el número de noches mojadas mientras se toma, al suspenderla de forma brusca la recaída es lo habitual, se ha observado en ensayos clínicos que no cura más que el placebo⁸. Sin embargo, un esquema de retirada estructurada del fármaco a dosis completa, pero espaciando progresivamente las noches sin medicación y estimulando al niño para que se atribuya el éxito a sí mismo en lugar de al fármaco, añade un efecto curativo al tratamiento farmacológico⁹.

Como con la alarma, el estímulo del niño con terapia motivacional y visitas frecuentes son importantes para mejorar la respuesta con desmopresina.

OBJETIVO A CORTO PLAZO

Si el objetivo es la sequedad a corto plazo, desmopresina es el tratamiento de elección² (A), ya que es rápida en actuar. En los niños que responden, la disminución del número de noches mojadas se observa ya en la primera semana y el efecto máximo a las cuatro.

El análisis de los datos combinados de dos estudios^{10,11} de EPM, mostró que a las dos semanas de tratamiento con desmopresina, un 9,8% de los casos consiguieron sequedad completa frente a solo un 1,2% con placebo. NNT 12 (IC 95%: 6-59); RR de respuesta completa 8,29 (IC 95%: 1,06-64,25); RR de fracaso 0,91 (IC 95%: 0,85-0,98); RRR de fracaso 8,7% (IC 95%: 1,6 a 15,3). No obstante, en la práctica, la efectividad que observamos cuando se administra durante corto tiempo, como en el caso de campamentos o pernoctaciones esporádicas fuera de casa, parece mayor. Probablemente la exigencia de un menor número de días de sequedad y la mayor motivación y preocupación del niño por el control de la enuresis favorezcan esta situación.

OBJETIVO CONTROL DE LOS SÍNTOMAS

Cuando el objetivo es el control de síntomas, la desmopresina es la opción terapéutica por su efi-

cacia mantenida y buena tolerancia a largo plazo (B). Si se tienen en cuenta unas precauciones básicas, es un fármaco seguro a corto y largo plazo. El efecto adverso más temido, que puede y debe evitarse restringiendo líquidos, es la intoxicación acuosa. Si se administra de forma continua se recomienda interrumpir el tratamiento y reevaluar cada tres meses.

La desmopresina se presenta en formulaciones para la administración intranasal, oral y sublingual. Debido al mayor riesgo de hiponatremia al utilizar la vía intranasal, se recomienda utilizar las vías oral o sublingual. La dosis recomendada es 1-2 comprimidos oral de 0,2 mg o 1-2 liofilizados sublingual de 120 µg, que son bioequivalentes. Su efecto máximo se alcanza una hora después de la administración y se mantiene durante las horas de sueño. Se recomienda administrar el tratamiento una hora antes de acostarse e ir al baño, así como restringir la ingesta de líquidos entre una hora antes de la administración y hasta la mañana siguiente (al menos ocho horas).

La vía sublingual aventaja a la oral en que por su mayor biodisponibilidad, requiere menos dosis, su absorción es más regular y se interfiere menos con los alimentos. No precisa agua para su toma y al no exigir que el niño sepa tragar, es preferida por los más pequeños.

La asociación de desmopresina a la alarma no ha mostrado beneficios a largo plazo y no se reco-

mienda de forma rutinaria (A). Se puede usar junto a ella en niños que mojen más de una vez cada noche para reducir el número de micciones nocturnas y hacer más tolerable el tratamiento con alarma².

¿CUÁNDO DERIVAR AL PACIENTE A OTRO ESPECIALISTA?

La derivación se debe realizar cuando desde el inicio sospechemos una enuresis no monosintomática o ante el fracaso terapéutico de otro tipo de enuresis. Además de la EPM, la mayoría de los casos de enuresis secundaria también son abordables desde AP, pero es posible que precisemos la ayuda de otros especialistas para la solución o control de las causas más complejas.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

ABREVIATURAS

AP: Atención Primaria • **DSM:** *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* • **EPM:** enuresis primaria monosintomática • **IC 95%:** intervalo de confianza del 95% • **NNT:** número necesario a tratar • **RR:** riesgo relativo • **RRR:** reducción relativa del riesgo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Martínez García R, Mínguez Pérez M; Grupo Español de Urodinámica, SINUG. Propuestas de adaptación terminológica al español de la estandarización de la terminología del tracto urinario inferior en niños y adolescentes de la ICCS. *Actas Urol Esp.* 2008;32:371-89.
2. Úbeda Sansano MI, Martínez García R, Díez Domingo J. Enuresis nocturna primaria monosintomática en Atención Primaria. Guía de práctica clínica basada en la evidencia. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2005;7 Suppl 3:s7-s152.

3. Ramírez-Backhaus M, Martínez Agulló E, Arlándis Guzmán S, Gómez Pérez L, Delgado Oliva F, Martínez García R, et al. Prevalencia de la enuresis nocturna en la Comunidad Valenciana. Sección infantil del estudio nacional de incontinencia. Estudio EPICC. *Actas Urol Esp.* 2009;33:1011-8.
4. Yeung CK, Sreedhar B, Sihoe JD, Sit FK, Lau J. Differences in characteristics of nocturnal enuresis between children and adolescents: a critical appraisal from a large epidemiological study. *BJU Int.* 2006;97:1069-73.
5. Coppola G, Costantini A, Gaita M, Saraulli D. Psychological correlates of enuresis: a case-control study on an Italian sample. *Pediatr Nephrol.* 2011;26:1829-36.

6. Su MS, Li AM, So HK, Au CT, Ho C, Wing YK. Nocturnal enuresis in children: prevalence, correlates, and relationship with obstructive sleep apnea. *J Pediatr.* 2011;59:238-42 e1.
7. Glazener CMA, Evans JHC, Peto RE. Intervenciones con alarmas para la enuresis nocturna en niños (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
8. Glazener CMA, Evans JHC. Desmopresina para la enuresis nocturna en niños (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
9. Butler RJ, Holland P, Robinson J. Examination of the structured withdrawal program to prevent relapse of nocturnal enuresis. *J Urol.* 2001;166:2463-6.
10. Skoog SJ, Stokes A, Turner KL. Oral desmopressin: a randomized double-blind placebo controlled study of effectiveness in children with primary nocturnal enuresis. *J Urol.* 1997;158:1035-40.
11. Schulman SL, Stokes A, Salzman PM. The efficacy and safety of oral desmopressin in children with primary nocturnal enuresis. *J Urol.* 2001;166:2427-31.