



Enuresis nocturna monosintomática: propuesta de manejo en pediatría

Dr. Rafael Espino Aguilar

Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Valme. Sevilla
Miembro del CEAE (Comité para el Estudio y Asesoramiento en Enuresis).

La enuresis o emisión involuntaria de orina durante el sueño continua siendo en el presente un problema de enorme frecuencia lo que contrasta con la escasa importancia que suele recibir. Conviene saber que no es trastorno psicológico primario, ni un trastorno que se cura solo, ni es normal después de los 5 años, no se debe a beber excesivamente y, sobre todo, que es tratable. Numerosas cuestiones están pendientes de definir con certeza: de este modo hay que definir si es una enfermedad o un problema, quién es y quién no es enurético, cuáles son las causas, qué tipos hay, quién debe atender al enurético, qué tratamiento se debe administrar y cuál es el papel de los padres.

Las principales causas son la predisposición genética, poliuria nocturna, inestabilidad vesical y alteración de los mecanismos del despertar.

De modo esquemático la fisiopatología puede plantearse como sigue: sobre la base de una predisposición genética, el volumen de producción de orina nocturna sobrepasa la capacidad vesical, este hecho unido a un fracaso para despertar como respuesta a la vejiga llena conduciría a la enuresis nocturna.

En el terreno de la práctica diaria es fundamental realizar una clasificación inicial del paciente para el manejo clínico. Vamos a encontrar 3 tipos de pacientes enuréticos cuyo conocimiento y diferenciación es imprescindible a la hora de plantear el diagnóstico y tratamiento adecuados: enuresis nocturna monosintomática, síndrome enurético y enuresis asociada a patología orgánica nefrourológica.

La mayoría presentan enuresis nocturna monosintomática, grupo que incluye aquellos niños que mojan la cama por la noche, a una edad igual o superior a 5 años, al menos 5 veces al mes, con ausencia de síntomas miccionales diurnos durante el mes previo a la consulta; puede

ser primaria (desde siempre sin periodo de continencia nocturna) o secundaria (han pasado al menos 6 meses sin mojar la cama).

Padecen un síndrome enurético los niños mayores de 5 años con enuresis nocturna mas síntomas miccionales (polaquiuria, retencionismo, urgencia miccional, disuria, micción anómala, y/o escapes diurnos o incontinencia).

En la primera visita debemos realizar la anamnesis, exploración física, solicitudes iniciales (hoja frecuencia/volumen, calendario de micciones nocturnas, análisis de orina con tira reactiva de 9 parámetros y sedimento con cultivo si procede) y exámenes complementarios opcionales (osmolalidad urinaria en segunda micción de la mañana, calciuria de orina de 12 horas, ecografía urológica pre y postmiccional).

En una segunda visita se realizará el análisis de la hoja frecuencia/volumen, del calendario de las micciones nocturnas, valoración de los exámenes complementarios, planteamiento de nuevos estudios complementarios, recomendaciones generales antes del tratamiento y prescripción de tratamiento.

Guía para el tratamiento de la enuresis nocturna monosintomática

Hay que asumir que como punto de partida no existe una “diana” clara terapéutica.

Recomendaciones previas al inicio del tratamiento

- Informar al enurético de que muchos otros niños de su edad tienen el mismo problema, aproximadamente 15 de cada 100 a los 5 años, y 5 de cada 100 a los 10.
- Comprobar o asegurarse de que el niño está motivado y acepta su problema.
- Ver si la actitud de los padres es colaboradora y comprenden la enuresis después de explicarles, con un lenguaje sencillo, su fisiopatología y posibilidades de tratamiento. Insistir en que una actitud punitiva es contraproducente.
- Favorecer que el niño pueda orinar por la noche con la mayor rapidez y facilidad. Poner una luz-piloto y un orinal en su habitación si el lavabo esta lejos y tiene miedo por la noche.
- Regularizar los hábitos del niño en tres aspectos esenciales:
 - Bebida: ingerir líquidos durante el día de forma regular. Disminuir o dar escasa cantidad dos horas antes de acostarse. No darle líquidos carbónicos o con cafeína.

Es aconsejable recomendar:

1º.- Beber bastante por la mañana (llevar agua al colegio).

2º.- Menos por la tarde.

3º.- Al principio del tratamiento, nada por la noche.

- Orina: vaciar la vejiga en periodos regulares; como mínimo cuatro veces al día.

Es aconsejable establecer un horario miccional para facilitar el control voluntario del enurético sobre su vejiga.

Por ejemplo: 1ª levantarse, 2ª recreo o media mañana, 3ª antes del almuerzo, 4ª antes de la merienda, 5ª antes de la cena, 6ª antes de acostarse.

Asegurarse que antes de acostarse vacía la vejiga totalmente con una micción relajada

- Sueño: acostarse siempre a la misma hora estableciendo la misma rutina cada noche.
- No dar cenas saladas o con abundante líquido (sopas).
- Contraindicar el uso de pañales excepto en situaciones excepcionales como dormir en casa de un amigo, colonias veraniegas o medición de la diuresis nocturna.
- Si el niño tiene estreñimiento iniciar una pauta laxante. Tratar primero la encopresis si se asocia a la enuresis.
- Insistir al niño que, a partir de ese momento “él es dueño y responsable de su vejiga”. Ello implica fomentar su propia higiene, retirar y cambiar la ropa mojada llevándola al lugar correspondiente para el lavado, etc..
- El enurético, personalmente, debe llevar un control de sus noches secas y mojadas en un calendario.
- Dar confianza y seguridad al enurético y a su familia de que su problema tiene solución, pero necesitamos toda su colaboración y confianza.
- Explicar que la duración del tratamiento es larga, y necesitamos también toda su paciencia.

El tratamiento inicial se basa en 2 opciones diferentes: desmopresina o alarma.

Paso previo: informar a la familia de las ventajas e inconvenientes de ambas.

En las condiciones sociosanitarias de nuestro medio de trabajo, lo más viable es iniciar el tratamiento con desmopresina oral.

Desmopresina oral

Existen 2 modalidades de inicio: 0.2 mg oral y aumentar si no hay mejoría
0.4 mg oral

Valoración de resultados: 2 meses

Podemos obtener 3 tipos de respuesta terapéutica:

- Respondedor (> 50 % noches secas)

Mantener pauta 3 meses

- Respondedor parcial (20-50 % noches secas)

0.2 mg: pasar a 0.4 mg

0.4 mg: mantener 3 meses

- No respondedor (< 20 % noches secas)

0.2 mg: pasar a 0.4 mg

0.4 mg + Alarma

Valoración de resultados: 5 meses

Válido para cualquiera de los 3 tipos de respuesta terapéutica.

a).- > 90 % de noches secas:

Desmopresina oral: disminución progresiva.

Desmopresina oral + alarma: disminución progresiva de desmopresina oral y mantener la alarma.

b).- < 90 % de noches secas:

Si no tiene alarma: asociarla a desmopresina oral.

Si tiene alarma: enviar al especialista.

Valoración de resultados: 8 meses

a).- > 90 % de noches secas:

iniciar retirada progresiva de desmopresina oral (0.1 mg cada 30 días) y mantener la alarma hasta 3-6 meses consecutivos de noches secas.

b).- < 90 % de noches secas:

derivar al especialista.

Criterio de curación:

> 90 % de noches secas durante los 6 meses siguientes a la finalización del tratamiento.
