

ASIGNATURA DE UROLOGÍA

ENURESIS

MSc Dra. DAISY MARÍA CONTRERAS DUVERGER

**DEFINICIÓN**

Hasta hace poco tiempo, el término enuresis se aplicaba de manera indiscriminada al conjunto de situaciones en las que la eliminación de la orina se hacía en un lugar inapropiado, de forma que su utilización indicaba la emisión repetida de orina durante el día o la noche en la ropa o en la cama, de forma intencionada o involuntaria.

Sin embargo, actualmente, se prefiere utilizar solo para designar a los escapes nocturnos, reservándose el término de incontinencia urinaria para los escapes diurnos o diurnos y nocturnos. Además, en la incontinencia urinaria se observan con más frecuencia implicaciones orgánicas y asociación con micciones anormales, mientras que la EN suele presentarse con micciones completas y normales, aunque inconscientes.

De manera general, se puede considerar hoy en día a la enuresis como la eliminación nocturna, involuntaria y funcionalmente normal de orina que ocurre a una edad en la que cabe esperarse en el niño un control voluntario de la micción.

**EPIDEMIOLOGÍA**

La inconsistencia en la definición, la disparidad de los criterios de inclusión utilizados, el método de estudio (transversal, longitudinal...) y las características de la población analizada hacen que exista un amplio rango de prevalencias de EN, entre el 2,3 y el 20%.

Pese a los problemas descritos anteriormente, en general, la enuresis afecta al 16% de los niños de 5 años, al 10% de los de 6 años y al 7,5% de los de 10 años de edad. Cuando se realizan seguimientos a largo plazo de sujetos enuréticos, se objetiva una resolución espontánea con una frecuencia aproximada del 15% anual, a pesar de lo cual, a partir de los 15 años de edad todavía persistirá el problema en un 1-3% de la población.

Por otra parte, también es conocido que, aunque la prevalencia disminuye con la edad, la frecuencia y la severidad de los episodios enuréticos aumentan. La prevalencia de la orina durante el día o la noche en la ropa o en la cama, de forma intencionada o involuntaria.

Sin embargo, actualmente, se prefiere utilizar solo para designar a los escapes nocturnos, reservándose el término de incontinencia urinaria para los escapes diurnos o diurnos y nocturnos. Además, en la incontinencia urinaria se observan con más frecuencia implicaciones orgánicas y asociación con micciones anormales, mientras que la EN suele presentarse con micciones completas y normales, aunque inconscientes.

De manera general, se puede considerar hoy en día a la enuresis como la eliminación nocturna, involuntaria y funcionalmente normal de orina que ocurre a una edad en la que cabe esperarse en el niño un control voluntario de la micción.

**EPIDEMIOLOGÍA**

La inconsistencia en la definición, la disparidad de los criterios de inclusión utilizados, el método de estudio (transversal, longitudinal...) y las características de la población analizada hacen que exista un amplio rango de prevalencias de EN, entre el 2,3 y el 20%.

Pese a los problemas descritos anteriormente, en general, la enuresis afecta al 16% de los niños de 5 años, al 10% de los de 6 años y al 7,5% de los de 10 años de edad. Cuando se realizan seguimientos a largo plazo de sujetos enuréticos, se objetiva una resolución espontánea con una frecuencia aproximada del 15% anual, a pesar de lo cual, a partir de los 15 años de edad todavía persistirá el problema en un 1-3% de la población.

Por otra parte, también es conocido que, aunque la prevalencia disminuye con la edad, la frecuencia y la severidad de los episodios enuréticos aumentan. La prevalencia de la enuresis es 1,5-2 veces superior entre los varones, independientemente de los criterios que se utilicen para establecer el diagnóstico. Sucede así durante toda la infancia y puede ser observado incluso en la adolescencia, aunque esta desigualdad tiende a disminuir a partir de los 8-10 años y no se observa ya entre enuréticos adultos (Taborga & García, 2014)

**ETIOPATOGENIA**

**A) FACTORES BIOLOGICOS:**

1.- Genético: Frente a la incidencia del 15% de niños enuréticos provenientes de familias no enuréticas, la incidencia aumenta al 44% y 77% si uno o los dos progenitores eran enuréticos en la infancia.

2.- Retraso de la maduración: 30% asociado a retraso específico del habla y lenguaje y a torpeza motora.

3.- Disfunción vesical: capacidad vesical máxima disminuida (volumen máximo de orina evacuado en una sola micción), capacidad vesical funcional disminuida (volumen de orina a partir del cual se inician las contracciones del detrusor y por tanto las ganas de orinar).

4.- Alteraciones del sueño: no se han podido demostrar diferencias significativas en la arquitectura del sueño entre niños sanos y enuréticos. La enuresis puede aparecer en todas las fases del sueño. Asociado en niños con narcolepsia y con síndrome de apnea del sueño.

5.- Disfunción sensoperceptiva: el fallo pudiera radicar en la producción de la estimulación vesical, en la transmisión de las sensaciones o en la recepción cortical de las mismas.

6.- Estreñimiento y encopresis: hasta un 25% de encopréticos en muestras de enuréticos. La dilatación persistente de la ampolla rectal provoca una disfunción vesical responsable de la enuresis.

7.- Hormona antidiurética: ausencia de ritmicidad nictameral de la vasopresina en niños enuréticos. En estos niños la respuesta a DDAVP es muy positiva.

8.- Trastornos del tracto urinario: vejiga inestable, evacuadores disfuncionales, infecciones del tracto urinario, trabeculación vesical intensa, vejiga alongada, reflujo ureteral, etc.

9.- Enuresis inducida por otros psicofármacos: litio, ácido valproico, clozapina, teofilina.

**B) FACTORES PSICOLÓGICOS Y SOCIALES:**

1.- Situaciones estresantes: las enuresis secundarias frecuentemente se asocian a experiencias estresantes, como el divorcio o la separación de los padres, fallecimiento de un progenitor, nacimiento de un hermano, cambio de residencia, traumas escolares, abusos sexuales y hospitalizaciones, accidentes e intervenciones quirúrgicas.

2.- Clase social: mayor cuanto más bajo es el nivel socioeconómico.

3.- Entrenamiento en el control vesical: familias desestructuradas o negligentes que nunca han fomentado el entrenamiento vesical.

4.- Trastornos emocionales y conductuales: los trastornos psiquiátricos son más frecuentes en niños enuréticos que en no enuréticos, aunque sólo una minoría de enuréticos presentan algún trastorno emocional. No se ha podido demostrar la existencia de asociaciones específicas entre enuresis y algún trastorno concreto. La enuresis diurna es más frecuente en el sexo femenino, y está más relacionada con la asociación de trastornos psiquiátricos.

**EVALUACIÓN CLÍNICA**

1.- Anamnesis: historia clínica cuidadosa (antecedentes, tipo de enuresis -primaria, secundaria, diurna, nocturna…-, frecuencia, síntomas acompañantes -polaquiuria, urgencia miccional, escapes intermitentes que orienten a vejiga inestable y de capacidad vesical disminuida-, antecedentes de infecciones de orina o de anomalías del sueño (Tabla 3). Edad del niño en su primera consulta, tratamientos previos, duración y eficacia, medidas adoptadas por los padres, nivel de ansiedad que genera en los padres. Exploración de los aspectos evolutivos del paciente, incluyendo el desarrollo psicomotor, lenguaje, adaptabilidad y reacción a los cambios, los extraños, relación con los iguales y con los adultos, nivel de tolerancia a la frustración. A nivel afectivo, presencia de problemas de rivalidad o celos entre hermanos, baja autoestima, actitud ante temas conflictivos, nivel de angustia y ansiedad que provoca la enuresis en el niño y grado de motivación para dejar de orinarse. Antecedentes familiares de primer grado.

2.- Exploración:

Examen físico y exploración neurológica general: descartar patología antes de derivar al especialista.

La exploración física debe ser completa por aparatos por si hubiera podido pasar desapercibida alguna información de interés al realizar la historia clínica. De forma rutinaria, se deben obtener los datos somatométricos básicos para descartar retraso del crecimiento y determinar la presión arterial. (Tabla 4)

La exploración de un niño con ENPM suele ser normal.

Examen mental para descartar comorbilidad. Capacidad intelectual.

Estudios complementarios: en función de las características de cada paciente (análisis de orina y urocultivo, radiografías de abdomen y de columna lumbosacra, ecografía renal y vesical para descartar obstrucción del tracto urinario. En enuresis mixtas, nocturna secundaria o en niños mayores de 12 años, se recomienda un estudio urodinámico para descartar inestabilidad vesical por contracciones no inhibidas, para conocer la capacidad vesical funcional y la capacidad vesical máxima).

**PROTOCOLO DIAGNÓSTICO**

De acuerdo con los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR se definiría como la emisión repetida de orina en la cama o en los vestidos (sea voluntaria o intencionada).

El comportamiento en cuestión es clínicamente significativo, manifestándose por la frecuencia de 2 episodios semanales durante por lo menos 3 meses consecutivos o por la presencia de malestar clínicamente significativo o deterioro social, académico (laboral) o de otras áreas importantes en la actividad del individuo.

La edad cronológica es de por lo menos 5 años (o un nivel de desarrollo equivalente).

El comportamiento no se debe exclusivamente al efecto fisiológico directo de una sustancia (p. ej., un diurético) ni a una enfermedad médica (p. ej. Diabetes, espina bífida, trastorno convulsivo).

Hay que especificar si es sólo nocturna, sólo diurna o diurna y nocturna.

**DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

1.- Diabetes insípida

2.- Diabetes mellitus

3.- Potomanía

4.- Infección urinaria

5.- Insuficiencia renal

6.- Patología convulsiva

7.- Patología neurológica que afecte a la inervación de la vejiga

8.- Enuresis inducida por fármacos: litio, ácido valproico, clozapina, teofilina

9.- Disfunciones anatómicas del tracto urinario

10.- Narcolepsia (asociada con frecuencia a enuresis)

11.- Síndrome de apnea del sueño (asociado con frecuencia a enuresis)

(AEPED.es, 2010)

**TRATAMIENTO**

**Medidas generales**

**Tratamiento conductual**

El tratamiento conductual consiste en:

1.º Explicar al niño y a su acompañante, de forma sencilla, el funcionamiento del riñón y la vejiga, así como los mecanismos básicos por los que se produce la enuresis nocturna.

2.º Exponer al propio niño y a sus progenitores que el primero no tiene ninguna culpa de la situación, sino que se trata de un retraso en esa área madurativa, ajeno a la voluntad del niño.

3.º Insistir a los familiares en que no se debe reprender al niño ni avergonzarlo. Al contrario, es necesario reforzar la idea de que es, simplemente, un retraso madurativo que se solucionará más tarde o más temprano.

4.º Solicitar a los familiares que tengan una actitud positiva durante el tratamiento, pero que no deben tomar parte activa en el mismo. Así, no deben despertar al niño por la noche para orinar, ni deben preparar el despertador, ni le deben impedir beber líquidos, ya que el paciente es el que tiene que llevar la iniciativa para lograr su curación.

5.º Enseñar al niño que no debe beber excesivos líquidos después de las 7 de la tarde y que, al contrario, debe aumentar la ingesta líquida durante el día.

6.º Recomendar al niño que debe realizar ejercicios de “entrenamiento vesical” (aguantar un corto rato el deseo de orinar e interrumpir una vez el chorro urinario durante la micción).

7.º Aconsejar al propio niño que prepare el despertador para que suene a las 2 horas de haberse acostado o antes, si la micción involuntaria nocturna suele producirse antes de ese periodo de tiempo. Si no lo oye, debería prepararlo, al menos, una vez por semana.

8.º Escribir un diario en el que el niño debe delimitar las “noches secas” y las “noches húmedas”, así como la ingesta de líquidos nocturnos.

9.º Pedir a los familiares que ensalcen y premien los éxitos conseguidos.

10.º Citar, para revisión, cada 15 días durante 3 meses.

**FARMACOLÓGICAS:**

Imipramina y otros antidepresivos tricíclicos: (amitriptilina, viloxazina, nortriptilina, clomipramina y desipramina) Su utilidad en el tratamiento de la enuresis parece tener relación con su actividad anticolinérgica y relajante muscular, con su influencia sobre las características del sueño, y con su probable efecto antidiurético. Son eficaces en menos del 50% de los niños enuréticos y la tasa de recaídas tras su retirada no supera a la del placebo17.

**Imipramina:**

5.º Enseñar al niño que no debe beber excesivos líquidos después de las 7 de la tarde y que, al contrario, debe aumentar la ingesta líquida durante el día.

6.º Recomendar al niño que debe realizar ejercicios de “entrenamiento vesical” (aguantar un corto rato el deseo de orinar e interrumpir una vez el chorro urinario durante la micción).

7.º Aconsejar al propio niño que prepare el despertador para que suene a las 2 horas de haberse acostado o antes, si la micción involuntaria nocturna suele producirse antes de ese periodo de tiempo. Si no lo oye, debería prepararlo, al menos, una vez por semana.

8.º Escribir un diario en el que el niño debe delimitar las “noches secas” y las “noches húmedas”, así como la ingesta de líquidos nocturnos.

9.º Pedir a los familiares que ensalcen y premien los éxitos conseguidos.

10.º Citar, para revisión, cada 15 días durante 3 meses.

**FARMACOLÓGICAS:**

Imipramina y otros antidepresivos tricíclicos: (amitriptilina, viloxazina, nortriptilina, clomipramina y desipramina) Su utilidad en el tratamiento de la enuresis parece tener relación con su actividad anticolinérgica y relajante muscular, con su influencia sobre las características del sueño, y con su probable efecto antidiurético. Son eficaces en menos del 50% de los niños enuréticos y la tasa de recaídas tras su retirada no supera a la del placebo17.

**Imipramina:**

Dosis: 0,9 – 1,5 mg/kg/día por vía oral.

Posología: dosis única, 1 ó 2 horas antes de acostarse.

Duración del tratamiento: 3-6 meses. Retirada paulatina en 3 ó 4 meses.

Efectos secundarios: ansiedad, insomnio y cambios en la personalidad. Su sobredosificación provoca arritmias cardiacas que pueden ser letales, hipotensión y convulsiones.

**Desmopresina:** Análogo sintético de la vasopresina sin efecto vasoconstrictor y vida media corta. Actúa reduciendo el volumen de orina durante la noche y se estima que tiene una eficacia del 40-80% en el tratamiento de la enuresis, pero con una tasa de recaídas alta. La desmopresina reduce rápidamente el número de noches húmedas por semana, pero existe alguna evidencia de que esto no se sostiene después de finalizada su administración. No se recomienda la interrupción brusca de un tratamiento con buena respuesta a la desmopresina, aunque no existen estudios de calidad que demuestren que una retirada progresiva a dosis decreciente logre evitar las recaídas. Un esquema de retirada estructurada (progresiva intermitente a dosis completas) consigue una curación sin recidiva en más de la mitad de los pacientes que habían recidivado previamente sin este esquema.

**Desmopresina:**

Dosis: 20-40 mg por vía intranasal , 200-400 mg (0,2-0,4 mgr) ingerida por vía oral y 120-240 mg cuando se administra la muy reciente presentación en liofilizado oral, que ha demostrado una capacidad para disminuir el volumen de orina similar a la de los comprimidos orales.

Posología: dosis única al acostarse.

Duración del tratamiento: 3-6 meses inicialmente.

Sin efectos secundarios graves, salvo posibilidad de intoxicación hídrica si se acompaña de ingesta excesiva de líquidos 1-2 h. antes de tomar el fármaco.

**Oxibutinina:** Anticolinérgico y relajante muscular. Actúa disminuyendo la hiperactividad del músculo detrusor y aumentando la capacidad vesical. La oxibutinina ha demostrado su utilidad en el tratamiento de la enuresis no monosintomática y en otros cuadros de incontinencia urinaria con alteraciones urodinámicas, pero no existe evidencia clara de que presente beneficios sobre el placebo en el conjunto de pacientes con enuresis nocturna monosintomática.

**Oxibutinina:**

Dosis: 0,3-0,4 mgr/kg/dia (10-20 mg/día).

Posología: cada 12 ó 24 horas.

Duración del tratamiento: 3-6 meses inicialmente.

Efectos secundarios: sequedad de boca, vértigo y estreñimiento. La acumulación residual de orina que puede provocar aumenta el riesgo de infección urinaria. Es previsible que un nuevo fármaco aún no autorizado en pediatría, la tolterodina, con igual eficacia, pero menos efectos secundarios, sustituya progresivamente a la oxibutinina (Rodriguez & García, 2012).

**BIBLIOGRAFÍA**

* Rodriguez, L., & García, S. (3 de Marzo de 2012). *AEPED.es.* Recuperado el 2 de Febrero de 2016, de Asociación Española de Pediatría: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/10\_3.pdf
* Taborga, E., & García, V. (17 de Septiembre de 2014). *Sepeap.org.* Recuperado el 2 de Febrero de 2016, de http://www.sepeap.org/wp-content/uploads/2014/09/ENURESIS-INFANTIL.pdf
* Tanagho, & Smith. (2014). Urología General. En S. Tanagho, *Urología General.* Ciudad de México: Interamericana, SA.