

ENURESIS

DEFINICIÓN

La vejiga urinaria está constituida por el músculo detrusor y los esfínteres vesicales interno y externo. Cuando la orina alcanza una determinada presión intravesical se pone en marcha el reflejo de micción, que es innato. Este reflejo consiste en la contracción del detrusor y en la relajación de los esfínteres, lo que provoca la emisión de orina. Las “ganas de orinar” corresponden a las primeras contracciones del detrusor. La micción voluntaria consiste en la relajación voluntaria del esfínter externo. La adquisición del control vesical supone poder inhibir el reflejo innato de micción. Para lograrlo es imprescindible haber alcanzado un nivel de maduración fisiológica que consiste en haber aumentado la capacidad de la vejiga, haber adquirido un control voluntario del esfínter externo, y por último alcanzar el control voluntario para poder inhibir el reflejo miccional.

Se acepta que la adquisición de hábitos es completa a la edad de 4 años y que se realiza siguiendo una determinada secuencia: control anal diurno, control anal nocturno, control vesical diurno y, finalmente, control vesical nocturno.

La DSM-IV-TR define la enuresis como la emisión repetida de orina durante el día o la noche en la cama o en los vestidos (sea voluntaria o intencionada), por lo menos dos veces por semana durante un mínimo de tres meses consecutivos, en un niño/a con una edad cronológica de por lo menos 5 años (o un nivel de desarrollo equivalente). La incontinencia urinaria no se debe exclusivamente a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej. diurético), ni a una enfermedad médica (p. ej. diabetes, espina bífida, trastorno convulsivo). La definición de la DSM-IV-TR también considera que puede haber una frecuencia o tiempo menor si provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, académico (laboral) o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Puede clasificarse en sólo nocturna si la emisión de orina es sólo durante el sueño (subtipo más frecuente), sólo diurna si la emisión de orina es sólo durante las horas de la vigilia, o nocturna y diurna cuando se trata de una combinación de los dos tipos anteriores.

La enuresis primaria ocurre en niños/as que nunca han tenido un periodo de continencia, mientras que la enuresis secundaria se produce cuando aparece tras un periodo de continencia (que suele cifrarse entre seis meses y un año).

EPIDEMIOLOGÍA

A pesar de ser un trastorno relativamente común, no son muchos los estudios epidemiológicos llevados a cabo y, en su mayoría, no distinguen entre los distintos tipos de enuresis, aunque casi todas las series coinciden en que la incidencia de enuresis nocturna disminuye a medida que aumenta la edad, y la frecuencia es mayor en varones (2:1).

La prevalencia de la enuresis nocturna en las distintas edades varía considerablemente en los distintos trabajos, moviéndose entre el 6-32% a los 5 años de edad, el 8-28% a los 7 años, 5-24% a los 9 años, 3-17% a los 11 años, 1-6% a los 13 años y 1-4% a los 15 años. La enuresis diurna es mucho menos frecuente (1 a 2 por cada 7-8 aproximadamente), y es casi inexistente en la adolescencia, acompañando con cierta frecuencia a la enuresis nocturna (2-17% de los casos), y siendo su prevalencia significativamente mayor en el sexo femenino. Es más frecuente en clases socioeconómicas bajas y en niños institucionalizados.

La enuresis primaria es dos veces más común que la secundaria, habiendo un incremento en la prevalencia de enuresis secundaria entre los cinco y siete años.

ETIOPATOGENIA

A) FACTORES BIOLÓGICOS:

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 alargada, 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). 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.
- 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).

3.- Derivación:

1.- El Pediatra de Atención Primaria o en su defecto el Médico de Cabecera son los primeros en identificar el problema, hacer las pruebas necesarias para descartar causa orgánica y plantear una intervención de primera línea.

2.- Si el paciente no responde a los principios generales o se aprecia una comorbilidad psiquiátrica conviene derivar al Equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil.

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)

INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

1. Principios generales:

- Explicar a los padres que se trata de un trastorno benigno y que generalmente se autolimita.
- Reducir la ingesta de líquidos antes de ir a la cama.
- Levantar al niño por la noche para que orine.
- Reasegurar al niño y evitar que se sienta culpable para evitar efectos emocionales secundarios.
- Período de observación de al menos dos semanas de autorregistros y refuerzos positivos antes de iniciar un tratamiento más específico, dada la alta tasas de curaciones espontáneas.

2. Terapia de modificación de conducta:

- Pípi-stop (60-80% respuestas)
- Entrenamiento en retención voluntaria
- Entrenamiento en cama seca: alarma + entrenamiento en limpieza + despertar por la noche + control de retención + práctica positiva

3. Tratamientos farmacológicos:

- Imipramina: dosis de 25-75 mg. Remisión total del 30%
- DDAVP (Desmopresina) a dosis de 20-40 µg intranasal o 200-400 µg oral

BIBLIOGRAFIA

- 1.- DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Masson 2002.
- 2.- Psicopatología del Niño y del Adolescente, tomo I. Jaime Rodríguez Sacristán (editor). Universidad de Sevilla 1995.
- 3.- Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Enuresis. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2004, 43 (12): 1540-50.
- 4.- Planificación Terapéutica de los Trastornos Psiquiátricos del Niño y del Adolescente. JR Gutiérrez Casares & F Rey Sánchez (coordinadores). SmithKline Beecham.