

Enuresis: Concepto y Manejo

INTRODUCCIÓN: Desde tiempos remotos se sabe de personas que mojaban sus ropas interiores y de las dificultades que esto conlleva en lo social, familiar y en la autoestima.

Se describen métodos terapéuticos frecuentemente usados para subsanar los síntomas.

Estas "terapias" iban desde plantas medicinales hasta medidas físicas como: "sentarse sobre ladrillos calientes, lavarse la zona genital con agua caliente y luego bebérsela, etc."

OBJETIVO: El presente artículo resume los resultados de investigaciones sobre este tema, las que se han orientado principalmente a establecer, tanto los mecanismos fisiopatológicos, como las medidas terapéuticas más adecuadas para el manejo del síntoma.

COMENTARIO: La incidencia de enuresis va desde el 15 al 28% lo que nos obliga, como profesionales de la salud, a reconocer el problema y manejarlo adecuadamente.

Dr. Claudio Aguilera H.,

Médico becado del Programa de Postgrado en Medicina General Familiar de la Universidad de Chile.

Dr. Rodrigo Chamorro O.,

Médico Neurólogo Infantil, Docente de la Universidad de Chile y Pontificia Universidad Católica de Chile.

Colaboración de:

Dra. Livia González D.,
Médico Psiquiatra Infantil,
Docente del Depto. de Psiquiatría U. de Chile.

CONCEPTOS

La definición de enuresis es compleja, en tanto para muchos autores no es una patología por sí misma, sino más bien un síntoma.

Las distintas definiciones evidencian las discrepancias sobre este tema, particularmente dado que el abordaje clínico y terapéutico, dependerá de la formación del clínico.

Desde la perspectiva de la Psicología Clínica y la Neurosiquiatría Infantil, se define enuresis funcional, a la emisión involuntaria o intencional de orina durante el día o la noche (*después de la época de incontinencia fisiológica*), siempre que no sea secundaria a causas "físicas" demostrables.

El DSM IV define como: *Enuresis* a la emisión involuntaria de orina generalmente durante la noche y de forma "inconsciente", sin causa orgánica observable; y a la *Incontinencia urinaria* como la emisión involuntaria, pero consciente

de orina, con una causa orgánica demostrable (*asociada a causa fisiológica*). (Tabla 1).

Otros autores definen *enuresis* como emisión de orina durante el sueño en niños mayores de 5 años, al menos 1 vez por semana, mínimo 1 mes; e *incontinencia urinaria*, como el escape de orina durante la vigilia en niños mayores de 4 años, al menos 1 vez al día, mínimo 1 mes.

Basándonos en los criterios DSM IV, nos acogeremos a la segunda definición, dándole un carácter "orgánico" a la incontinencia, y sin causa orgánica demostrable a la enuresis.

Es necesario hacer algunas consideraciones anatómo-fisiológicas de la micción y sus mecanismos de control para entender el problema.

El control miccional se desarrolla a partir de complejos mecanismos que involucran todo el SNC, particularmente el sistema simpático y parasimpático. Desde la perspectiva de la

Tabla 1. Criterios DSM IV para definir enuresis.

1. Emisión repetida de orina en la cama o en los vestidos (*sea involuntaria o intencionada*).
2. El comportamiento en cuestión es clínicamente significativo, manifestándose por una 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 de la actividad del individuo.
3. La edad cronológica es de por lo menos 5 años (*o el nivel de desarrollo equivalente*).
4. El comportamiento no se debe exclusivamente al efecto fisiológico directo de una sustancia (*ejemplo: diabetes, espina bífida, abuso, nacimiento de un hermano, etc.*).

neuromaduración, consideremos que en una primera etapa aumenta la capacidad vesical en relación al volumen urinario (*1 a 2 años*), luego se adquiere la capacidad de controlar el esfínter externo voluntario (*3 a 4 años*) y finalmente la de detener la contracción del detrusor.

Por otro lado, el control que puede aportar la hormona antidiurética al control vesical, está determinado por su producción, la que se caracteriza por un ritmo circadiano en que ésta aumenta significativamente a partir de las 20 hrs. del día y desciende en la madrugada.

EPIDEMIOLOGÍA

La enuresis es 2 veces más frecuente en varones que en mujeres y su prevalencia disminuye a medida que aumenta la edad. A los 5 años de edad, la prevalencia de enuresis es de 7% en varones y del 3% en mujeres; a los 10 años de edad, la prevalencia es del 3% en varones y del 2% en mujeres; a los 18 años la prevalencia es del 1% en hombres y en menor proporción en damas. No existe diferencia de prevalencia entre niveles socioeconómicos, sin embargo, se ha visto un aumento en familias con antecedentes de enuresis entre los progenitores y en familias de bajo nivel socioeconómico y cultural. Niños con bajo peso de nacimiento también tienen mayor frecuencia de enuresis.

La incidencia descrita fluctúa del 15 al 28%, lo que nos plantea la obligatoriedad de conocer esta patología.

Hay evidencia de que la enuresis funcional se debe entender como un problema relacional o familiar, puesto que los niños de padres enuréticos tienen 7,1 veces mayor posibilidad de sufrir enuresis, y hasta en un 70% de las familias con un niño enurético el síntoma aparece en otro miembro.

CLASIFICACIÓN

El DSM IV clasifica la enuresis funcional en:

Diurna: Sólo durante las horas de vigilia (*es más compleja y de peor pronóstico*).

Nocturna: Es el subtipo más frecuente y corresponde a la emisión de orina sólo durante el sueño nocturno. Ocasionalmente, la emisión tiene lugar durante el período de movimientos oculares rápidos (*REM*) del sueño y el niño puede recordar un sueño que implicaba el acto de orinar (*cabe aquí comentar que debería hablarse de Enuresis del sueño, puesto que los episodios también se pueden producir durante la siesta*).

Mixta: Incluye las dos anteriores.

Estas, a su vez, según el momento evolutivo de aparición, pueden ser:

Primarias: La enuresis aparece sin períodos de continencia previo, o con períodos inferiores a un año.

Secundarias: De acuerdo con las pautas culturales, ha habido un período de continencia de al menos 1 año de duración.

ETIOPATOGENIA

Desde el punto de vista *orgánico*, al aparecer lesiones físicamente demostrables, el problema pasa a ser considerado como una incontinencia urinaria en la que, fundamentalmente, se puede encontrar las siguientes alteraciones:

- Factores genitourinarios: anomalías de la vejiga o la uretra, diverticulosis, uretrocele, etc.
- Retrasos de la maduración, vejiga neurogénica o no neurogénica, etc.
- ITU (*alta incidencia*).
- Enfermedades que cursan con poliuria: Afecciones renales, Diabetes Mellitus (*en niños la DM puede debutar como una enuresis antes que exista una causa, por lo tanto se debe solicitar una glicemia y un examen de orina*), Diabetes Insípida, anemias, etc.
- Trastornos lumbosacros: Traumatismos, disrafias, etc.
- Trastornos cerebrales: Lesiones cerebrales, Epilepsia, Trastornos del sueño.
- Alergias: Si tienen efectos irritativos locales.

Las teorías *sicológicas* del cuadro son variadas:

- Desde el punto de vista *conductual y cognitivo conductual*, la etiología de la enuresis es explicada por la existencia de una "conducta desviada" y "dificultades en el aprendizaje". Por lo tanto, habrían pautas de aprendizaje alteradas, contradictorias, inexistentes sobre el control de esfínteres en estos niños y/o familias.
- Desde el punto de vista *relacional o "psicodinámico"*, la etiología de la enuresis se plantea como un síntoma, síntoma que es considerado un signo de comunicación con los padres o consigo mismo. Por lo tanto, habría una fijación de las comunicaciones alrededor de la orina y de la micción. En situaciones de apego ansioso entre la madre y el hijo (*sobredependencia*), se produce aumento de las ansiedades insuficientemente elaboradas en el niño y la familia (*confusionales primitivas, persecutorias o paranoides, reparatorias*).

Plantea que el niño se desarrollaría de forma normal en algunas áreas, mientras que permanecería fuertemente infantilizado en otras y, consecuentemente, necesitado de los cuidados maternos propios de tales fases del desarrollo emocional anteriores (*regresión y fijación*); existirían conflictos con los afectos en relación con los adultos y allegados (*la ira, el temor, la vergüenza y la culpa, el erotismo y la autosensorialidad incipientes, la depresión*) y conflictos psicosociales vinculados (*Diferenciación/indiferenciación; individualización/simbiosis; autonomía; vergüenza y duda; continencia/incontinencia; industriosisidad/inferioridad; identidad/difusión del rol*).

Destacar las fantasías y sueños, frecuentes en los niños enuréticos, con respecto a destrucciones por inundación, ahogamiento, fuego, quemaduras, envenenamiento o corrosiones mediante la orina

o las heces, etc, suelen considerarse manifestaciones del conflicto agresión-frustración. Es importante explorar la posibilidad de abuso sobre todo cuando el menor había sido continente.

Creemos, sin embargo, dada las características epidemiológicas y la asociación que se da con otros síntomas neuromadurativos, esta variable es fundamental como modelo biológico, particularmente en la enuresis del sueño y primaria.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Los niños enuréticos sufren a lo largo de los meses o los años, la burla de sus padres, de los allegados y familiares, así como castigos y reprimendas sociales, escolares y familiares. Una cierta inhibición y retraimiento son consecuencias fácilmente deducibles de esta situación, pero también han de ser consideradas manifestaciones conductuales de conflictos emocionales anteriores.

A veces, se observa que algún familiar reacciona con "apego ambivalente": mientras abierta y socialmente lo reprime o intentan solucionarlo, a un nivel más subliminal e íntimo, hay una "concentración" de las relaciones familiares a través del síntoma. De tal forma, el niño recibe más interacciones (*positivas o negativas*) por parte de los adultos circundantes, y de los progenitores y hermanos (*si los tiene*).

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

Se debe hacer una anamnesis y exploración adecuada del niño, considerando aspectos biológicos y aspectos psicosociales.

Importante descartar causa orgánica. Explorar aprendizaje de hábitos de lim-

pieza, de ansiedades maternas por el síntoma, problemas sociales, atenciones que recibe el niño/a, rasgos de personalidad del niño, etc.

Según cumpla con los criterios del DSM IV y clasificarlo de acuerdo al momento evolutivo, o momento del día en que se produce.

Las medidas terapéuticas, pueden ser:

- a. Biológicas
- b. Farmacológicas
- c. Psicológicas de tipo conductual
- d. Psicológicas de tipo psicodinámico
- e. Psicosociales de tipo mixto

Terapias biológicas:

- Quirúrgicas. (*incontinencia, causa orgánica*)
- Intentos de cambio de patrones de EEG.
- Técnicas de sobreingestión de líquidos, entrenamiento en continencia, estimulaciones eléctricas funcionales, despertar repetidos, etc.

Terapias farmacológicas (*No prescribir antes de los 5 años*):

- Imipramina y Norimipramina: actúan a 3 niveles. Sobre el *sistema nervioso central*: en los centros controladores de la micción y la profundidad del sueño; sobre los *sistemas esfinterianos (anticolinérgicos)*; y a *nivel mental*, modificando el humor. Con dosis de 10 a 50 mg (*3 mg/Kg/día, max. 75 mg*) en 2 tomas, asociadas a protocolos psicológicos o mixtos de terapia del síntoma.
- Ácido oxibutino: 0.3 mg/Kg/día hasta tres meses, solo o en combinación con Imipramina.
- Desmopresina: los efectos son variables. A dosis entre 10 a 40 mg/día, en la noche, en caso de resistencia a los tratamientos previos. Se alcanza hasta un 65,3% de resultados positivos,

Tabla 2. Medidas generales ante la enuresis funcional.

1. Desaconsejar el pañal por infantilizador, y productor de complejas sensaciones.
2. Eliminación de "pipi-stop" si no ha dado resultado en los 3 primeros meses.
3. No despertar al niño por la noche, para evitar la erotización y fijación del síntoma.
4. Proteger el colchón y proponer que sea el propio niño el que se cambie la ropa mojada por ropa seca durante la noche.
5. Que sea el propio niño el que por la mañana lleve la ropa mojada a la lavadora, "puesto que es un problema tuyo, mejor no darle más trabajo a tu madre".
6. Calendario de autoregistro, en el que se señalen, como reforzadores positivos, las "noches buenas" o "noches secas" (no las "noches húmedas").
7. Refuerzos positivos familiares prudentes, adecuados a la situación global.
8. Evitación de castigos y contingencias aversivas.
9. Proporcionar información a los padres sobre enuresis y luego, en próximas entrevistas, se discute sobre el tema.

pero se mantiene un 62,2% tras tres meses de suspender el tratamiento.

Terapia Cognitiva Conductual:

Se basan en el "paradigma respondente", que ha llevado a la elaboración del programa "Dry Bed Training" (*Entrenamiento para la cama seca*) que son: la práctica positiva, el despertar escalonado, el entrenamiento en retención, la ingesta adicional de líquidos, el refuerzo positivo, los reforzadores sociales (*Tabla 2*).

Terapia psicodinámica:

Una terapia usada exitosamente por médicos preparados en dicha técnica es la hipnosis. Esta técnica es más barata, consume menos tiempo y es menos peligrosa que otros tratamientos, puesto que no tiene prácticamente efectos secundarios. Estudios médicos recientes muestran que la hipnoterapia puede tener efectos muy rápidos, entre las cuatro y seis sesiones. Por otro lado, si el niño no se va a beneficiar de la hipnosis se descubre rápidamente y puede entonces usar otra terapia. El costo del tratamiento varía enormemente, puesto que depende del profesional que lo realice y del centro en donde se lleve a cabo. Debido a que la hipnosis puede dar a los niños el poder de autotratamiento, esta

forma de terapia puede ser útil para fortalecer la autoconfianza y la autoestima además de manejar la enuresis. Como en otras terapias se requiere que el niño esté motivado y preparado para asumir la responsabilidad para hacer el cambio.

Terapia psicosocial tipo mixto:

Se trata de brindarle seguridad y confianza al niño, evitando que se sienta aún más avergonzado y angustiado por mojar la cama, y afecte su autoestima. Los padres juegan un papel importante dentro del tratamiento ya que se les orientará para motivar al niño, evitando regañones y castigos, ya que estas actitudes provocarán en el niño un sentimiento de frustración y culpabilidad ante el proceso del tratamiento. Se sugiere utilizar refuerzos positivos, como abrazos o premios, reconociendo su logro. Asimismo, se utilizan autoregistros y calendarios donde se indica las noches secas y las mojadas, para llevar un mejor control de este proceso.

Otro método es el "Entrenamiento en Retención" que aunque más simple no obtiene los mismos resultados que con el método anterior. Las instrucciones que se incluyen en el entrenamiento en retención son:

1. Beber gran cantidad de líquido du-

rante el día

2. Retener la orina hasta sentir molestia, al menos una vez al día
3. Anotar la cantidad de orina evacuada después de la retención (*con la ayuda de un vaso medidor*)
4. Ejercitar muscularmente la contracción voluntaria del esfínter, interrumpiendo la micción varias veces mientras los niños orinan
5. No reñir ni castigar al niño por mojar la cama

Antes de plantear este tipo de terapias (*Cognitivo Conductual y Psicosocial tipo mixto*) es necesario descartar disfunción vesical, con estudios urodinámicos.

Criterios para derivar a Psicoterapia.

1. Niños enuréticos mayores de 10 años.
2. Cuando la psicopatología o conflictos infantiles sean manifiestos.
3. Cuando la psicopatología de la madre y, eventualmente, del padre sea manifiesta.
4. Cuando han fracasado las orientaciones y terapias en APS.
5. En el caso de familias muy desorganizadas, confusas o con graves carencias psicosociales.
6. Cuando se sospecha fundamentalmente la existencia de agresiones, sexuales o no, sobre el niño/a.
7. Cuando el síntoma puede llevar a un

empeoramiento familiar grave (*por ejemplo, con agresiones contra el niño*).

8. Si el profesional de APS percibe claramente la necesidad (*inconsciente*) de la madre, el padre, o el cuidador, de mantener el síntoma.

PRONÓSTICO

En general es muy alentador. Es un sín-

toma que suele resolverse con o sin tratamiento en la mayor parte de los casos, aunque sigue permaneciendo en el 5-12 % de los niños mayores de 7 años y en el 1-2 % de los adultos.

En algunos casos raros, el problema de la enuresis no puede ser resuelto ni por los padres, ni por el pediatra, ni por el médico de familia. A veces, el niño muestra síntomas de problemas emo-

cionales, tales como la tristeza o irritabilidad constante, cambio en el apetito o en los hábitos de dormir. En estos casos, los padres deben hablar con un psiquiatra de niños y adolescentes, quien podrá evaluar los problemas físicos y emocionales que puedan estar causando la enuresis y ayudar al niño y sus padres a resolver estos problemas.

Lectura Seleccionada

1. Precisión diagnóstica en la incontinencia urinaria. Revista "pediatría al día" vol.7 N°5 1991.
2. Manual de Atención Primaria en Pediatría. 2a Edición (M. William Schwartz y cols.).
3. Archives of disease in childhood 80; 448-451 May 1999- SIIC.
4. American Academy of Child & Adolescent psychiatry N° 18 (revisado 4/98).
5. Bedwetting: A guide for parents and children by Arthur C. Houts, Robert M. Licbert, paperback (May 1985).
6. Jaimes A. El niño que moja la cama. Rev. Fac. Med. UNAM vol 41, No 3, Mayo-Junio 1999. México.
7. Unda U.J.M. Enuresis en Pediatría. Rev Mex. Pediatr. 1999; 63 (3) 142 – 144.
8. DSM IV.
9. CIE-10.