

Abordaje práctico ante un niño o una niña con enuresis

Zaira Ibars Valverde^{a,*} y Francisco Javier Samper Villar^b

^aPediatra nefróloga. Servicio de Pediatría. Hospital Arnau de Vilanova. Lleida. España.

^bMédico de Atención Primaria. Hospital Universitario Santa María. Lleida. España.

*Correo electrónico: zairaibars@gmail.com

Puntos clave

- La enuresis nocturna afecta al 16% de los niños y niñas a los 5 años, al 10% a los 6 años y al 7,5% a los 10 años.
- Establecer una edad límite es difícil, pero se suele considerar enuresis a partir de los 5-6 años y no se suele iniciar tratamiento hasta los 7-8 años.
- Debe preocuparnos, y por tanto debemos estudiar en profundidad, aquel niño o niña que presente enuresis secundaria y enuresis no monosintomática.
- El aprendizaje del control de esfínteres diurno cuando el niño o la niña está madurativamente preparado mejora su control de esfínteres nocturno. Por ello se debe enseñar a miccionar y tener buenos hábitos miccionales diurnos.
- Debemos preguntar siempre cuántos líquidos bebe al día; si están muy aumentados, descartar siempre potomanía, diabetes mellitus o diabetes insípida como primeras opciones.
- Antes de iniciar el abordaje terapéutico de la enuresis deberíamos acostumbrarnos a elaborar en todos los casos:
 - *calendario miccional diurno/nocturno, diario miccional y capacidad vesical máxima*, puesto que los tres nos ayudarán a clasificar al paciente con el fin de ofrecerle el tratamiento más óptimo.
- No es necesario realizar pruebas complementarias en los pacientes afectados de enuresis primaria con una exploración física normal. Solo deben realizarse en los pacientes con enuresis secundaria y en aquellos con enuresis no monosintomática.
- No podemos iniciar tratamiento de la enuresis sin haber pautado buenos hábitos miccionales diurnos. "No se puede corregir el día sin antes corregir la noche".
- En todos los casos se iniciará el tratamiento con medidas generales y terapias motivacionales.
- La desmopresina sería el tratamiento inicial del paciente con poliuria nocturna.
- La alarma es un excelente tratamiento, pero precisa de una alta motivación por parte del niño o la niña y de la familia.

Palabras clave: Enuresis • Alarma • Desmopresina • Síndrome enurético • Incontinencia • Hábitos miccionales.

Introducción

La enuresis nocturna es un motivo frecuente de consulta en pediatría, que en ocasiones puede llegar a ser un problema de salud para niños y adolescentes. Su abordaje se está realizando desde atención primaria, nefrología, urología, psiquiatría y otras especialidades, lo que indica que debería abordarse de manera multidisciplinar, sobre todo en aquellos casos más rebeldes al tratamiento.

Se trata, pues, de una entidad de fácil diagnóstico, generalmente en la consulta de atención primaria, que está clara-

mente infradiagnosticada y por tanto infratratada por varios motivos, entre los que destacan: familias enuréticas (que no le dan importancia al trastorno o bien que tienen vergüenza de reconocerlo), profesionales que no lo preguntan en la anamnesis, o dado que suele tener una resolución espontánea, no se le da la importancia necesaria. Pero en los casos que no se resuelven tiene repercusiones individuales, tanto psicológicas (baja autoestima, interferencia en las relaciones sociales, relación con los padres, escuela,...), como sociofamiliares (economía familiar: gastos en compra de pañales, detergente, lavadoras, medicamentos,...) con importante im-

pacto en la salud pública (consumo de consultas médicas, psicólogo, terapeutas, etc.).

Por todo ello, el diagnóstico precoz y su tratamiento deben ser conocidos por los profesionales con el fin de mejorar la calidad de vida de estos niños y niñas¹.

Definición

Se define la enuresis nocturna (EN) como la micción de características normales, involuntaria, que tiene lugar durante el sueño, a una edad y frecuencia socialmente inaceptables².

Existe controversia, tanto por expertos en el tema como por diferentes protocolos de sociedades científicas (Asociación Americana de Psiquiatría, Organización Mundial de la Salud, Sociedad Internacional de Continencia de los Niños), en cuanto a los criterios diagnósticos de edad y frecuencia de los escapes miccionales nocturnos^{2,3}. En nuestro caso utilizaremos los criterios referenciados por el National Clinical Guideline Center, considerando EN a partir de los 5-6 años².

Clasificación de la enuresis

La EN se clasifica según el momento de aparición y si presenta síntomas acompañantes^{4,5}.

Según el momento de aparición

- Enuresis primaria (ENP): no existe un periodo previo prolongado superior a 6 meses de sequedad.
 - Enuresis secundaria (ENS): aparece después de un periodo de continencia urinaria de al menos 6 meses consecutivos, sin ayuda.

Síntomas acompañantes

- Enuresis monosintomática (ENM): sin sintomatología miccional diurna asociada.
 - Enuresis no monosintomática (EN No-M) o síndrome enurético: que asocia sintomatología miccional diurna (urgencia miccional, aumento/disminución de la frecuencia urinaria, escapes, chorro urinario débil, dolor...). De presentarse esta sintomatología debemos descartar patología nefrourológica (vejiga hiperactiva, micción no coordinada, etc.)⁶. Algunos autores también lo consideran si presenta encopresis/estreñimiento u obstrucción de vías respiratorias altas.

La mayoría de pacientes se clasificarán afectos de enuresis primaria monosintomática (ENPM). Los casos que deben preocuparnos y debemos descartar patologías de base serán los que presenten ENS y EN No-M. En la tabla 1⁶ se recogen los aspectos diferenciales de ambas etiologías a modo de cuestionario; si alguna respuesta es positiva, se clasificará como EN No-M o síndrome enurético.

TABLA 1. Diferenciación de pacientes afectados de enuresis monosintomática y síndrome enurético³

Síndrome enurético vs. enuresis monosintomática	No	Sí
N.º de micciones/día < 3		
N.º de micciones/día > 7		
Urgencia miccional		
Escapes diurnos		
Dificultad o retraso en iniciar la micción		
Micción anormal		
Micción con esfuerzo		
Micción fraccionada		
Chorro miccional anormal		
Patología del tracto inferior		
Infecciones urinarias		
Aspectos diferenciales entre enuresis secundaria y enuresis no monosintomática (EN No-M); si alguna respuesta es positiva, se clasificará como EN No-M o síndrome enurético y serán candidatas a estudiar con pruebas complementarias.		

Epidemiología

Globalmente, la enuresis representa el 95% de las disfunciones miccionales. En general se conoce que el 16% de los niños a los 5 años son enuréticos, el 10% a los 6 años, el 7,5% a los 10 años y el 1-3% a los 15 años. Se describe una resolución espontánea entre el 10% y el 15% cada año⁴.

En cuanto al sexo, la prevalencia es 1,5-2 veces superior entre los varones^{4,7}, y en cuanto a los antecedentes familiares es 5,2 veces superior si la madre es enurética, 7,1 si lo es el padre y 11,3 si lo son ambos⁴.

Secuencia del control de los esfínteres. Conocer la normalidad. Enseñar a miccionar

Debemos conocer cómo sucede de forma secuencial el control de esfínteres, puesto que es muy útil educar en los hábitos miccionales adecuados a cada edad, con el fin de prevenir la EN; se ha descrito que *el aprendizaje del control de esfínteres diurno cuando el niño o la niña están madurativamente preparados mejora el control de esfínteres nocturno*⁸.

Primer año de vida: la vejiga evacua su contenido mediante el arco reflejo parasimpático medular, sin que intervenga el control cortical; cuando se llena, seguidamente se vacía. La vejiga durante este periodo es demasiado pequeña para ser un reservorio útil y el número de micciones diarias es muy elevado.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8758394>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8758394>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)