

La enuresis nocturna es uno de los motivos más frecuente de consulta a los pediatras y a los urólogos pediátricos. No es sorprendente si tenemos en cuenta que a los cinco años un 15% de niños “moja la caja”. Es a partir de esta edad, cuando los padres deben efectuar las primeras consultas con estos especialistas para determinar si su hijo es enurético o no. Se considera normal que un niño se haga pis varias veces a la semana antes de cumplir esa edad.

## Enuresis nocturna, un fenómeno de carácter universal

La enuresis nocturna es muy conocida por su frecuencia y universalidad, pero se siguen desconociendo las causas fundamentales que originan este problema. Parece confirmarse que hay factores genéticos relacionados con la enuresis. Si los dos padres han sido enuréticos, sus hijos tienen un 75 por ciento de probabilidades de sufrir el mismo problema. Si sólo uno de los padres lo fue, la posibilidad de que lo sean sus hijos desciende al 45 por ciento.

La enuresis nocturna no se considera, desde el punto de vista médico, un problema grave. Casi se puede afirmar que es un mal menor. Sin embargo, para los niños y para sus padres puede convertirse en un auténtico problema que, muchas veces, perturba las relaciones familiares, crea complejos y se esconde para que no sea conocido por otras personas.

Hasta hace muy poco tiempo, se desconocía casi todo sobre la enuresis nocturna y la forma de tratarla. Este desconocimiento científico, acompañado de una ausencia casi total de tratamientos efectivos y el hecho cierto de que la enuresis nocturna desaparece hasta en un 99 por ciento de los casos de forma espontánea a lo largo de los años, ha provocado en los padres una actitud contraria a consultar con los pediatras este tema.

Aún hoy en día, sólo acude a la consulta del pediatra alrededor

de un 20 por ciento de los casos que existen.

Esta actitud pasiva de los padres, y también de los profesores y educadores, genera numerosos problemas a los niños. Además, la mayoría de los padres desconocen que la enuresis nocturna tiene una causa fisiológica y no psicológica.

Todavía subsisten en muchos hogares castigos físicos o psicológicos a niños enuréticos. Estos padres olvidan su propio caso y las dificultades que tuvieron en su infancia por ser mal comprendidos.

Lo primero que debe quedar claro es cuándo podemos decir que un niño o un individuo es enurético.

La auténtica enuresis se define por cinco requisitos concretos:

1. Es una micción, emisión de orina igual que las habituales.
2. Funcionalmente normal.
3. Que ocurre involuntariamente durante el sueño.
4. Al menos cuatro veces al mes.
5. En niños que han cumplido ya los cinco años.

Si no se cumple alguno de estos requisitos, nos enfrentamos a otro problema que habrá que definir, pero distinto del que conocemos como enuresis nocturna.

También es conveniente distinguir entre dos tipos de enuresis. La primaria, que es aquella que ha ocurrido desde siempre;

y la secundaria, que es aquella que aparece después de que el niño, como mínimo, ha controlado la emisión nocturna de orina por un período superior a seis meses, aunque algunos especialistas fijan este período seco en doce meses.

En la actualidad, los médicos utilizan el término de enuresis monosintomática para describir aquella que no se relaciona con otros problemas patológicos. Los casos que tuvieran otra sintomatología miccional quedan excluidos.

Los niños que no hayan cumplido cinco años no se deben considerar enuréticos nunca, aunque “mojen regularmente la cama”. A partir de los cuatro años es conveniente observarles detenidamente y si siguen con este comportamiento, efectuar consultas con el pediatra a partir de que cumplan los cinco años.

Aquellos niños que superan los cinco años y “mojan la cama” menos de cuatro veces al mes, tampoco han de ser objeto de preocupación de los padres. Lo normal es que esta frecuencia de hacerse pis disminuya y desaparezca.

Las emisiones involuntarias de orina durante el día o conscientemente por la noche han de ser objeto de estudio por los especialistas, ya que casi siempre revelan problemas médicos de otro tipo que incluso pueden ser importantes, pero no nos encontramos frente a casos de enuresis.

Hay muchos adultos, cerca de un 1 por ciento de la población, que siguen padeciendo la enuresis nocturna de por vida y que casi nunca consultan su caso con el médico por la vergüenza que les produce manifestar su problema. Es una postura errónea, ya que hay muchos casos, es más normal de lo que parece, y afortunadamente en la actualidad hay soluciones terapéuticas que demuestran su eficacia en más del 80 por ciento de los casos tratados.

También se producen muchos malentendidos entre lo que es una enuresis primaria y secundaria.

La primaria, que es la que afecta a cerca de un 90 por ciento de los que padecen enuresis, es un problema fisiológico.

La secundaria, que sólo afecta a un 10 por ciento de los casos, tiene su origen en causas psicológicas.

El confundir el tipo de enuresis nocturna que se padece conlleva retrasos notables en su tratamiento y en su solución. Además, la no solución de la enuresis primaria suele provocar problemas psicológicos graves a los niños.

## Causas

La enuresis es un problema simple, en la mayoría de los casos, descrito y conocido desde hace más de cinco mil años, del que se desconocen con exactitud las causas concretas que lo originan.

La universalidad del problema y su elevada frecuencia han llevado a investigadores de todo el mundo a profundizar en las causas fisiológicas que desencadenan el fenómeno de la enuresis nocturna primaria monosintomática.

Otros tipos de enuresis, diurnas o polisintomáticas, son debidas a disfunciones orgánicas o problemas patológicos conocidos.

También la enuresis secundaria parece ser que es debida a problemas psicológicos por

diversos factores, como pueden ser problemas de integración en la familia o en el colegio, la aparición de nuevos hermanos, etc.

Un factor predeterminante de la enuresis nocturna es el hereditario.

Otro factor conocido y que parece relevante es un retraso en la maduración funcional de la vesícula. Hay niños que adquieren esta madurez antes de los tres-cuatro años y controlan sus micciones de forma voluntaria. Hay un elevado porcentaje de niños en los cuales esta madurez es alcanzada a los cinco años. Y en torno a un 15 por ciento de niños no la alcanzan: son los niños enuréticos.

Este retraso temporal en alcanzar la madurez puede explicar las diferencias porcentuales que se observan entre enuréticos, según sea el sexo de los mismos. Cada dos niños varones enuréticos hay una niña, éstas parece ser que adquieren la madurez orgánica uno o dos años antes que los niños.

Entre las hipótesis barajadas para explicar el fenómeno enurético nocturno destaca la del equipo danés que estudia el papel de la hormona antidiurética, la ADH, la vasopresina, que controla la producción de orina las 24 horas del día. Por la noche, la tasa de esta hormona natural aumenta en el organismo humano reduciendo el volumen de orina que produce nuestro cuerpo. Si hay una menor secreción de esta hormona antidiurética, se produce y libera una mayor cantidad de orina.

La falta del control voluntario de los esfínteres unida a la mayor producción de orina provocan una micción inconsciente durante el sueño.

Estos investigadores han encontrado una menor tasa de esta hormona en los enuréticos nocturnos.

Se han realizado numerosos ensayos clínicos en todo el mundo aplicando un análogo de la vasopresina, la desmopresina, a individuos enuréticos y comprobando que la reducción del volumen de orina que llega a la vejiga

hace que no se sobrepase su capacidad de almacenamiento, permaneciendo la cama seca hasta que el individuo se despierta y puede controlar a voluntad sus micciones.

## Epidemiología

Estados Unidos es el país del mundo en que se han hecho mayor número de estudios epidemiológicos en torno a la enuresis nocturna. Se confirma que el número de enuréticos en este país se sitúa entre 5 y 7 millones de individuos.

En España, se han realizado estudios epidemiológicos parciales y limitados para establecer la incidencia y prevalencia de la enuresis nocturna en colegios o en determinadas zonas geográficas.

Los resultados de los estudios españoles son coincidentes con los efectuados en Estados Unidos y otros países del mundo.

Según estas investigaciones, el porcentaje de niños enuréticos a la edad de cinco años se sitúa en un 15 por ciento.

A los seis años este porcentaje desciende al 13-14 por ciento; a los siete años se sitúa en torno al 12 por ciento y anualmente va descendiendo porcentualmente en un punto, para quedar a los 16-17 años alrededor de un 1 por ciento.

Muchos investigadores y especialistas que tratan este problema afirman que el porcentaje del 1 por ciento de enuréticos en la población adulta refleja exactamente la incidencia de esta casuística.

Otros son más prudentes y afirman que es muy difícil de determinar, ya que las personas adultas ocultan su problema al médico y a las personas de su familia que más directamente se relacionan con ellos y no lo manifiestan casi nunca a nadie.

Partiendo de estos porcentajes y teniendo presente que anualmente nacen en nuestro país alrededor de 400.000 niños, se puede establecer un número de niños enuréticos por edades (tabla I).

Si la población adulta española de más de 18 años la estimamos en torno a los 30 millones de habitantes y aplicásemos el porcentaje del 1 por ciento, obtendríamos un total de 300.000 adultos de más de 18 años enuréticos.

Si este porcentaje lo rebajamos a la mitad, tendríamos una cifra de 150.000 adultos enuréticos nocturnos en nuestro país.

En la hipótesis más favorable nos encontramos con una cifra superior al medio millón de enuréticos nocturnos en España, lo que revela la extensión de este problema.

En un reciente estudio realizado en España por los doctores Sánchez Chapado y Sánchez Sandoval, del Servicio de Urología del Hospital Príncipe de Asturias de Alcalá de Henares, sobre una muestra de 4.355 sujetos, 1.881 varones y 2.400 mujeres, se analizó el control vesical, entre otros factores, de estos niños y adolescentes.

En relación con el control vesical por sexo, según este estudio, nos encontramos con que un 75 por ciento de los varones adquiere este control a los tres años de edad, mientras que las mujeres lo alcanzan en un porcentaje del 82,48 a esta edad de tres años.

A los cinco años de edad el 81,56 por ciento de los varones poseen ya el control vesical, siendo este porcentaje del 88,04 por ciento en las niñas.

Estas diferencias porcentuales nos demuestran que los varones tardan más que las mujeres en alcanzar su madurez fisiológica de control de la micción nocturna, lo que explica la diferencia de incidencia que se produce por sexos.

## Consecuencias

La enuresis nocturna primaria, y también la secundaria, es un problema menor en la mayoría de los casos, que únicamente genera consecuencias graves cuando padres, educadores y grupo social en que se sitúa el

Tabla I

Edad	Población total	Porcentaje	Nº de enuréticos nocturnos
5 años	400.000	15	60.000
6 años	400.000	14	56.000
7 años	400.000	12	48.000
8 años	400.000	11	44.000
9 años	400.000	10	40.000
10 años	400.000	9	36.000
11 años	400.000	8	32.000
12 años	400.000	7	28.000
13 años	400.000	6	24.000
14 años	400.000	5	20.000
15 años	400.000	4	16.000
16 años	400.000	3	12.000
17 años	400.000	2	8.000
18 años	400.000	1	4.000
Total niños y adolescentes enuréticos de 6 a 18 años			428.000

enurético mantienen actitudes de no tratamiento adecuado o de incompreensión.

Para el niño es un problema "grave", ya que lo contempla como algo "anormal", que le sucede a él y no a sus compañeros. Si no tiene comprensión paterna, se retrasa el tratamiento o se espera que se solucione por sí solo, se le enfrenta a una situación que produce secuelas traumáticas de tipo psicológico.

En un estudio hecho en 99 colegios de Palma de Mallorca se ha estudiado el comportamiento y actitudes de padres y familiares ante la enuresis nocturna. Se ha constatado que este problema afecta tanto a los padres como a los niños y que en un elevado porcentaje ambos mantienen oculto el tema frente a los demás.

Este estudio ha sido dirigido por los doctores Gutiérrez Sanz-Gadea, O. Hidalgo, Rebassa Llull y F. Hidalgo, del Hospital Son Dureta, de Palma de Mallorca.

Se constata que sólo un 9,1 por ciento de los niños recibe algún tipo de tratamiento, lo que demuestra el poco conocimiento que hay sobre este tema a pesar de que es un problema muy estudiado últimamente, del que hay abundante documentación y de las posibilidades reales de solu-

ción con que cuentan los pediatras y otros especialistas en la actualidad.

El 48,7 por ciento de los padres ponen pañales a sus hijos cuando presentan enuresis nocturna. El 66 por ciento les despierta por la noche para que orinen, interrumpiendo su sueño. El 55,7 por ciento no les da de beber a partir de cierta hora de la tarde-noche.

Un 4 por ciento de los padres castigan a sus hijos por "mojar la cama".

Entre las pautas positivas hay que destacar que el 69,7 por ciento felicitan a sus hijos cuando no se hacen pis y que el 21,3 por ciento es premiado cuando no se orina por la noche.

El 9,8 por ciento de los padres considera normal la enuresis nocturna de sus hijos mientras que tienen 6-7 años. Al 46,2 por ciento les preocupa, al 22,3 por ciento les molesta y para el 25,6 por ciento representa un problema.

En este estudio también se ha obtenido la opinión de los niños sobre el tema, recogida a través de los padres. Según éstos, al 6,6 por ciento de los niños les parece normal su enuresis. Al 32,4 por ciento les preocupa; al 16,4 por ciento les acompleja, al 9,7 por ciento les retrae, y al 31,8 por ciento les molesta. Estamos

hablando de niños de 6 y 7 años. No hay información sobre la opinión de niños con edades superiores.

Los autores de este estudio constatan que hay muy pocas evidencias de que la enuresis en niños sea de origen psicógeno. Incluso no se ha confirmado que los niños con enuresis nocturna monosintomática sean psicológicamente distintos a los otros niños.

Sin embargo, la opinión general de que hay una desviación psicológica en algunos enuréticos ha conducido, desafortunadamente, a la ansiedad de los padres. Esta ansiedad puede provocar reacciones adversas y alterar las relaciones entre padres e hijos.

También la enuresis puede alterar psicológicamente al niño, sobre todo a medida que se va haciendo adulto, afectando de forma negativa a su personalidad.

Los factores psicológicos sí son mucho más importantes en la enuresis secundaria que en la enuresis primaria y en la diurna, lo cual es lógico si tenemos en cuenta que a veces son los desencadenantes de la misma.

En reuniones mantenidas en colegios entre padres de niños enuréticos y especialistas se pone de relieve la preocupación del niño porque no se descubra su problema, ya que tiene "miedo" de provocar burlas entre sus compañeros.

Esta preocupación explicaría el rechazo de muchos niños enuréticos a dormir fuera de su hogar, en campamentos infantiles, en casas de parientes o amigos. Se describen anécdotas relativas a niños que han permanecido en desplazamientos cortos de uno o dos días fuera de casa toda la noche en vela para no "mojar la cama" y que no se descubra su enuresis.

A medida que aumenta la edad del niño las consecuencias traumáticas de tipo psicológico y de aislamiento para tratar el tema con familiares, amigos o médicos son más fuertes.

Algunos especialistas descri-

ben casos de adultos que ocultan su problema a los médicos. Se conoce que padecen enuresis nocturna por el testimonio de la esposa, informando ésta que hay una prohibición expresa de comentar el tema con cualquier otra persona.

Esta situación, paradójica en principio, es mucho más habitual de lo que parece. Todos los estudios epidemiológicos realizados hasta la fecha sitúan en torno a un 0,5-1 por ciento el número de adultos que sigue padeciendo enuresis nocturna. A las consultas de los especialistas no acude esta cifra de individuos.

En definitiva, hay que resaltar que la enuresis nocturna es un problema menor, que puede acarrear consecuencias un tanto graves si no se trata por el pediatra o especialista a tiempo. Cuanto más tiempo se esté sin afrontar el problema, tanto peor. A veces esta ocultación acarrea graves secuelas durante toda la vida, perturbando la convivencia social y familiar.

## Tratamientos actuales

La universalidad del problema y su alta incidencia en la población infantil han contribuido a buscar soluciones y tratamientos eficaces.

Durante la segunda mitad de este siglo, se amplían notablemente el número de tratamientos. Hay que destacar que éstos solucionan el problema de la enuresis nocturna en la práctica totalidad de los casos, si bien es cierto que en algunas ocasiones al retirar el tratamiento reaparece el problema.

El más novedoso y podría decirse que más eficaz de los tratamientos actuales es el que utiliza como principio activo a la desmopresina, hormona análoga a la vasopresina que tiene un máximo efecto antidiurético con un mínimo efecto vasopresor y que regula la producción de orina por la noche.

*Tratamientos conductuales.* Son aquellos que de una forma u otra modifican la conducta de los

niños tratando de que éstos adquieran un entrenamiento que les lleve a controlar voluntariamente sus micciones y el lugar en que se producen.

El más utilizado de estos tratamientos es el de la alarma sonora. La idea inicial fue descrita en 1830. Los sistemas han evolucionado mucho. Hoy existen minisistemas muy cómodos, discretos y de reducido tamaño. El principio terapéutico es el mismo: cuando se inicia el escape de orina nocturno se pone en marcha una alarma sonora que despierta al niño y la induce a ir al servicio para orinar, así se produce un reflejo condicionado que a la larga hace que el niño se despierte antes de que se inicie la micción enurética.

*Tratamientos farmacológicos.* Son los más recomendados por los médicos en términos generales y los más utilizados.

Estos tratamientos son de muy diversos tipos, tales como la utilización de andrógenos, para reducir la densidad de los nervios colinérgicos de la base vesical; los antidepressivos tricíclicos, que tienen un efecto antidepressivo, anticolinérgico y antiespasmódico; anticolinérgicos puros para controlar la inestabilidad vesical; espasmolíticos para relajar la fibra lisa y disminuir las contracciones involuntarias del detrusor; sedantes y ansiolíticos y otra serie de fármacos diuréticos; estimulantes; tranquilizantes, etc. Muchos de estos tratamientos no resultan recomendables o son abandonados por la alta incidencia de efectos secundarios que producen.

*Otros tratamientos.* Son muy diversos y variados. Van desde la aplicación de métodos físicos de entrenamiento, como la distensión vesical aplicada con catéteres de balón hinchable, con aplicación de anestesia durante 30 minutos, la diuresis forzada, aumentando la ingesta de líquidos durante el día a la aplicación de la psicoterapia, hipnosis, acupuntura, dietas alimentarias, cirugías, etc.♦