

Sábado 13 de noviembre de 2004

**Mesa Redonda:
“Actualización y avances”**

Moderador:

Enrique Rodríguez-Salinas Pérez

Pediatra, CS Guadarrama, Área 6, Madrid

■ **Enuresis nocturna primaria monosintomática**

M^a Isabel Úbeda Sansano, Roberto Martínez García, Javier Díez Domingo y Trinidad Álvarez de Laviada Mulero

Pediatras, CS de la Eliana, Valencia.

■ **Faringoamigdalitis aguda**

Enrique Rodríguez-Salinas Pérez

Pediatra, CS Guadarrama, Área 6, Madrid

■ **Diabetes mellitus**

Raquel Barrio Castellanos

Pediatra, Endocrinóloga. Unidad de Diabetes Pediátrica. Servicio de Pediatría, Hospital Ramón y Cajal, Madrid

■ **El niño con asma, ¿un adulto con asma?, ¿qué sabemos sobre la historia natural de la enfermedad?**

Carlos A. Díaz Vázquez

Pediatra, CS de Moreda. Servicio Asturiano de Salud Área 7 (Mieres). Coordinador del Grupo de Vías Respiratorias de la AEPap

Textos disponibles en
www.aepap.org

¿Cómo citar este artículo?

Úbeda Sansano MI, Martínez García R, Díez Domingo J y Álvarez de Laviada Mulero T. Enuresis nocturna primaria monosintomática. En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2004. Madrid: Exlibris Ediciones, 2004; p. 63-67.

Enuresis nocturna primaria monosintomática

M^a Isabel Úbeda Sansano, Roberto Martínez García, Javier Díez Domingo y Trinidad Álvarez de Laviada Mulero

Pediatras, CS de la Eliana, Valencia

iubeda@comv.es

INTRODUCCIÓN

La enuresis es un trastorno mucho más frecuente de lo que los pediatras de Atención Primaria percibimos. Debemos tener presente que está infradiagnosticada, bien por la tolerancia de los padres o la del propio pediatra, o porque en muchas ocasiones se oculta, por vergüenza. Se trata de una condición que genera además de problemas psicosociales en el niño que la padece, que se acentúan a medida que éste es más mayor, una carga familiar, de trabajo y económica.

La Asociación Valenciana de Pediatría de Atención Primaria (AVAL-PAP) propuso un grupo de trabajo para elaborar una guía sobre este tema que está pendiente de finalizar.

En esta ponencia se describe la metodología de elaboración de la guía y los resultados de la sistemática diagnóstica.

METODOLOGÍA Y RESULTADOS DE LA SISTEMÁTICA DIAGNÓSTICA

El concepto de enuresis ya plantea un problema, puesto que varía dependiendo de qué entidad se tome como referencia, lo que hace que en ocasiones sea difícil poder comparar estudios tanto epidemiológicos como de resultados de tratamiento.

Existen definiciones con criterios más estrictos como la de la Asociación Americana de Psiquiatría (DMS IV), que considera el

diagnóstico de enuresis si moja ≥ 2 noches/semana. Otra como la de la OMS (ICD-10) considera enuresis si moja una vez al mes. En cambio la Sociedad Internacional de Continencia de los Niños (ICCS) la define como una micción normal, involuntaria en un lugar o a una edad inapropiada o socialmente inaceptable, sin mencionar la frecuencia, aunque considera que más de una noche/mes sería inaceptable para un adolescente. Con respecto a la edad existe mayor unanimidad en aceptar como inapropiada \geq de 5 años, ya que en nuestra sociedad se espera que a dicha edad se haya alcanzado completamente el control vesical.

Pese a los problemas descritos con la terminología y algunas diferencias étnicas y culturales, en general, la prevalencia media de enuresis en el mundo oscila entre aproximadamente el 15% en los niños de 5 años y el 1% en los adolescentes y adultos.

Es importante unificar criterios a la hora de definir la enuresis, y en este sentido la ICCS define unos conceptos que se ajustan a la práctica clínica y que consideramos que se deben tener en cuenta:

- **Enuresis** es equivalente a **enuresis nocturna**, es decir, aquel niño que moja sólo mientras duerme.
- **Incontinencia urinaria** si tiene escapes durante el día o durante el día y la noche. En ocasiones, otros autores definen en la literatura la incontinencia urinaria como síndrome enurético.
- **Enuresis Primaria** si el niño no se ha mantenido nunca seco por un periodo mayor de 6 meses.
- **Enuresis Secundaria** si la enuresis aparece después de estar un periodo seco de al menos 6 meses.
- **Enuresis Monosintomática** cuando no existen síntomas diurnos que sugieran patología neurológica o urológica de base.

Atendiendo a estos conceptos, el grupo de trabajo se ha centrado en evaluar únicamente la Enuresis Nocturna Primaria Monosintomática (ENPM), puesto que constituye el 85-90% de la enuresis nocturna y por tanto será el motivo de consulta más frecuente por enuresis en Atención Primaria, además de ser el tipo de enuresis que podemos abordar perfectamente desde Atención Primaria.

Para diagnosticar y tratar al niño enurético, tan importante es que los padres y el niño estén sensibilizados por el tema y nos consulten, como que el pediatra tenga suficiente conocimiento y motivación para iniciar el tratamiento, pues hemos de reconocer que en la formación de nuestra especialidad vía MIR se le presta poco interés al tema de la enuresis, quizás porque no se ha considerado un trastorno grave y porque la mayoría remiten espontáneamente, obviando los problemas psicosociales que genera. Todo ello ha condicionado que se infravalore el problema sin tratarlo o que se derive a otros especialistas para su tratamiento. Por este motivo, el objetivo del grupo de trabajo ha sido desarrollar una "guía de práctica clínica basada en la evidencia", para el diagnóstico y tratamiento de la ENPM en niños mayores de 5 años, adaptada a nuestra población de Atención Primaria. La guía está dirigida a pediatras y otros profesionales relacionados con la salud del niño.

Se han publicado ya muchas revisiones o guías sobre enuresis, que en la mayoría de los casos no separan el ámbito de aplicación, el tipo de enuresis (monosintomática/no monosintomática) y suelen recomendar una amplia batería de estudios diagnósticos y tratamientos, que se van transmitiendo de unos a otros, sin que exista una evaluación crítica de por qué se recomiendan o no.

La idea ha sido valorar el tema desde la medicina basada en la evidencia (MBE) siguiendo el esquema de elaboración de las guías de práctica clínica, que consta de las siguientes etapas: una vez elegida la condición clínica (ENPM), se ha formado un grupo de trabajo constituido por pediatras de Atención Primaria y un especialista en urología, que dirige una Unidad de incontinencia urinaria. Se ha realizado el diseño de la guía y se han formulado

una serie de preguntas clínicas que se ha intentado responder con una búsqueda bibliográfica sistemática para identificar la evidencia que existe y valorar las recomendaciones. Actualmente se está finalizando esta fase y una vez elaborada la guía, se recomienda que ésta sea revisada por revisores externos al grupo de trabajo antes de ser difundida para su aplicación en Atención Primaria.

Inicialmente se ha hecho una valoración del impacto epidemiológico y psicosocial de la enuresis y a continuación se han identificado aquellas intervenciones sanitarias abordables desde Atención Primaria: el diagnóstico clínico, la necesidad o no de realizar pruebas complementarias y los tratamientos disponibles en AP.

La revisión sistemática de la literatura se ha realizado desde fuentes secundarias que tratan temas según MBE: Tripdatabase, Clinical Evidence, Bandolier, ACP Journal club, Base de Datos Cochrane, Pediatría basada en la Evidencia (Infodoctor.org), archivos de temas valorados críticamente de la AEPap, fuentes primarias (Medline, Embase), guías de práctica clínica y finalmente revisión manual de citas de artículos que se han considerado de interés, siempre utilizando palabras clave apropiadas para cada una de las preguntas clínicas formuladas. Se ha seleccionado sólo la bibliografía disponible en español, inglés y francés, citando la mejor evidencia encontrada sobre cada aspecto siguiendo los criterios de MBE de Oxford.

Cada nivel o grado de recomendación ha sido valorado por al menos dos personas del grupo de trabajo. El grado de recomendación no indica la importancia clínica, sino únicamente la evidencia que lo soporta.

Se han analizado los factores considerados asociados a la ENPM, la sistemática diagnóstica, ventajas o inconvenientes de las distintas opciones terapéuticas, así como factores a tener en cuenta, de buen o mal pronóstico, a la hora de recomendar los distintos tratamientos.

La anamnesis detallada es la clave para hacer el diagnóstico de ENPM (tabla 1) y poder descartar otros tipos de enuresis o incontinencia urinaria, por la existencia de síntomas diurnos, detectar factores asociados a la enuresis, valorar la actitud de los padres y del niño frente a la enuresis así como las expectativas que éstos tienen del tratamiento.

La exploración clínica ante un niño enurético debe centrarse en la inspección de la espalda, genitales y la palpación abdominal. También la inspección de la marcha (punta/talón) nos dará información de la afectación de las raíces nerviosas de las metámeras lumbosacras (implicadas en el control vesical). Cualquier anomalía en la exploración clínica descartaría con gran probabilidad que nos encontremos ante un niño con ENPM cuya exploración suele ser normal.

Tabla 1. Puntos clave de la anamnesis en la enuresis nocturna

- ¿Desde cuándo?
- Periodos secos > 6m
- Nº noches mojadas/mes
- Nº veces que moja cada noche (1 ó >1)
- Clínica urinaria diurna (escapes, urgencia, escozor, posturas aguantar orina, alteración chorro...)
- Antecedentes de infección o anomalías de vías urinarias, enfermedades neurológicas
- Existencia de estreñimiento o encopresis
- Apnea del sueño
- Diagnóstico o sospecha de déficit de atención/hiperactividad
- Fármacos que toma regularmente
- Bebidas diuréticas (colas, té...)
- Situación del niño con el entorno familiar/escolar
- Estabilidad familiar; preocupación y motivación de familia y niño por la enuresis
- Expectativas-objetivos del tratamiento
- Tratamientos previos y resultados

Las pruebas complementarias tampoco aportan ningún dato en el caso de ENPM y por tanto no se recomiendan. Clásicamente se ha descrito la necesidad de realizar una tira reactiva de orina o un urinocultivo ante todo niño enurético. Nos preguntamos si es necesario descartar la infección de vías urinarias en un niño, por lo demás asintomático, que consulta por enuresis nocturna. La evidencia que existe de series de casos y de casos/control no encuentra mayor prevalencia de bacteriuria asintomática en niños con ENPM que en la población general de niños, lo mismo ocurre con la diabetes mellitus o insípida, en los que el diagnóstico se alcanza antes por otros síntomas. Por tanto no se recomienda realizar estos procedimientos de rutina en niños asintomáticos con enuresis nocturna. En cambio sí que resulta imprescindible la recogida de un diario miccional de frecuencia/volumen, herramienta diagnóstica que habitualmente no tenemos por costumbre realizar en AP y que nos aportará gran información para poder calcular la capacidad vesical funcional del niño, de gran valor pronóstico. El diario puede recogerse 3 días

(durante dos fines de semana), anotando la hora y volumen de cada micción diurna. Se elige el mayor volumen de los tres días como capacidad vesical funcional diurna del niño, sin contar con la primera orina de la mañana, ya que ésta es orina y capacidad vesical nocturna. Los estudios analizados utilizan como referencia de normalidad la fórmula de Koff [capacidad vesical funcional en ml = (Edad en años + 2) x 30].

Antes de tomar cualquier medida terapéutica se recomienda también recoger un calendario de noches secas/mojadas durante un periodo de al menos 15 días para conocer la situación basal de la que partimos.

Las opciones terapéuticas evaluadas para Atención Primaria son el tratamiento conductual simple y complejo, incluyendo la alarma, y el tratamiento farmacológico, centrado en la desmopresina. La elección del tratamiento se individualizará en función de la existencia de diferentes factores pronósticos para cada caso.

Bibliografía recomendada

1. American Psychiatric Association. Functional enuresis. In American Psychiatric Association, ed. Diagnostic and Statistical Manual. Mental Disorders. Washington; 1994.
2. Centre for reviews and dissemination. University of York. Treating nocturnal enuresis in children. *Effective Health Care* 2004; 8: 1-8.
3. Glazener CM, Evans JH, Peto RE. Complex behavioural and educational interventions for nocturnal enuresis in children. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;(1): CD004668.
4. Glazener CM, Evans JH. Simple behavioural and physical interventions for nocturnal enuresis in children. *Cochrane Database Syst Rev* 2004; (2): CD003637.
5. Glazener CM, Evans JH, Peto RE. Alarm interventions for nocturnal enuresis in children (Cochrane review). *The Cochrane Library*, Volumen 1, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
6. Glazener CM, Evans JH. Desmopressin for nocturnal enuresis in Children (Cochrane review). *The Cochrane Library*, Volumen 2, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
7. Hjalmas K, Arnold T, Bower W, et al. Nocturnal enuresis: an international evidence based management strategy. *J Urol* 2004; 171: 2545-2561.
8. Hunskaar S, Burgio K, Diokno A, Herzog AR, Hjalmas K, Lapitan MC. Epidemiology and natural history of urinary incontinence (UI). In Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A, eds. *Incontinence. 2nd international consultation on incontinence*. Paris, July 1-3, 2001, pp 165-201. Health Publication; 2002.
9. Jovell AJ, Navarro-Rubio MD, Aymerich M, Serra-Prat M. Metodología de diseño y elaboración de guías de práctica clínica en Atención Primaria. *Aten Primaria* 1997; 20: 259-256.
10. Lyth N, Bosson S. Nocturnal enuresis. *Clin Evid* 2004; Cita electrónica disponible en <http://www.clinicalevidence.com/cweb/conditions/chd/0305/0305.jsp>. Consultado en febrero/2004.
11. Martín Muñoz P. Tratamiento de la enuresis nocturna primaria (tema valorado críticamente). WEB de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. 2001. Cita electrónica disponible en <http://www.aepap.org/pedev/pedev-tvc2.htm>. Consultado en febrero/2004

12. New Zealand Guidelines Group. Handbook for the preparation of explicit evidence-based clinical practice guidelines. Pagina WEB de New Zealand Guidelines Group 31/10/2003. Cita electrónica disponible en <http://www.nzgg.org.nz/index.cfm?fuseaction=download&fusesubaction=template&libraryID=102>. Consultado en nov/2003
13. Norgaard JP, Van Gool JD, Hjalmas K, Djurhuus JC, Hellstrom AL. Standardization and definitions in lower urinary tract dysfunction in children. International Children's Continence Society. Br J Urol 1998; 81 Suppl 3:1-16.
14. Phillips B, Ball C, Sakett D, et al. Levels of evidence and grades of recommendations 1998. Centre for Evidence-Based Medicine (CEBM) de Oxford (Revision Mayo/2001); 2001. Cita electrónica disponible en http://www.cebm.net/levels_of_evidence.asp. Consultado en agosto/2003.
15. World Health Organization. Nonorganic enuresis. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization; 1992.