

EDUCACION MEDICA CONTINUA

Enuresis

Enuresis

Ac. Dr. Eduardo Mazzi Gonzales de Prada*

Introducción

La enuresis es un problema pediátrico muy importante, ya que produce considerable ansiedad, angustia y sufrimiento tanto al niño como a los padres y es una razón de consulta frecuente para el pediatra. La enuresis es una etapa reversible y transitoria en el desarrollo del niño, que mejora y se cura en forma espontánea y no significa un error en su educación de hábitos higiénicos ni de una enfermedad.

Definición

Se denomina enuresis a la micción involuntaria, inconsciente y funcionalmente normal, que ocurre habitualmente en niños mayores de 4-5 años.

Clasificación:

Enuresis primaria. Es cuando el niño no ha llegado a controlar la micción durante un periodo continuado de por lo menos 6 meses. Es más frecuente de observar la enuresis nocturna primaria (ENP) en la cual, el niño presenta incontinencia urinaria durante el sueño nocturno dos o más veces por semana. Su prevalencia es de aproximadamente 15-20% en la población infantil. Suele mejorar de forma espontánea en la pubertad y tiene una prevalencia en la adolescencia tardía del 1 a 3%, siendo infrecuente

en la edad adulta. La persistencia de la enuresis en la adolescencia y en la edad adulta puede reflejar la presencia de SIDA, gonorrea y otras enfermedades de transmisión sexual.

Antes de los 5 o 6 años de edad, la ENP debe considerarse probablemente como una característica normal del desarrollo. En la ENP, las perturbaciones psicológicas son casi siempre el resultado de una enuresis y raramente son la causa. El 80% de las enuresis son primarias. La revisión se centra sobre todo en estas.

Enuresis secundaria. Es aquella en la que ha existido un periodo previo de control vesical de por lo menos 6 meses, es menos frecuente que la primaria y generalmente secundaria a múltiples patologías.

Enuresis diurna. Más propiamente llamada incontinencia urinaria, ocurre durante el día. Su prevalencia es notablemente inferior a la nocturna, ocurre en aproximadamente el 10% de la población infantil. Es el doble de frecuentes en las niñas y es más frecuente en niños con problemas mentales. En ocasiones se asocia a enuresis nocturna.

Muchos autores prefieren utilizar el término de enuresis **monosintomática** o no complicada cuando la micción ocurre por la noche, durante el sueño y en ausencia de otra sintomatología y de enuresis **polisintomática** o complicada o síndrome enurético.

* Profesor Emérito de pediatría, Facultad de Medicina, U.M.S.A. Médico Pediatra, Hospital del Niño, Ovidio Aliaga Uribe, La Paz.

co, cuando se acompaña de síntomas miccionales nocturnos y/o diurnos que sugieren sobre todo una patología neurológica y/o urológica.

Fisiopatología

El desarrollo del control vesical se adquiere en diferentes etapas: primero el niño es capaz de ser consciente de que su vejiga está llena. Posteriormente desarrolla la capacidad de suprimir las contracciones del músculo detrusor vesical de forma voluntaria. Finalmente alcanza a coordinar la función del músculo detrusor y del esfínter vesical. Generalmente se completa el control de las micciones al menos durante el día, a los 4 años de edad y el control vesical nocturno alrededor de los cinco años.

Aunque no se conoce la causa definitiva de la enuresis, se han involucrado los siguientes factores causales.

- Incontinencia vesical. La vejiga no es capaz de retener la orina producida durante la noche por un desarrollo anatómico incompleto.
- No reconocer la vejiga llena. Debido a la inmadurez de los nervios que controlan la vejiga, una vejiga llena no despierta al niño, sobre todo si el paciente tiene el sueño profundo.
- Desbalance hormonal. Algunos niños no producen durante la noche suficiente hormona antidiurética que disminuiría la producción de orina.

Factores de riesgo

Muchos factores se han asociado con un riesgo mayor de enuresis, incluyendo:

1. Sexo: es más frecuente en varones
2. Edad: mayores de 5-6 años de edad.
3. Historia familiar: Si ambos padres padecieron enuresis de niños, el hijo tiene un 80% de probabilidades de presentar también enuresis.

4. Trastornos de la conducta: es frecuente de observar enuresis en niños con desordenes del déficit de atención e hiperactividad.

La enuresis secundaria es más frecuente en niños con:

1. Estrés. Cualquier evento estresante como el nacimiento o la pérdida de un hermano, la separación de los padres, el fallecimiento de un familiar, rivalidad, etc.
2. Infecciones del tracto urinario. Es un factor importante porque puede dificultar el control urinario, generalmente se acompaña de enuresis diurna, frecuencia urinaria y disuria.
3. Apnea obstructiva del sueño. La enuresis puede ser un signo de la apnea obstructiva del sueño, secundaria a hipertrofia amigdalina o adenoides.
4. Diabetes mellitus. La enuresis secundaria puede ser el primer signo de diabetes.
5. Diabetes insípida. Por producción deficiente de la hormona antidiurética.
6. Constipación crónica. Puede conllevar a disminución de la capacidad de la vejiga con la consecuente enuresis. Encopresis
7. Defectos anatómicos. Como válvulas uretrales, uréter ectópico, duplicación de uréteres, etc., pueden asociarse con enuresis.
8. Retraso del desarrollo, desordenes del sueño (sobre todo sueño profundo), abuso sexual.
9. Anomalías de la columna y médula espinal, vejiga neurogénica.
10. Hipercalcemia
11. Medicación. Uso de ácido valproico, clozapina, etc.

En el siguiente cuadro, mencionamos las patologías más frecuentes que pueden cursar con enuresis y su mecanismo de acción. Cuadro # 1.

Cuadro # 1. Padecimientos que pueden desencadenar enuresis secundaria y modo de acción.

Condiciones desencadenantes	Modo de acción
• Cistitis	Capacidad vesical reducida
• Constipación	Capacidad vesical reducida
• Apnea del sueño	Dificultad para despertar
• Diabetes mellitus	Poliuria nocturna
• Diabetes insípida	Poliuria nocturna
• Obstrucción uretral	Capacidad vesical reducida
• Vejiga neurogenica	Capacidad vesical reducida
• Convulsiones	Mecanismo neurogenico
• Medicación (acido valproico, clozapina)	—
• Estrés psicológico, abuso sexual	—

Evaluación clínica

Se debe tener en cuenta la edad del paciente, la severidad de la enuresis y la percepción del problema por los padres y familiares, el porcentaje de resolución espontánea y la respuesta a la terapéutica.

Se realiza una completa historia clínica de los padres y del niño, se debe evaluar la frecuencia, volumen y horarios de la enuresis. La presencia o no de estreñimiento, encopresis, problemas psicológicos o de conducta, patologías asociadas ya mencionadas, etc.

En general en la enuresis nocturna monosintomática, el examen físico es normal, pero debe ser exhaustivo para descartar otras causas de enuresis secundaria, sobre todo patología uro-genital y neurológica.

Estudios complementarios

En general, no son necesarios estudios complementarios, cuando se tiene una buena y completa evaluación clínica. Se recomienda realizar un examen general de orina y urocultivo, para descartar infección del tracto urinario o diabetes.

Rara vez se solicitan otros estudios complementarios como la: evaluación urodinámica, exámenes

imagenológicos, etc., para detectar o descartar causas secundarias, sobre todo orgánicas de enuresis.

Complicaciones

La enuresis primaria, aunque frustrante para el niño y la familia, no causa complicaciones de importancia, salvo las ocasionales erupciones del área genital. Algunos niños desarrollan sentimientos de culpabilidad y vergüenza y conlleva a una baja auto-estima.

Tratamiento

La mayoría de los niños superan el problema por si solos sin necesidad de tratamiento. Cuando existe la historia similar en los padres, la enuresis se controla alrededor de la misma edad que lo hicieron sus progenitores.

En casos de que el niño se sienta molesto y agravado por el problema se aconseja el tratamiento del mismo. Reconocemos las siguientes terapias.

Métodos no farmacológicos

- **Terapia motivacional:** con la finalidad de dar confianza a los padres, familia y al niño y evitar

el sentimiento de culpabilidad, ofreciendo el apoyo emocional y profesional necesario. Con esta terapia se consigue un 25% de resolución y 75% de mejoría. Es la terapia de primera línea. Si este tratamiento no es exitoso después de 3-6 meses, se debe intentar otras opciones, como la terapia de modificación de conducta y/o terapia farmacológica.

Uso de alarma de humedad eléctrica y sonora: por medio de un sensor ubicado en el pantalón del pijama cerca de los genitales que despiertan al niño al primer signo de humedad que lo obliga a despertar, detener la micción e ir al baño, necesitan de la participación de la familia y tiene un éxito cercano al 60%. Generalmente se observan resultados satisfactorios en 4 a 5 semanas.

Modificaciones del estilo de vida.

Incluyen las siguientes recomendaciones:

- **Dietoterapia.** Limitación de la ingesta de líquidos al anochecer.
- **Evitar cafeína.** Se incluyen bebidas y comidas que contienen cafeína y que estimulan la necesidad de orinar, como ser café, colas, chocolates, etc.
- **Micción doble antes de acostarse.** Significa la micción antes de acostarse y luego un poco antes de dormir. Además recordar al niño que puede utilizar el baño durante la noche si es necesario.
- **Ejercicios de entrenamiento vesical:** son efectivos sobre todo en niños con reducida capacidad funcional vesical; se recomienda que el niño orine cada 2-3 horas o cuando sea necesario para evitar la sensación de urgencia.
- **Tratar la constipación.** Por medios alimentarios o farmacológicos.

Métodos farmacológicos

Generalmente son reservados para niños mayores de 7 años de edad con el objetivo de incrementar

la capacidad vesical y reducir la producción de orina por el riñón. Ninguna de estas medicaciones cura la enuresis, pero son eficaces para mejorar o detener el cuadro hasta que el niño sea capaz de despertarse y realizar la micción por sí solo. A continuación mencionamos los medicamentos más utilizados.

- **Disminución de la producción de orina.** La desmopresina (DDAVP) por vía oral o en aerosol nasal (10-40 ug antes de acostarse) es una hormona antidiurética muy efectiva que incrementa los niveles de la hormona natural y obliga al organismo a producir menor cantidad de orina en las noches. Ocasionalmente puede producir epistaxis, cefaleas, dolor abdominal, náuseas, vómitos y convulsiones (sobre todo cuando el niño ingiere demasiados líquidos), tiene un éxito inicial de 60-90%. Se recomienda administrarla por vía oral por tener menos efectos secundarios y menor duración que el aerosol nasal.
- **Anticolinérgicos.** La oxibutinina (antiespasmódico), incrementa la capacidad vesical y disminuye su contractilidad, se recomienda una dosis de 5 mg al acostarse. Puede ocasionar boca seca, problemas visuales, y otros efectos asociados a los antiespasmódicos.
- **Modificadores del sueño.** La imipramina (antidepresivo tricíclico), mejora la enuresis al modificar el ciclo de despertar y del sueño del niño, además de aumentar el tiempo de retención de la orina o disminuir su producción, tiene un éxito que varía entre el 10-70%. Sus efectos secundarios son múltiples (insomnio, ansiedad, cambios de la personalidad, sequedad de boca, náuseas, etc.), la sobredosificación puede ser fatal. La dosis recomendada es de 0,2 a 0,4 mg/kg/dosis, máximos 15 mg diarios, en 2 a 3 tomas. Se aconseja un tiempo mínimo de 3 meses y luego con dosis decrecientes suspenderla en 6-8 meses. Se la recomienda cuando otros tratamientos han fallado.

Terapia combinada

En casos de enuresis refractaria, se ha sugerido la asociación de varias de las terapias mencionadas. Los casos difíciles de tratar deben ser referidos al especialista.

Apoyo familiar

La enuresis es un problema involuntario y no es aconsejable castigar al niño, como tampoco es recomendable recompensarlo por no orinarse en la noche, por lo tanto es imprescindible toda la ayuda y apoyo para superar el problema, ayudando a disminuir cualquier situación de estrés, facilitando la limpieza con participación del niño, etc., finalmente felicitarlo por el esfuerzo.

Referencias

1. Cox E. Managing childhood enuresis: an overview. *B J School Nur* 2009;4:434-8.
2. Evans JH. Evidence based management of nocturnal enuresis. *BMJ* 2001;323:1167-9.
3. Hernandez MA. Enuresis nocturna. *Bol Pediatr* 2006;46:230-7.
4. Martines-Garcia R. Tiempo de reflexión sobre la enuresis. *Actas Urol Esp* 2009;33:935-8.
5. Robson WLM, Leung A, Van Howe R. Primary and secondary nocturnal enuresis: similarities in presentation. *Pediatrics* 2005;115:956-9.
6. Robson WLM. Evaluation and management of enuresis. *N Engl J Med* 2009;360:1429-32.