

ACTA PEDIÁTRICA

ESPAÑOLA

 @actapediatrica

 facebook.com/ActaPediatica

www.actapediatrica.com

Enuresis nocturna: una propuesta para optimizar su manejo (I y II)

V. Martínez, M.I. Lostal, M.J. Sastre, A. Sánchez, J. Quintero, C. Ferreira, P. Matos, J.C. Ruiz de la Roja, en nombre del Grupo de Trabajo Ibérico de Enuresis (OBGETIBE)

Publicado en Acta Pediatr Esp. 2020; 78(3-4): 33-38 (Parte I)

FERRING

PRODUCTOS FARMACÉUTICOS

Edita:

MAYO

Artículo publicado en *Acta Pediatr Esp.* 2020; 78(3-4): 33-38 (Parte I)

©2021 Ediciones Mayo, S.A.
Aribau, 185-187 / 08021 Barcelona
López de Hoyos, 286 / 28043 Madrid

Director y editor de *Acta Pediátrica Española*: J. Dalmau Serra
Subdirector: J.M. Moreno-Villares

Depósito legal: B 19423-2013
ISSN: 0001-6640

Reservados todos los derechos. Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Dirijase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra (www.conlicencia.com; 91 7021970/93 2720447).

www.edicionesmayo.es

Enuresis nocturna: una propuesta para optimizar su manejo (parte I)

V. Martínez¹, M.I. Lostal², M.J. Sastre³, A. Sánchez⁴, J. Quintero⁵, C. Ferreira⁶, P. Matos⁷, J.C. Ruiz de la Roja⁸, en nombre del Grupo de Trabajo Ibérico de Enuresis (OBGETIBE)

¹Centro de Salud El Llano. Gijón. ²Centro de Salud Actur Oeste. Zaragoza. ³Centro de Salud Ensanche de Vallecas. Madrid. ⁴CAP Les Hortes. Barcelona. ⁵Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid.

⁶Hospitais da Universidade de Coimbra. Portugal. ⁷Centro Hospitalar Universitário do Porto. Portugal.

⁸Servicio de Urología. Instituto Urológico Madrileño. Madrid

Resumen

La enuresis es un importante problema clínico, familiar y social. Es un trastorno de origen multifactorial en el que los determinantes neurológicos, hormonales y vesicales están claramente influidos por el contexto psicosocial del individuo. Es una condición infradiagnosticada, en la que no se valora de manera suficiente su repercusión emocional y sobre la calidad de vida del niño. También está deficientemente tratada a pesar de las recomendaciones recogidas en las guías disponibles. Un tratamiento óptimo debe iniciarse a partir de los 5 años con un diagnóstico correcto y teniendo en cuenta para cada caso el factor subyacente que condiciona la fisiopatología de la enfermedad. Desde nuestro grupo queremos destacar algunos aspectos clave de esta entidad y resaltar la importancia de su detección en las consultas de pediatría de Atención Primaria y su manejo correcto.

©2020 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados.

Palabras clave

Enuresis, niños, diagnóstico, desmopresina, alarmas de enuresis

La enuresis (EN) es una entidad clínica heterogénea con unas relaciones fisiopatológicas todavía mal conocidas. Es uno de los trastornos crónicos más frecuentes en el niño, aunque insuficientemente atendido en la consulta de pediatría¹. Algunos trabajos recientes han aclarado algunos de sus aspectos determinantes, atribuyéndosele un origen multifactorial². De todas las causas implicadas, las alteraciones del ritmo circadiano secretor de hormona antidiurética (ADH), los desórdenes del sueño y los trastornos funcionales vesicales son las de mayor trascendencia clínica. Y no puede olvidarse como base etiológica de las mismas la existencia de una predisposición de base genética. Con el fin de orientar su manejo, desde nuestro grupo queremos destacar algunos aspectos clave de esta patología y recapitular las informaciones más actuales sobre la aproximación integral a los diferentes problemas que plantea.

Abstract

Title: Nocturnal enuresis: a proposal to optimize its management

Enuresis is a common and significant clinical, familiar and social problem. It is accepted as a multifactorial disease with a causative factors intermingled from central nervous system, hormonal and bladder regulation, which are embedded in psycho-social context. It is a frequently underdiagnosed condition, in which the important emotional impact and the quality of life it has on the child are underestimated, being poorly treated despite the recommendations contained in the available guidelines. An optimal treatment should start from 5 years with a correct diagnosis and taking into account for each case the underlying factor that conditions the pathophysiology of the disease. From our group we want to highlight some key aspects and recapitulate the importance of its detection in primary care pediatric office and its correct management.

©2020 Ediciones Mayo, S.A. All rights reserved.

Keywords

Enuresis, children, diagnosis, desmopressin, nocturnal enuresis alarms

Concepto y dimensión del problema

Al revisar las series publicadas, se encuentra un amplio rango de prevalencia de la enuresis (entre el 2,3 y el 25%), lo que se ha explicado por la disparidad en los criterios de inclusión utilizados. En el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* en su cuarta edición (DSM-IV y DSM-IV-TR)^{3,4}, aparecía definida como la eliminación involuntaria de orina durante el sueño al menos 2 veces por semana en niños mayores de 5 años, descartada la presencia de enfermedades congénitas o defectos del sistema nervioso central. Esta definición se mantiene en el DSM-V⁵. La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su ICD-10⁶ acepta la frecuencia de al menos 1 episodio al mes durante más de 3 meses a una edad superior a los 5 años. Por su parte, la International Infant Continence Society (ICCS), que periódicamente actualiza

sus estándares y definiciones⁷, la define como la emisión involuntaria de orina durante el sueño a una edad «socialmente inaceptable», y considera la edad de 5 años como límite de la normalidad, no estableciendo un número de episodios que permitan definir el trastorno. Además, algunos grupos han utilizado criterios propios. Esta falta de consenso representa una limitación importante a la hora de analizar diferentes estudios y comparar el valor de los datos obtenidos⁸⁻¹⁰, dificultando su utilidad fuera del entorno local de su elaboración. Además, la mayoría de los estudios abordan conjuntamente y sin distinción tanto los datos referentes al sexo como la existencia de EN primaria o secundaria (ENP/ENS), definidas, respectivamente, por la ausencia o presencia de períodos anteriores de tiempo superiores, según los autores, a 3 o 6 meses sin episodios de enuresis², y los casos de EN monosintomática (ENM) y polisintomática o no monosintomática (ENNM). En el mismo sentido, en pocos casos se ha prestado suficiente atención a la relación entre estos subtipos evolutivos y clínicos con sus posibles factores determinantes. Las series publicadas tampoco incluyen siempre un número suficiente de casos para poder reforzar las conclusiones.

Evaluación inicial y planteamiento general

En la primera consulta, el pediatra debe valorar la actitud del niño y la familia hacia la EN, descartar posibles causas secundarias y reconocer aquellas situaciones que precisen estudios más profundos. Se realizarán una anamnesis completa, un examen físico dirigido y un estudio de orina¹¹. Según la mayoría de las recomendaciones, estos procedimientos deben practicarse de manera rutinaria.

Su correcta atención exige dedicación y paciencia. Dentro de nuestra agenda de trabajo, el lugar natural para el seguimiento

de la EN —como para otras condiciones crónicas— es la consulta programada, de 20 a 30 minutos por sesión. Resultará imprescindible familiarizarse con la terminología principal, definiciones y síntomas⁷, protocolizando la recogida de datos a partir de preguntas directas que nos aporten información que podamos compartir con compañeros e investigadores. Cubiertas esas etapas, deberíamos poder responder a tres preguntas: 1) ¿hacemos una evaluación mínima e iniciamos tratamiento?, 2) ¿ampliamos estudios? y 3) ¿solicitamos valoración especializada?

Realización de una historia clínica orientada

Es el apartado clave en su correcta orientación diagnóstica. Debe insistirse en la importancia de realizar una **anamnesis** ordenada y completa, adaptada a cada situación particular, dirigida al conocimiento de todas las circunstancias o factores condicionantes y extendida al niño y a sus padres^{11,12} (tabla 1). Con ella podremos orientar la clasificación de cada caso entre los subtipos clínicos (ENP/ENS, ENM/ENNM), y debería ayudarnos a excluir anomalías neurológicas y anatómicas subyacentes.

El **examen físico** generalmente da resultado negativo, ayudándonos a identificar sólo entre el 1 y 3% de aquellos pacientes en quienes la enuresis tiene una causa orgánica¹⁵. No obstante, por la trascendencia que pudiera tener cualquier hallazgo, la inspección cuidadosa de los genitales externos debe formar parte ineludible de esta exploración: el meato externo, el glande, los labios menores o el orificio vaginal normales descartan problemas malformativos evidentes relacionados, lo mismo que los signos de inflamación indicativos de una infección local o una irritación. Debemos revisar también la parte inferior de la espalda y la zona sacra en busca de fístulas o anomalías cutáneas indicadoras de disrafias ocultas, o senos pilonidales que pueden asociarse con uropatías¹⁶.

Entre las **pruebas auxiliares**, una simple tira reactiva de orina puede ser útil cuando se sospecha diabetes mellitus o in-

TABLA 1

Anamnesis sobre la enuresis y sus factores condicionantes

Historia familiar	Es positiva en casi 3 de cada 4 casos, siendo más frecuente cuando la han padecido uno o ambos padres
Síntomas de almacenamiento y vaciado urinario	Síntomas nocturnos: frecuencia de los escapes (por noche/por semana), desencadenantes (vacaciones/horas de sueño, beber antes de acostarse). Permite conocer la gravedad de la enuresis Síntomas diurnos: frecuencia durante el día (horas/día), urgencia de vaciar la vejiga, aplazamiento, maniobras de retención (presionando el perineo, cruce de piernas), esfuerzo abdominal para vaciar e interrupción del flujo de orina La frecuencia urinaria de 3 a 8 veces por día se define como normal; fuera de este rango puede haber otros problemas
Hábito intestinal	El estreñimiento funcional aumenta 6,8 veces la posibilidad de tener síntomas de vías urinarias bajas y da puntuaciones más altas en las pruebas de disfunción miccional La incontinencia fecal puede ser un síntoma de anomalías inaparentes de la médula espinal
Consumo de bebidas durante el día y la tarde-noche	Puede justificar la realización de una medida de la glucosuria en micción aislada En horario de colegio, los niños beben poco y compensan ese comportamiento con un aumento en la toma de líquidos a última hora del día, lo que aumenta el riesgo de EN
Patrón de sueño	El sueño puede estar profundamente alterado, proponiéndose que sea el trastorno del control nocturno de la micción la causa primera y el trastorno del sueño una de sus consecuencias ¹³ . El sueño natural en niños con EN es mucho más fragmentado, con mayor somnolencia durante el día ¹⁴ , umbral más alto para despertar, descanso deficiente, frecuencia mayor de dificultades en el aprendizaje global y en el desarrollo de la lectura La EN es más frecuente en casos de ronquidos intensos/apnea de sueño
Problemas de salud general	Antecedentes de ITU, problemas urológicos o de la médula espinal conocidos, evidencia de TDAH, autismo, ansiedad, estrés, discapacidad, alteración del desarrollo motor o del aprendizaje, conflicto familiar o social, o evidencia de abuso sexual, intimidación y castigo. Pueden relacionarse casualmente con la ENS

fección del tracto urinario (ITU). Respecto a los estudios urodinámicos, no existe dato clínico alguno que nos indique qué niños con EN precisan este tipo de pruebas^{17,18}, siendo lo habitual que se prescriban durante su seguimiento en los no respondedores al tratamiento o con mala evolución. La presencia de trastornos orgánicos o alteraciones funcionales —en asociación no necesariamente causal— es más frecuente a medida que la EN persiste en el tiempo y los niños se van haciendo mayores¹⁸.

Como complemento de la historia clínica, el niño debe completar un **diario miccional** y un **calendario enurético**⁷. El diario aumenta la fiabilidad de la información proporcionada por la familia y hace que los padres conozcan los hábitos de micción de sus hijos. Debe realizarse durante 2 o 3 días no necesariamente consecutivos, registrando las evacuaciones, el tiempo de llenado/vaciado, el volumen en cada micción, los episodios de urgencia y/o incontinencia, y el volumen consumido de líquidos. En cuanto al volumen miccional diurno (VMD), se considera normal si está entre el 65 y el 150% de la capacidad esperada para la edad, calculada por la fórmula: $(\text{edad} + 2) \times 30$. Es importante explicar cómo cumplir con este diario para evitar errores en los resultados. También se debe obtener un calendario nocturno de 14 días consecutivos con el fin de conocer la frecuencia con que se produce la enuresis. Para obtener el volumen nocturno, se le pide al niño que duerma usando un pañal. La suma del peso del pañal (kg), el volumen de la primera micción y el volumen de cualquier episodio de nicturias nos dará la diuresis nocturna. Se considera poliuria nocturna un volumen de diuresis nocturna superior al 130% de la capacidad estimada por la fórmula $(\text{edad} + 9) \times 20$, que orientaría hacia la desmopresina como principal opción de tratamiento.

Manejo terapéutico de la enuresis monosintomática primaria

Algunas familias pueden preguntar si la enuresis realmente necesita ser tratada. Actualmente numerosos trabajos recomiendan intervenir. En primer lugar, porque disponemos de tratamientos eficaces y se puede curar. También porque la enuresis puede llegar a ser un auténtico estigma social para el niño y la intervención actúa de manera claramente beneficiosa sobre su autoestima y otros aspectos de su perfil psicológico. Además, podemos aliviar a la familia de los condicionantes impuestos por el niño que se orina. Finalmente, si no se trata puede persistir más allá de la infancia en el 2-3% de los casos, presentando alrededor de un tercio de los adultos antecedentes de enuresis nocturna y una cuarta parte algún tipo de incontinencia urinaria¹⁰.

El principal elemento condicionante del éxito de cualquier intervención será la actitud personal del profesional hacia la enuresis^{11,19}. La labor conjunta de pediatras y enfermeras de pediatría debiera lograr una evaluación y estimulación temprana del control de esfínteres —continencia fecal y urinaria diurna, higiene miccional— a partir de los 18 meses y reconocer prácticas inadecuadas. En la primera consulta tras el diagnóstico suministraremos información sobre la naturaleza del problema y las posibilidades de éxito, valorando la disposición del niño y de sus padres hacia las

diferentes modalidades de tratamiento y logrando su participación en la elección del mismo²⁰. La dificultad para contrastar de manera fiable la respuesta a cada una de ellas puede atribuirse a la falta de estudios, a un diseño deficiente de los mismos y a la escasa uniformidad en los criterios utilizados para su análisis.

La **terapia motivacional** formará parte del programa básico inicial: tenemos que aumentar en el enurético su deseo de despertarse seco y estimularlo para asumir la responsabilidad en la solución del problema²¹. Debe recordarse que el uso de pañal favorece su despreocupación respecto de alguno de los inconvenientes de orinarse en la cama, pudiendo debilitar su interés. Lo mismo puede decirse de que uno de los padres lo levante a orinar de noche, en este caso además con un gran trastorno del descanso nocturno y alteración de la vida familiar. Recoger la ropa de cama y el pijama húmedos, y la higiene miccional mediante el vaciado completo de la vejiga en determinados momentos del día y al acostarse, son medidas que implican al niño en su propio control. En lo que se refiere al calendario de micciones nocturnas, además de formar parte de esa estrategia, permite al pediatra valorar retrospectivamente los resultados en un primer golpe de vista, identificar fácilmente la existencia de algunas circunstancias que modifiquen la tendencia, hacer más consciente al niño de su evolución y que comprenda el sistema de recompensas o premios que se le pueda proponer. Consideramos de gran utilidad el que sea el propio niño quien componga el calendario y le asigne cada día soles o nubes, y los vaya coloreando. Debiera investigarse y resaltar cómo la preocupación por los dibujos y la calidad de los mismos —trazos, rellenos y componente «artístico»— evoluciona de forma paralela al control de la enuresis. Todas son prácticas que no tienen un fundamento fisiopatológico demostrado²², pero, en cualquier caso, están de acuerdo con el «buen sentido» y pueden actuar como placebo. Las medidas punitivas son ineficaces en todos los casos; sólo consiguen distorsionar las relaciones familiares y entorpecer el desarrollo normal del niño.

En cuanto a los principales tratamientos de la ENM y ENP, deben pautarse teniendo en cuenta la existencia de dos entidades o subtipos fisiopatológicos principales: las formas de ENP poliúricas o con datos indirectos de deficiencia de ADH, y las formas que sugieren vejiga de baja capacidad^{18,23}. De las diferentes alternativas, la **desmopresina oral** es el tratamiento preferido por los padres y los pediatras. La forma «flas» logra mayor adherencia al tratamiento que las formulaciones anteriores y muestra una eficacia dosis-dependiente, con cumplimiento superior al de la alarma²⁴. En niños mayores (>30 kg, más de 7 años de edad) recomendamos comenzar con 240 µg una hora antes de acostarse, indicando al paciente que no tome ningún líquido después de la medicación hasta la mañana siguiente. La capacidad funcional de la vejiga predice la respuesta a la desmopresina: con capacidad superior al 70% de la prevista tienen 2 veces más probabilidades de responder²⁵. También la frecuencia de noches con enuresis (≤ 3 por semana) es un indicador de una respuesta favorable. De acuerdo con las recomendaciones de la ICCS, sus efectos se tendrían que evaluar transcurridas de 2 a 6 semanas con un diario de enuresis; y logrado el objetivo

terapéutico, debe pautarse una retirada estructurada y gradual hasta la suspensión total tras 3-6 meses de noches secas²⁶.

Las **alarmas** son una medida efectiva para mejorar o curar la enuresis, despertando al niño una vez que el sensor conectado a la ropa interior se moja con la orina. La edad preferida para prescribir su uso es a los 6 o 7 años, cuando el niño es lo suficientemente maduro como para aceptar y comprender su uso. Su efecto es comparable al de la desmopresina y su tasa de éxito a largo plazo significativamente mayor (el 68,8 frente al 46%, respectivamente)²⁷, si bien los resultados pueden ser equivalentes si se corrige con el número de abandonos^{28,29}, que son tempranos hasta en el 30%, probablemente causados por la incomodidad de su uso y la interrupción del sueño de toda la familia^{27,29}. Disminuye significativamente su utilidad cuando existe una alteración del sueño. Al igual que con otras terapias conductuales, se requiere una prueba de 2 a 3 meses y exige el cumplimiento estricto de las instrucciones tanto por parte del niño como de sus padres.

La **terapia combinada** con ambas se ha estudiado en un número bajo de niños, lográndose éxito terapéutico en el 76% frente a sólo un 46% de los que usaron únicamente alarma; en ambos grupos la tasa de recaídas fue similar (15 vs. 19%)³⁰. Esta opción debe reservarse para los casos refractarios o con respuesta parcial sin mejoría posterior, descartando previamente causas orgánicas o funcionales que pudieran haber pasado desapercibidas. Con ese planteamiento, los resultados no son significativamente diferentes empezando con cualquiera de ambas opciones. Las propuestas de **terapias alternativas**, como acupuntura, homeopatía, hipnosis y quiropraxis, no han probado su utilidad, al igual que la psicoterapia de forma ais-

lada. El documento de estandarización de la ICCS considera el **resultado del tratamiento** como «sin respuesta» si hay una mejoría de menos del 50% de los síntomas, «respuesta parcial» cuando hay una mejora del 50 al 99% de los síntomas, y «respuesta completa» si el 100% de los síntomas se resuelven. Se considera «recaída» cuando ocurre más de un episodio por mes, «éxito continuo» si no hay recaída en 6 meses y «éxito completo» si no ocurren recaídas transcurridos 2 años⁷ (figura 1).

Atención a las comorbilidades

El manejo de la ENS obliga a identificar si es posible tratar el/los factor/es estresante/s subyacente/s, afrontando su control o neutralización. Sin embargo, la mayoría de los niños no tienen una causa reconocible, debiendo ser tratados de la misma manera que los que sufren ENP. Puede ser necesaria una intervención psicológica o psiquiátrica dirigida a aliviar la ansiedad del niño y de la familia y las manifestaciones depresivas, eliminar actitudes negativas y aumentar su autoestima. La presencia de trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) coincidente obliga a su atención, si es necesario en una consulta especializada. Como recomendación general, con la morbilidad psiquiátrica deberían considerarse los mismos criterios que para cualquier otro niño.

Si existe estreñimiento, su tratamiento mejora la incontinencia urinaria, especialmente en adolescentes³¹, siendo el uso de laxantes (polietilenglicol) y el entrenamiento intestinal las opciones recomendables.

En niños enuréticos con el patrón de sueño alterado, el uso de desmopresina ha mejorado los registros de actividad cerebral y

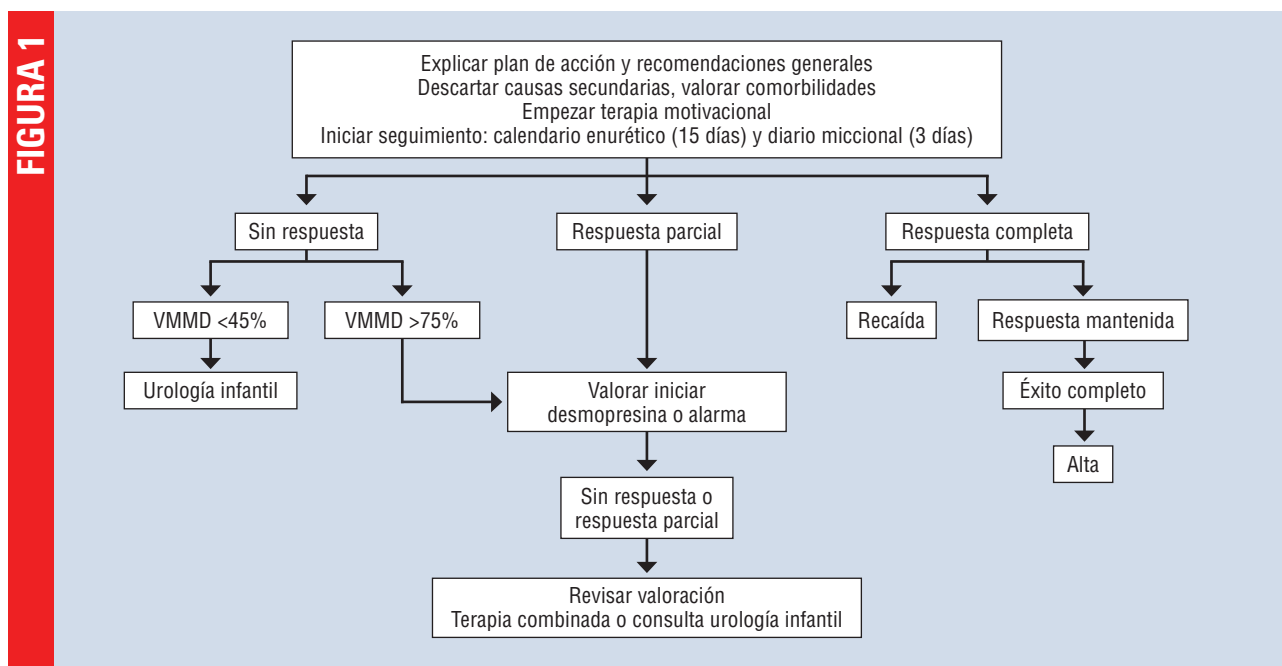


Figura 1. Manejo diagnóstico-terapéutico básico de la ENM y primaria.

TABLA 2

Enuresis: 10 puntos clave

1. Se define con la edad y la frecuencia de escapes nocturnos como criterios mayores
2. Es un problema deficientemente atendido en la consulta de pediatría, con un elevado número de niños sin diagnosticar y sin tratar
3. La acción del pediatra y de la enfermera de pediatría resultan fundamentales para educar el control de esfínteres y realizar un diagnóstico correcto
4. El tratamiento adelanta la resolución y mejora el estado del niño
5. La clasificación en subtipos clínicos ayuda a mejorar el éxito de la intervención
6. Algunas intervenciones no son eficaces y pueden favorecer su persistencia
7. Las alarmas y la administración oral de desmopresina son los únicos tratamientos suficientemente estudiados y que han mostrado ser eficaces y seguros
8. El uso de alarmas exige una implicación mayor por parte de la familia y tiene un porcentaje menor de recaídas
9. La terapia con desmopresina debe iniciarse a dosis adecuadas para ser eficaz, y su retirada ha de ser estructurada
10. El uso combinado de alarma y desmopresina mejora los resultados en casos rebeldes

normalizado el umbral para despertar³², lo que pudiera añadir a su uso una función que debe investigarse. El tratamiento de la apnea obstructiva debería plantearse en el momento del diagnóstico.

Por último, los niños con ENNM deben ser evaluados como aquellos que presentan disfunción del tracto urinario inferior: diario miccional, uroflujometría y ecografía con evaluación del residuo posmiccional. Especialmente en estos niños, no debe olvidarse la evaluación de los trastornos del comportamiento, que deben tratarse si están presentes. Los síntomas diurnos deben ponerse en el foco de la intervención inicial, y la enuresis se trata después de que estos mejoren³³. Aunque deficientemente estudiados en sus resultados, en los casos en que se sospecha o se confirme (cistomanometría) hiperactividad del detrusor se utilizan los antiespasmódicos anticolinérgicos, principalmente oxibutinina, y con mucha menor experiencia en niños fesoterodina y propiverina. Una cantidad significativa de pacientes presentan efectos secundarios, como estreñimiento, aumento de residuos posvaciado y boca seca.

En la tabla 2 se resumen los puntos clave comentados en el texto. ■

Bibliografía

1. Taborga E, Rodríguez LM, Suárez-Castañón CM, Gutiérrez CJ, Santos F, Martínez V. Epidemiological study of nocturnal enuresis among school-age children in Asturias *Pediatr Nephrol*. 2010; 25: 576.
2. Nevés T. Pathogenesis of enuresis: towards a new understanding. *Int J Urol*. 2017; 24(3): 174-182.
3. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*. 4th ed. Washington DC: American Psychiatric Association; 1994.
4. Fritz G, Rockney R, Bernet W, Arnold V, Beitchman J, Benson RS, et al. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with enuresis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2004; 43: 1.540-1.550.
5. American Psychiatric Association. *Enuresis. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Arlington, Washington, DC: Author; 2013.
6. *International Statistical Classification of Diseases and related health problems, 10th revision (ICD-10)*. World Health Organization 2015. Disponible en: www.who.int/classifications/icd/en/
7. Austin PF, Bauer SB, Bower W, Chase J, Franco I, Hoebeke P, et al. The standardization of terminology of lower urinary tract function in children and adolescents: update report from the Standardization Committee of the International Children's Continence Society. *J Urol*. 2014; 191: 1.863-1.865.e13.
8. Evans JHC. Establishment of working definitions in nocturnal enuresis. *Arch Dis Child*. 1991; 66: 753.
9. Butler RJ. Establishment of working definitions in nocturnal enuresis. *Arch Dis Child*. 1991; 66: 267-271.
10. Chan IHY, Wong KKY. Common urological problems in children: primary nocturnal enuresis. *Hong Kong Med J*. 2019; 25(4): 305-311. Disponible en: <https://doi.org/10.12809/hkmj197916>
11. Taborga E, García-Nieto VM. Manejo y diagnóstico terapéutico de la enuresis infantil. SEPEAP 2014. Disponible en: <https://www.sepeap.org/wp-content/uploads/2014/09/ENURESIS-INFANTIL.pdf>
12. Úbeda MI, Martínez R. ¿Y qué hacemos si aún moja la cama? En: APEap ed. *Curso de Actualización en Pediatría*. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2015. p. 305-318.
13. Esposito M, Gallai B, Parisi L, Roccella M, Marotta R, Lavano SM, et al. Primary nocturnal enuresis as a risk factor for sleep disorders: an observational questionnaire-based multicenter study. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2013; 9: 437-443. doi: 10.2147/NDT.S43673. Epub 2013 Mar 31.
14. Cohen-Zrubavel V, Kushnir B, Kushnir J, Sadeh A. Sleep and sleepiness in children with nocturnal enuresis. *Sleep*. 2011; 34: 191-194.
15. Rittig N, Hagstroem S, Mahler B, Kamperis K, Siggaard C, Mikkelson MM, et al. Outcome of a standardized approach to childhood urinary symptoms-long-term follow-up of 720 patients. *Neurourology*. 2013; Jun 14. doi: 10.1002/nau.22447.
16. Haid B, Tekgül S. Primary and secondary enuresis: pathophysiology, diagnosis, and treatment. *Eur Urol Focus*. 2017; 3: 198-206.
17. Naseri M, Hradfar M. Abnormal urodynamic findings in children with nocturnal enuresis. *Indian Pediatr*. 2012; 49(5): 401-403.
18. Aubert D, Berard E, Blanc JP, Lenoir G, Liard F, Lottmann H. Isolated primary nocturnal enuresis: international evidence based management. Consensus recommendations by French expert group. *Prog Urol*. 2010; 20: 343-349. doi: 10.1016/j.purol.2009.12.007. Epub 2010 Jan 27.
19. Kuwertz-Bröking E, von Gontard A. Clinical management of nocturnal enuresis. *Pediatr Nephrol*. 2018; 33: 1.145-1.154.
20. Van Herzele C, De Bruyne P, De Bruyne E, Walle JV. Challenging factors for enuresis treatment: psychological problems and non-adherence. *J Pediatr Urol*. 2015; 11: 308-313.
21. Maternik M, Krzeminska K, Zurowska A. The management of childhood urinary incontinence. *Pediatr Nephrol*. 2015; 30: 41-50.
22. Glazener CM, Evans JH, Peto RE. Complex behavioural and educational interventions for nocturnal enuresis in children. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004; 1: CD004668.
23. Nevés T. Nocturnal enuresis—theoretic background and practical guidelines. *Pediatr Nephrol*. 2011; 26: 1.207-1.214.
24. Martínez V. Desmopresina liofilizada oral. Claves para su uso en el tratamiento de la enuresis monosintomática primaria. *Editorial JUSTIM SL*, 2010. ISBN: 978-84-693-2421-9.
25. Rushton HG, Belman AB, Zaontz MR, Skoog SJ, Sihelnik S. The influence of small functional bladder capacity and other predictors

- on the response to desmopressin in the management of mono-symptomatic nocturnal enuresis. *J Urol.* 1996; 156: 651-655.
26. Vande Walle J, Rittig S, Bauer S, Eggert P, Marschall-Kehrel D, Tekgul S; American Academy of Pediatrics; European Society for Paediatric Urology; European Society for Paediatric Nephrology; International Children's Continence Society. Practical consensus guidelines for the management of enuresis. *Eur J Pediatr.* 2012; 171(6): 971-983.
 27. Önel FF, Guzel R, Tahra A, Kaya C, Boylu U. Comparison of long-term efficacy of desmopressin lyophilisate and enuretic alarm for mono-symptomatic enuresis and assessment of predictive factors for success: a randomized prospective trial. *J Urol.* 2015; 193: 655-661.
 28. Perrin N, Sayer L, While A. The efficacy of alarm therapy versus desmopressin therapy in the treatment of primary mono-symptomatic nocturnal enuresis: a systematic review. *Prim Health Care Res Dev.* 2015; 16: 21-31.
 29. Evans J, Malmsten B, Maddocks A, Popli HS, Lottmann H; UK study group. Randomized comparison of long-term desmopressin and alarm treatment for bedwetting. *J Pediatr Urol.* 2011; 7(1): 21-29.
 30. Ozden C, Ozdal OL, Aktas BK, Ozelci A, Altinova S, Memis A. The efficacy of the addition of short-term desmopressin to alarm therapy in the treatment of primary nocturnal enuresis. *Int Urol Nephrol.* 2008; 40: 583-586. Erratum in: *Int Urol Nephrol.* 2008; 40: 587.
 31. Sampaio C, Sousa AS, Fraga LG, Veiga ML, Bastos Netto JM, Barroso U Jr. Constipation and lower urinary tract dysfunction in children and adolescents: a population-based study. *Front Pediatr.* 2016; 4: 101.
 32. Van Herzeele C, Dhondt K, Roels SP, Raes A, Hoebeke P, Groen L-A, et al. Desmopressin (melt) therapy in children with monosymptomatic nocturnal enuresis and nocturnal polyuria results in improved neuropsychological functioning and sleep. *Pediatr Nephrol.* 2016; 31: 1.477-1.484.
 33. Bastos JM Netto, Rondon AV, De Lima GRM, Zerati Filho M, Schneider-Monteiro ED, Molina CAF, et al. Brazilian consensus in enuresis-recommendations for clinical practice. *Int Braz J Urol.* 2019; 45(5): 889-900. doi: 10.1590/S1677-5538.IBJU.2019.0080.

Enuresis nocturna: una propuesta para optimizar su manejo (parte II)

V. Martínez¹, M.I. Lostal², M.J. Sastre³, A. Sánchez⁴, J. Quintero⁵, C. Ferreira⁶, P. Matos⁷, J.C. Ruiz de la Roja⁸; en nombre del Grupo de Trabajo Ibérico de Enuresis (OBGETIBE)
¹Centro de Salud El Llano. Gijón. ²Centro de Salud Actur Oeste. Zaragoza. ³Centro de Salud Ensanche de Vallecas. Madrid. ⁴CAP Les Hortes. Barcelona. ⁵Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid. ⁶Hospitais da Universidade de Coimbra (Portugal). ⁷Centro Hospitalar Universitário do Porto (Portugal). ⁸Servicio de Urología. Instituto Urológico Madrileño. Madrid

Resumen

La enuresis nocturna es la emisión involuntaria de orina durante el sueño en niños mayores de 5 años de edad, según la International Infant Continence Society (ICCS). Origina conflictos en el niño, que les provoca frustración, baja autoestima y aislamiento social. También causa estrés familiar. Las encuestas vía internet son un método directo, económico y eficaz de acceder a la información de que disponen los profesionales y evaluar su actitud ante un determinado problema. En este estudio hemos realizado una encuesta con 29 preguntas cerradas, dirigida a los pediatras de la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP), a través de su directorio de correos, en la que obtuvimos 430 respuestas válidas de pediatras de todas las comunidades, la mayoría de atención primaria. Según los entrevistados, la EN no es un motivo frecuente de consulta ni considerado de importancia por parte de los padres, que tienden a pensar que se resuelve con el tiempo. Esto contrasta con el conocimiento sobre su alta frecuencia y su amplia repercusión en la vida del niño y sobre la dinámica familiar. Los resultados obtenidos apuntan a la necesidad de ofrecer una información veraz sobre este trastorno y promover herramientas para su reconocimiento temprano, su evaluación y su correcto tratamiento.

©2021 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados.

Palabras clave

Enuresis, niños, cuestionario, diagnóstico, desmopresina, alarmas de enuresis

Abstract

Nocturnal enuresis is the involuntary emission of urine during sleep in children over 5 years of age, according to the International Infant Continence Society (ICCS). It causes conflicts in the child, leading to frustration, low self-esteem and social isolation. It also causes family stress. Internet surveys are a direct, inexpensive and effective method of accessing the information available to professionals and evaluating their attitude to a specific problem. In this study we have carried out a survey with 29 closed questions addressed to the pediatricians of the Spanish Society of Out-of-Hospital Pediatrics and Primary Care (SEPEAP) through its mail directory, obtaining 430 valid responses from pediatricians from all communities, the majority from attention primary. According to the interviewees, enuresis is not a frequent reason for consultation or considered important by parents, who tend to think that it resolves over time. This contrasts with the knowledge about its high frequency and its wide impact on the child's life and on family dynamics. The results obtained point to the need to offer accurate information on this disorder and promote tools for its early recognition, evaluation and correct treatment.

©2021 Ediciones Mayo, S.A. All rights reserved.

Keywords

Enuresis, children, questionnaire, diagnosis, desmopressin, nocturnal enuresis alarms

Introducción

Si nos atenemos a la información publicada, la prevalencia de la enuresis nocturna (EN) es variable. De forma orientativa, puede aceptarse que, en los países con una situación socioeconómica similar a la nuestra, dicha prevalencia se sitúa por encima del 10% entre los niños de 6 años de edad, alrededor del 5% entre los de 10 años y en el 0,5-1% entre los adolescentes y los adultos jóvenes¹⁻³. Hacia los 5 años de edad, según los expertos, el niño está preparado fisiológicamente para controlar los esfínteres y no mojar la cama por las noches⁴. Si a esta edad siguen produciéndose pérdidas nocturnas, es recomendable buscar consejo médico para conocer la situación, descartar algunas patologías y considerar el inicio de un seguimiento. No obstante, todavía demasiados pediatras renuncian a su búsqueda activa en la consulta y optan por la abstención terapéutica, con la idea de que la EN se curará con el paso del tiempo, aunque actualmente todos los estudios recomiendan intervenir sobre esta afección. Según la International Infant Continence Society (ICCS), las complicaciones psicopatológicas pueden ser importantes: al menos el 20-30% de los niños con EN tienen un trastorno emocional con tasas 2 veces más altas que los niños que no mojan la cama⁵, lo que acarrea también diferentes consecuencias negativas, como sensación de una menor calidad de vida, problemas de comportamiento y una adaptación social deficiente. Se estima que en nuestro país puede afectar a unos 329.000 niños, aunque no todos están diagnosticados, y sólo el 20% de ellos recibe tratamiento⁶. Es decir, los datos disponibles permiten afirmar que existe un infradiagnóstico y un infratratamiento a pesar de las altas tasas de incidencia.

Dentro de ese contexto sería interesante conocer la percepción que los pediatras tienen de la EN, su conocimiento de este trastorno y la actitud profesional hacia el mismo, la carga de trabajo que representa en la consulta diaria, la valoración que hace de sus factores condicionantes, sus complicaciones y las diferentes medidas de intervención terapéutica. A partir de estos objetivos, en el Grupo de Trabajo Ibérico de Enuresis (OBGETIBE) nos propusimos evaluar la respuesta a estas cuestiones de los pediatras españoles para identificar situaciones de falta de información, proponer una mejor formación en este campo e intentar mejorar la asistencia a este problema.

Material y métodos

Realizamos un estudio descriptivo transversal mediante una encuesta anónima administrada por correo electrónico a pediatras con título de especialista, de ejercicio público o privado, o en periodo de formación. Fue distribuida utilizando el listado de profesionales y el directorio de correo electrónico proporcionado por la Secretaría de la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP), que cuenta con 3.400 socios. El periodo de envío-respuesta habilitado fue de 1 mes, y a los 15 días tras el envío inicial fue remitido un recordatorio a los participantes. Se hicieron dos envíos posteriores,

separados por 1 mes, a los pediatras que no habían abierto inicialmente nuestro mensaje.

El cuestionario con 29 preguntas cerradas recoge datos referentes a su filiación y situación en su centro de trabajo (propietario, interino o eventual), formación y experiencia profesional (año de MIR o tiempo de trabajo desde la finalización de la residencia). También se recogieron datos sobre la preocupación profesional que suscita la EN en su consulta, así como su valoración sobre la que sienten las familias y el niño, el motivo de consulta que origina el diagnóstico, los criterios utilizados para su evaluación inicial y seguimiento posterior, las diferentes modalidades de tratamiento y las repercusiones que puede tener. Se ha consultado sobre la influencia que la pandemia de coronavirus pudo tener sobre la EN y las necesidades de formación en este tema.

Previamente a la distribución de los cuestionarios definitivos se realizó un estudio piloto, que se hizo llegar de forma aleatoria a un total de 50 pediatras para conocer el grado de dificultad encontrado en su cumplimentación, el tiempo necesario y si hubiera alguna palabra, expresión o pregunta de difícil comprensión.

La devolución de la encuesta completa fue considerada como criterio para incluir la información en el estudio. Se excluyó a los pediatras cuyas encuestas no fueron debidamente cumplimentadas, no devueltas en los plazos señalados y que no cumplieren los criterios de participación en el estudio.

Tras la recuperación de los cuestionarios, los datos obtenidos fueron añadidos a una hoja Excel para facilitar su valoración e interpretación, realizándose un estudio estadístico descriptivo de las variables con estimación de porcentajes y cálculo de las medias, que fueron analizadas mediante la prueba de la *t* de Student; para las variables cualitativas se utilizaron la prueba de la χ^2 y el test exacto de Fisher. Se usó el programa SPSS® versión 17.0 de Windows y consideramos como significativos unos valores de $p < 0,05$.

Los autores consideran como limitaciones principales de este estudio su diseño transversal y la captación de encuestados realizada a través de una sociedad profesional.

Las normas de confidencialidad y respeto en relación con las informaciones obtenidas junto con el proyecto han sido revisadas y aprobadas por el Comité de Ética en Investigación del Principado de Asturias.

Resultados (análisis descriptivo)

El estudio piloto fue devuelto por 26 de los 50 pediatras seleccionados, sin que se hubiese señalado ningún problema de comprensión ni ninguna palabra de interpretación dudosa; el tiempo medio de respuesta fue de 7 minutos. El número de cuestionarios válidos recibidos fue de 430 (un 12,3% del universo muestral).

La encuesta tuvo respuesta por parte de los pediatras de todas las comunidades autónomas, con dos de ellas acaparrando el

porcentaje mayoritario: Andalucía y Madrid, con un 26% del total (56 respondedores cada una). En Castilla y León respondió un 6,5%, en Castilla-La Mancha un 5,8%, en Galicia un 7,2%, en Navarra un 7,4%, en Cataluña un 9,8%, en Valencia un 11,4% y en Canarias un 5,6%. En Cantabria y La Rioja sólo respondieron 3 de los encuestados, y en el resto de las comunidades entre 5 y 19.

Un 75,3% de los respondedores eran mujeres.

En cuanto a los años de experiencia de los pediatras en ejercicio, la mayoría (n= 192 [44,7%]) pertenecía al grupo de más de 20 años, frente a 135 (31,4%) y 94 (21,9%) con menos de 10 y entre 10 y 20 años, respectivamente. Sólo 9 participantes se han identificado como MIR.

El 76% (n= 327) trabaja en un centro de salud. Respecto a su distribución completa en cuanto al ámbito de trabajo, un 60,7% (n= 261) realiza su labor únicamente en atención primaria (AP) frente a un 11,9% (n= 51) que lo hace exclusivamente en un hospital; 44 (10,2%) de quienes remitieron el cuestionario debidamente cumplimentado realizan su labor profesional exclusivamente en el ámbito privado, mientras que el resto la llevan a cabo simultáneamente en un centro de salud y en un hospital (público [6,5%] o privado [2,1%]) o ejercen la medicina privada trabajando al mismo tiempo en un hospital público (3,5%). Finalmente, 22 (5,2%) pediatras de AP ejercen además la medicina privada en una consulta particular. La mayoría tienen plaza fija (n= 234 [54,4%]), frente a 121 y 75 interinos y eventuales, respectivamente. La gran mayoría son pediatras vía MIR (n= 366 [85,1%]), frente a 46 y 18 respondedores que tienen el título sin formación MIR y ocupan plaza de pediatra sin título oficial, respectivamente.

Es interesante comprobar que al 41,8% de los profesionales estudiados la EN les preocupa «poco» o «nada» (n= 166 y 13, respectivamente), frente al 58,2% (n= 249) que les preocupa «mucho». Esto debe relacionarse con que un 55,1% (n= 237) considera que se trata de un motivo de consulta «frecuente», frente a un 44,9% que lo consideran «poco» (n= 186 [43,3%]) o «muy poco frecuente» (n= 7 [1,6%]) (figura 1).

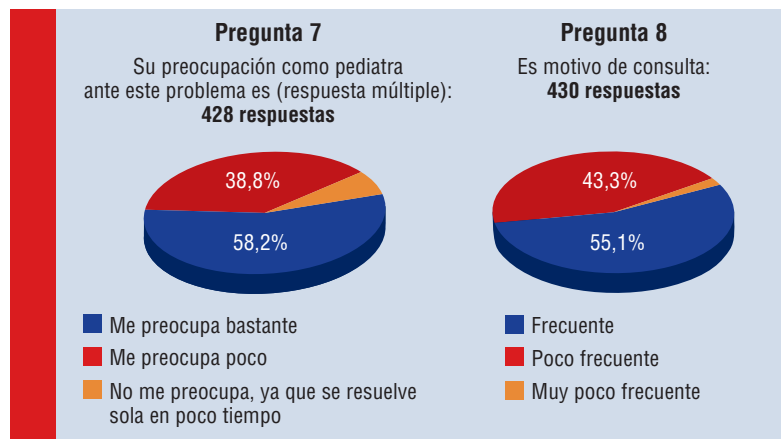


Figura 1

Además, los pediatras consideran que la EN preocupa poco a las familias (n= 261 [60,7%]), salvo que la presenten niños mayores. Sólo el 39,3% (n= 169) contesta que las familias se preocupan por su presencia independientemente de la edad. En cambio, considera alta la preocupación en los niños sólo el 27,7% (n= 119), salvo cuando van teniendo más años (n= 197 [45,8%] a partir de los 10 años), según su pediatra. En cuanto a la opinión del propio profesional, casi la totalidad (n= 427 [99,3%]) reconoce que la EN tiene repercusión en la vida diaria del niño: un 70,2% (n= 302) en la esfera emocional, asociada (opción doble en la respuesta) a sus relaciones sociales (n= 301), familiares (n= 181) o escolares (n= 59) (figura 2).

Al preguntar directamente sobre el impacto emocional, lo considera «muy importante» el 79,5% (n= 342) de los profesionales encuestados, y un 15,6% (n= 67) cree que sólo afecta a los niños mayores de 10 años. Respecto al rendimiento escolar, un 39,1% (n= 168) considera que la EN influye en él de forma «poco importante», frente a un 46% (n= 198) que considera que influye «bastante», o un 14,9% (n= 64) que lo considera un factor determinante «muy importante» (figura 3).

Al preguntar sobre la forma de diagnosticar la EN, un 27,7% (n= 119) de los encuestados responde «cuando la familia plantea el problema», frente al 72,4% (n= 311) que realizan una búsqueda activa de la misma a partir de los 5 años. La mayoría de los pediatras (n= 337 [78,4%]) valoran ellos mismos la evolución del control de esfínteres en su consulta, aunque un 18,8% (n= 81) lo delega en el personal de enfermería.

Cabe destacar que el 70,7% de los encuestados considera que tiene identificado a menos del 50% de los niños que padecen EN: un 49,1% (n= 211) sólo al 0-25% y el 21,6% (n= 93) al 25-50%. Únicamente el 6,3% (n= 27) declara tener diagnosticado al 75-100% de los casos correspondientes a su cupo.

La mayoría de los pediatras indican a las familias cómo realizar un diario miccional: un 78,8% (n= 339) siempre o casi siempre, y un 13,7% (n= 59) sólo en caso de familias colaboradoras. Únicamente el 55,6% (n= 239) conoce el significado del «volumen miccional máximo diario» y su interés a la hora de plantear las medidas terapéuticas; a un 35,1% (n= 151) le gustaría conocer su utilidad; asimismo, sólo un 44,4% (n= 191) no realiza pruebas complementarias inicialmente, frente a quienes realizan una tira de orina, sola (n= 175 [40,7%]) o asociada a una ecografía de las vías urinarias (n= 64 [14,9%]). La mayoría de los pediatras (n= 376 [87,4%]) no envía al niño con EN a otro especialista, frente a sólo un 1,9% que lo envían siempre a la consulta de referencia, un 4,7% (n= 20) que lo envían a veces a los servicios de psicología o psiquiatría y un 6% (n= 26) que lo remiten al urólogo infantil.

Las medidas terapéuticas planteadas en cada caso están condicionadas por lo observado en el diario miccional (n= 182 [42,3%]), por la edad del niño (n= 88 [20,5%]), la experiencia del propio

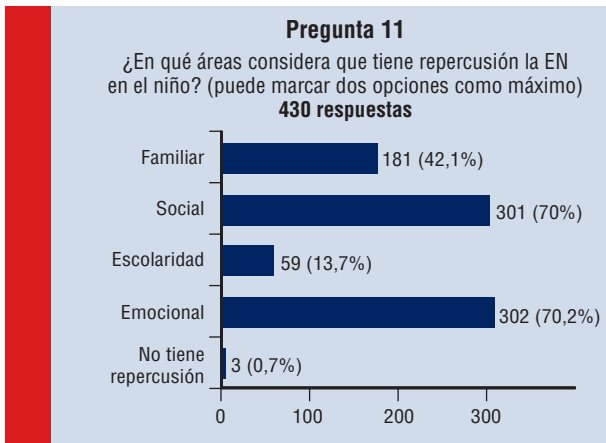


Figura 2

profesional (n= 90 [20,9%]) y las preferencias de los padres (n= 70 [16,3%]). En la mayor parte de los casos (n= 284 [66%]) el pediatra realiza un tratamiento individualizado según las características del niño, optando inicialmente de forma general por la desmopresina (n= 54 [12,6%]), la alarma (n= 46 [10,7%]) o los hábitos higiénicos (n= 46 [10,7%]). La desmopresina la considera una opción válida desde los 5 años el 60% (n= 258), frente al 24,4% (n= 105) que la considera válida sólo a partir de los 10 años, o un 15,6% (n= 67) sólo si fracasa la alarma. No obstante, entre los pediatras que la han utilizado, un 57,4% (n= 247) ha tenido una experiencia favorable, frente a un 39,8% (n= 171) que ha obtenido una utilidad moderada y un 2,8% (n= 12) una utilidad nula; por el contrario, un 35,8% (n= 154) considera favorable la experiencia con la alarma, frente a un 54,9% (n= 236) que ha obtenido una utilidad moderada y un 9,3% (n= 40) nula (figura 4).

La terapia combinada (desmopresina más alarma) la ha considerado en algún caso el 71,9% (n= 309) de los pediatras, y la mayoría ha valorado como favorable esta alternativa (n= 224 [52,1%]) frente a un 12,1% (n= 52) que le dan una utilidad nula.

Es mayoritaria la opinión de los pediatras (n= 337 [78,4%]) que han respondido que la pandemia por coronavirus aumentará la prevalencia de la EN; sin embargo, un 21,6% (n= 93) cree que ésta disminuirá. Respecto a la necesidad de formación sobre la EN infantil y la vía de recibir dicha formación —una cuestión que ha suscitado cierto interés—, un 70,5% (n= 303) de los pediatras prefieren los cursos *online*, frente a un 14,7% (n= 63) que prefieren el envío de correos electrónicos y un 10,2% (n= 44) que optan en este momento por las actividades presenciales.

Al realizar el análisis bivariante de los datos, hallamos una percepción favorable estadísticamente significativa de la desmopresina por parte del conjunto de pediatras encuestados (intervalo de confianza [IC] del 95%: 52,72-62,03) respecto de la alarma (IC del 95%: 31,42-40,45) ($p < 0,0001$). Además, este efecto más favorable de la desmopresina es significativamente mayor cuando el tratamiento lo realiza el pediatra de AP (IC del 95%: 55,18-65,82) que si se prescribe desde el hospital (IC del 95%: 37,26-56,18) ($p = 0,0117$).

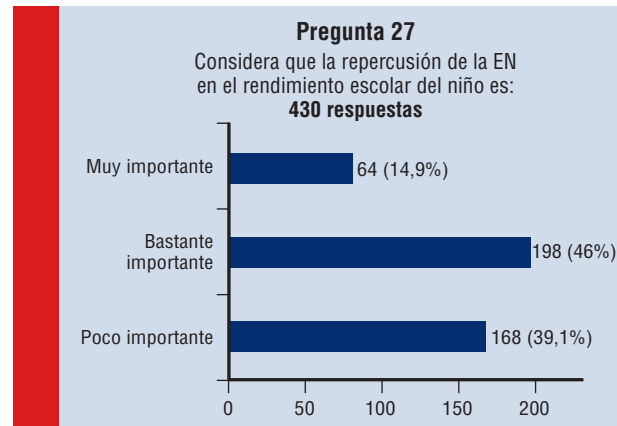


Figura 3

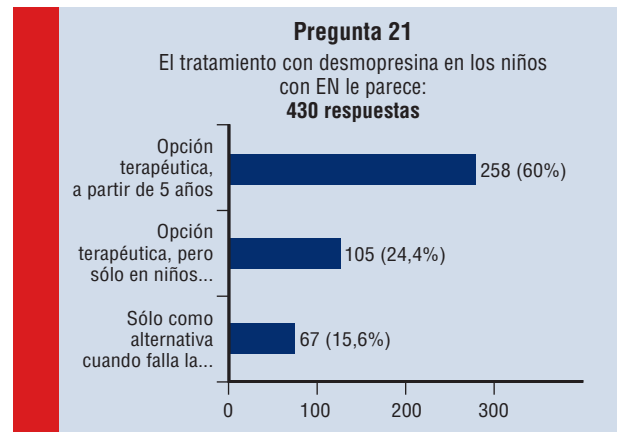


Figura 4

Esta diferencia a favor de la desmopresina administrada en el centro de salud no se observa para la alarma (IC del 95%: 32,37-42,92 en pediatría de AP; IC del 95%: 23,79-41,28 en pediatría hospitalaria; $p = 0,37$). Tampoco observamos diferencias entre el pediatra de AP (IC del 95%: 56,3-66,99) respecto al pediatra de hospital (IC del 95%: 48,37-69,31) a la hora de considerar la utilidad del tratamiento combinado ($p = 0,77$).

Discusión

Los cuestionarios dirigidos a los profesionales se usan comúnmente en el examen de los servicios de salud y del ejercicio clínico; son una herramienta útil y relativamente barata para conocer las prácticas y actitudes de los médicos⁷. De hecho, muchas organizaciones, incluida la Academia Americana de Pediatría, han venido utilizando los datos obtenidos para mejorar las prestaciones y realizar propuestas de formación⁸⁻¹⁰. Sin embargo, estas investigaciones pueden verse limitadas por el escaso número de participantes y la baja tasa de respuestas. El porcentaje real de encuestas válidas en los estudios dirigidos a los facultativos de AP es muy variable, desde casi un 6% a algo más del 70%^{11,12},

con una tendencia gradual a una participación cada vez menor¹³, situándose habitualmente por debajo del 30% cuando no están mediados por una gratificación^{14,15}. Lógicamente, cuando las tasas de participación son altas, las posibles diferencias entre los encuestados y los no encuestados son menores, lo que aumenta la probabilidad de que los resultados se puedan generalizar a la población muestreada y reduce el sesgo de respuesta¹⁶.

Nuestra encuesta recoge el perfil profesional de los miembros de la SEPEAP, no directamente de toda la pediatría española. El número de pediatras de AP en nuestro país era de 6.190 en 2012 según la encuesta de la Asociación Española de Pediatría¹⁷, y de 6.408 según el Informe sobre Indicadores Clave del Ministerio de Sanidad de 2016¹⁸; nosotros dispusimos de 3.456 correos electrónicos seleccionados para el sondeo. No obstante, la amplitud de este directorio y el número de cuestionarios válidos recibidos permiten establecer una aproximación fiable a las percepciones y actitudes ante la EN de quienes ejercen la pediatría en nuestro país. En este estudio, el número de encuestas debidamente cumplimentadas (el 12,3% del tamaño muestral) se corresponde con lo observado en otras realizadas sobre temas diversos, no incentivadas y dirigidas a médicos con diferentes especialidades¹⁹. También el perfil profesional de los respondedores (años de experiencia, relación de sexos) coincide con lo comunicado en investigaciones previas²⁰.

La escasa preocupación de los pediatras por la EN, aceptar su solución espontánea con el paso del tiempo y considerarla un escaso motivo de consulta reflejan un distanciamiento respecto a la realidad del problema²¹, que, además de ser prevalente, origina en ocasiones grandes conflictos en la vida diaria del niño²². Refleja también un desconocimiento sobre la existencia de soluciones eficaces que alivian la carga de los escapes urinarios nocturnos para el paciente y su familia. Todo ello debería tenerse en cuenta para integrar mejores procedimientos en su búsqueda y abordaje en las rutinas del trabajo asistencial pediátrico²³.

En una encuesta realizada a los profesionales de AP²⁴, sólo el 19% de los médicos se sentía «muy cómodo» diagnosticando la EN, y únicamente el 11% se sentía «muy cómodo» tratándola. El 59% estuvo de acuerdo en que diferenciar los tipos clínicos puede resultar difícil, y el 69% opina lo mismo respecto a su manejo. Además, el 26% manifiesta que su asistencia conlleva demasiado tiempo de dedicación, principal motivo de barrera para la atención de la EN señalado por los encuestados, junto con la falta de un algoritmo accesible. La atención a la mejora en la educación médica y el uso de un algoritmo como herramienta de apoyo en la detección y tratamiento de la EN podrían mejorar su asistencia. Aunque esgrimir la ausencia de algoritmos y protocolos actualizados indica, sobre todo, una deficiencia en el uso de la información por parte de los profesionales, ya que estas herramientas se basan en la evidencia científica y son fácilmente accesibles; la queja de falta de tiempo debería compensarse planificando la priorización de los problemas y con una organización eficiente de la jornada de consulta. Todo ello proporciona una idea de trabajo para nuestras administraciones, sociedades científicas y grupos de trabajo. En el mismo sentido, llama la atención la preocupación

por parte de las familias y los médicos sólo cuando el niño se va haciendo mayor, precisamente cuando el tiempo de evolución va favoreciendo la aparición de alteraciones más profundas. Pero hoy día disponemos de suficientes datos para evitar el avance de las complicaciones a partir de una pesquisa precoz de los casos y una intervención temprana. Existen ya numerosos trabajos que recomiendan intervenir sobre la EN²⁵. En primer lugar, porque disponemos de tratamientos eficaces para la EN, y también porque puede llegar a ser un auténtico estigma social para el niño, sobre todo a partir de los 7-8 años, cuando empieza a oler y se ve sometido a la burla de sus compañeros. Asimismo, sabemos que la intervención actúa de manera claramente beneficiosa sobre la autoestima del niño y otros aspectos relacionados con su perfil psicológico. Y con todo ello podemos aliviar a la familia de los condicionantes impuestos por el niño que se orina.

Existen amplias variaciones en la estimación de la frecuencia de EN, indudablemente por la falta de uniformidad en los criterios diagnósticos utilizados y el planteamiento metodológico seguido, como la selección y el tamaño de las muestras, y el reclutamiento de los enuréticos^{26,27}. Tal como recoge nuestro cuestionario, sólo un 6% de los pediatras cree que tiene diagnosticados a más del 75% de los casos, mientras que la mitad refiere menos de un 25%. Esto confirma lo observado por algunas encuestas, en el sentido de que la EN «no le gusta a los pediatras» y, por ello, resulta insuficientemente tratada²⁸. La disposición individual hacia ella por parte del profesional puede explicar también las grandes variaciones en los resultados observados con los diferentes tratamientos utilizados.

En la atención al niño enurético, las investigaciones suelen ser innecesarias o mínimas en sus formas monosintomáticas (ENM). Cayan et al.²⁹ probaron que los hallazgos de la ecografía y la uroflujometría no fueron diferentes en los niños con EN respecto a los niños sin esta afección. Por tanto, realizar más que un análisis de orina en niños con EN no sería rentable ni útil, tal como hemos señalado en una reciente actualización sobre el tema³⁰. Otras pruebas o la prescripción de consultas especializadas únicamente están indicadas en casos refractarios, si hay dudas sobre la existencia de patologías subyacentes o serias distorsiones de la dinámica familiar o psicológicas^{31,32}.

Los pediatras de AP deben conocer todos los aspectos de la EN para elegir la mejor manera de tratar a cada paciente. En un estudio internacional realizado mediante una encuesta dirigida a pediatras de 5 países³³, la mayoría (67%) relacionaba la ENM con la variación circadiana de la hormona antidiurética, si bien hasta el 48% consideraba la implicación de factores psicológicos como un condicionante de esta afección. En cambio, sólo el 26% de los niños reconoció la coexistencia de alteraciones psicológicas como causa directa. A pesar de estos datos, los niños interrogados por su pediatra manifestaron los problemas de comportamiento (77%), incluidas las dificultades en la escuela (61%) y para dormir (40%). Los médicos percibieron la baja autoestima (32%), la ansiedad (24%) y la vergüenza (17%) como los factores de mayor impacto en los

pacientes. Hubo desacuerdo entre los médicos acerca de qué terapia está mejor posicionada para tratar la ENM. Los tratamientos más indicados no fueron necesariamente consistentes con las pautas basadas en la evidencia, y los cambios en el estilo de vida y las intervenciones farmacológicas se citaron con mayor frecuencia. En un amplio estudio mediante encuesta realizado en Italia, que incluyó a más de 9.307 pediatras y 130.000 niños de 5-14 años con EN (7,2%), el 71,4% de los padres declaró utilizar o haber utilizado terapias alternativas y no preferir, en un primer momento, una intervención farmacológica³⁴. El tratamiento preliminar que se centra en la modificación del comportamiento y el refuerzo positivo suele ser útil. Esto coincide con lo propuesto por diferentes grupos de trabajo, que consideran estas intervenciones como de primer nivel antes de plantearse otros tratamientos³⁵. Los únicos tratamientos que han demostrado ser efectivos en ensayos aleatorizados son la terapia de alarma y el acetato de desmopresina o imipramina³⁶. Como en otros estudios³⁷, los pediatras encuestados consideran la desmopresina como primera opción terapéutica desde los 5 años de edad. Frente a ello, un 36% usa las alarmas con resultados favorables, y casi tres cuartas partes consideran el uso combinado de ambas medidas como un recurso que cabría valorar en determinados casos, tal como recomiendan algunas investigaciones³⁸.

Según los datos de nuestro estudio, la desmopresina sigue considerándose más eficaz que la alarma en el tratamiento de la EN, y la percepción de esta mayor eficacia aumenta cuando el abordaje terapéutico se realiza en el centro de salud, lo cual estaría relacionado posiblemente con la exigencia de una mayor dedicación a este trastorno y que se considere este medio el lugar natural para su atención correcta.

La gran mayoría de los pediatras encuestados opinan que la pandemia por COVID-19 puede aumentar la prevalencia de la EN, y esto merece alguna consideración. Su efecto en los niños ha sido evaluado desde diferentes perspectivas, aunque no se ha publicado una revisión sistemática sobre la situación de las enfermedades prevalentes y los resultados de las medidas restrictivas implantadas para el acceso a los servicios³⁹. Es posible que hayan aumentado algunas formas de EN con un gran componente emocional, aunque no lo sabemos todavía. Pero hay otro aspecto que debe tenerse en cuenta: como en otras entidades de evolución crónica, se han perdido diagnósticos y ha empeorado el control de los casos conocidos^{40,41}. El retraso en el diagnóstico y el tratamiento de la EN puede tener consecuencias a medio plazo sobre la salud infantil (incluidos los efectos psicológicos⁴²) y mayores costes directos e indirectos, dando lugar a que estos niños se orinen en la cama durante más tiempo y evolucionen más a estados complicados. Tanto para identificar este problema como para solucionarlo, la relación presencial es clave. El teléfono y la consulta virtual no pueden sustituir la relación médico-paciente-familia. Y esto también debe relacionarse con las necesidades de formación para ejercer la medicina en una situación de completa anomalía asistencial, ausente en nuestro panorama laboral.

Agradecimientos

Este trabajo ha sido realizado gracias a la colaboración de la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP) y de su área de comunicación.

Bibliografía

1. Nevéus T, Läckgren G, Tuvemo T, Hetta J, Hjälmås K, Stenberg A. Enuresis-background and treatment. *Scand J Urol Nephrol Suppl.* 2000; 206: 1 [DOI: 10.1080/003655900750169257].
2. Yeung CK, Sihoe JDY, Sit FKY, Bower W, Sreedhar B, Lau J. Characteristics of primary nocturnal enuresis in adults: an epidemiological study. *BJU Int.* 2004; 93: 341 [DOI: 10.1111/j.1464-410X.2003.04612.x].
3. Chiozza ML, Bernardinelli L, Caione P, Del Gado R, Ferrara P, Giorgi PL, et al. An Italian epidemiological multicenter study of nocturnal enuresis. *BJU Int.* 1998; 81: 86 [DOI: 10.1046/j.1464-410x.1998.00015.x].
4. Nankivell G, Caldwell PH. Paediatric urinary incontinence. *Aust Prescr.* 2014; 37: 192-195. Disponible en: <https://doi.org/10.18773/austprescr>
5. Van Herzele C, De Bruyne P, De Bruyne E, Vande Walle J. Challenging factors for enuresis treatment: psychological problems and non-adherence. *J Pediatr Urol.* 2015; 11: 308 [DOI: 10.1016/j.jpuro.2015.04.035].
6. Taborga E, Rodríguez LM, Suárez-Castañón CM, Gutiérrez CJ, Santos F, Martínez V. Epidemiological study of nocturnal enuresis among school-age children in Asturias. *Pediatr Nephrol.* 2010; 25: 576.
7. McLeod CC, Klabunde CN, Willis GB, Stark D. Health care provider surveys in the United States, 2000-2010: a review. *Eval Health Prof.* 2013; 36(1): 106-126.
8. Centers for Disease Control and Prevention. Meeting of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), 2013. Disponible en: <http://www.cdc.gov/vaccines/acip/meetings/meetings-info.html>
9. American Academy of Pediatrics. Periodic survey of fellows, 2014. Disponible en: <http://www.aap.org/en-us/professional-resources/Research/pediatrician-surveys/Pages/Periodic-Survey-of-Fellows.aspx>
10. National Cancer Institute. National survey of primary care physicians' recommendations & practice for breast, cervical, colorectal, & lung cancer screening, 2014.
11. Hickner J, Thompson PJ, Wilkinson T, Epner P, Sheehan M, Pollock AM, et al. Primary care physicians' challenges in ordering clinical laboratory tests and interpreting results. *J Am Board Fam Med.* 2014; 27(2): 268-274.
12. Roberts DL, Shanafelt TD, Dyrbye LN, West CP. A national comparison of burnout and work-life balance among internal medicine hospitalists and outpatient general internists. *J Hosp Med.* 2014; 9(3): 176-181.
13. Panel on a Research Agenda for the Future of Social Science Data CCoN, Statistics Committee on National, Statistics Division on Behavioral Social Sciences and Education, National Research Council. Nonresponse in Social Science Surveys: a Research Agenda. Washington, DC: The National Academies Press; 2013.
14. Bruder KL, Downes KL, Malo TL, Giuliano AR, Salmon DA, Vadaparampil ST. Physicians' intentions to change pap smear frequency following human papillomavirus vaccination. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2012; 25(6): 384-389.
15. Vadaparampil ST, Malo TL, Kahn JA, Salmon DA, Lee JH, Quinn GP, et al. Physicians' human papillomavirus vaccine recommendations, 2009 and 2011. *Am J Prev Med.* 2014; 46(1): 80-84.

16. Johnson TP, Wislar JS. Response rates and nonresponse errors in surveys. *JAMA*. 2012; 307(17): 1.805-1.806 [DOI: 10.1001/jama.2012.3532].
17. Libro blanco de las especialidades pediátricas. Asociación Española de Pediatría (AEP). Madrid: Exlibris Ediciones, S.L., 2012. Disponible en: <https://www.aeped.es/documentos/libro-blanco-las-especialidades-pediaticas>
18. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Informe anual del Sistema Nacional de Salud, 2016. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnSNS.htm>
19. Martínez V. Uso y mal uso de las encuestas vía internet: a propósito de un estudio sobre la situación de la pediatría española. *Pediatr Integral*. 2020; 24(5): 239-240.
20. Castaño S, Celaya I, Corbato A, Martínez V. Encuesta sobre la situación profesional de la Pediatría en España. *Pediatr Integral*. 2020; 24(5): 285-294.
21. Nevés T. Pathogenesis of enuresis: towards a new understanding. *Int J Urol*. 2017; 24: 174-182.
22. Ferrara P, Autuori R, Dosa F, Di Lucia A, Gatto A, Chiaretti A. Medical comorbidity of nocturnal enuresis in children. *Indian J Nephrol*. 2019; 29(5): 345 [DOI: 10.4103/ijn.IJN_319_18].
23. Corsello G, Ferrara P, Chiamenti G, Nigri L, Campanozzi A, Pettoello-Mantovani M. The child health care system in Italy. *J Pediatr*. 2016; 177 Supl: 116-126 [DOI: 10.1016/j.jpeds.2016.04.048].
24. Jirschele K, Ross R, Goldberg R, Botros S. Physician attitudes toward urinary incontinence identification. *Female Pelvic Med Reconstr Surg*. 2015; 21(5): 273-276 [DOI: 10.1097/SPV.0000000000000165. PMID: 25730432].
25. Sinha R, Raut S. Management of nocturnal enuresis: myths and facts. *World J Nephrol*. 2016; 5(4): 328-338 [DOI: 10.5527/wjn.v5.i4.328].
26. Taborga E, Rodríguez LM, Suárez-Castañón CM, Gutiérrez CJ, Santos F, Martínez V. Epidemiological study of nocturnal enuresis among school-age children in Asturias. *Pediatr Nephrol*. 2010; 25: 576.
27. Austin PF, Bauer SB, Bower W, Chase J, Franco I, Hoebeke P, et al. The standardization of terminology of lower urinary tract function in children and adolescents: update report from the Standardization Committee of the International Children's Continence Society. *J Urol*. 2014; 191: 1.863-1.865.e13.
28. Pillai R, Sara B. Parental attitudes and perceptions regarding primary nocturnal enuresis in children. *Int J Curr Res*. 2019; 11 (08): 6.473-6.475.
29. Cayan S, Doruk E, Bozlu M, Akbay E, Apaydin D, Ulusoy E, et al. Is routine urinary tract investigation necessary for children with monosymptomatic primary nocturnal enuresis? *Urology*. 2001; 58: 598-602.
30. Martínez V, Lostal MI, Sastre MJ, Sánchez A, Quintero J, Ferreira C, et al.; Grupo de Trabajo Ibérico de Enuresis (OBJETIBE). Enuresis nocturna, ¿una epidemia real? *Acta Pediatr Esp*. 2020; 78(3-4): 33-38.
31. Caldwell PH, Deshpande AV, Von Gontard A. Management of nocturnal enuresis. *BMJ*. 2013; 347: f6259.
32. Sarici H, Tellli O, Ozgur BC, Demirbas A, Ozgur S, Karagoz MA. Prevalence of nocturnal enuresis and its influence on quality of life in school-aged children. *J Pediatr Urol*. 2016; 12(3): 159.e1-159.e6.
33. Maternik M. Understanding of and misconceptions around monosymptomatic nocturnal enuresis: findings from patient and physician surveys. *J Pediatr Urol*. 2019; 15(1): 37.e1-37.e8 [DOI: 10.1016/j.jpuro.2018.09.013] [Epub 2018 Sep 25. PMID: 30340929].
34. Ferrara P, Franceschini G, Bianchi di Castelbianco F, Bombace R, Villani A, Corsello G. Epidemiology of enuresis: a large number of children at risk of low regard. *Ital J Pediatr*. 2020; 46(1): 128 [DOI: 10.1186/s13052-020-00896-3] [PMID: 32917238; PMCID: PMC7488742].
35. Kiddoo D. Nocturnal enuresis: non-pharmacological treatments. *BMJ Clin Evid*. 2015; 2015: 0305.
36. Lane MR. Enuresis. Treatment and management. *Drugs Dis*. 2020.
37. Taborga E, Martínez V, Alcántara-Canabal L, Suárez C, Cebrián C. Valoración de los criterios diagnósticos de enuresis nocturna. *An Pediatr (Barc)*. 2020. Admitido para su publicación [DOI: 10.1016/j.anpedi.2020.08.011].
38. Kamperis K, Hagstroem S, Rittig S, Djurhuus JC. Combination of the enuresis alarm and desmopressin: second line treatment for nocturnal enuresis. *J Urol*. 2008; 179: 1.128-1.131.
39. Parri N, Lenge M, Buonsenso D. Coronavirus Infection in Pediatric Emergency Departments (CONFIDENCE) Research Group. Children with Covid-19 in pediatric emergency departments in Italy. *N Engl J Med*. 2020; 383(2): 187-190.
40. O'Beirne J, De Pellegrin M, Casini C, Chlapoutakis K, Aydingoz U, Dubs B, et al. Develop mental dysplasia of the hip in the context of the COVID-19 pandemic. *Eur Radiol*. 2020. Disponible en: <https://www.european-radiology.org/opinions/developmental-dysplasia-of-the-hip-in-the-context-of-the-covid-19-pandemic/>
41. Abrams EM, Szeffler SJ. Managing asthma during coronavirus disease, 2019: an example for other chronic conditions in children and adolescents. *J Pediatr*. 2020; 222: 221-226 [DOI: 10.1016/j.jpeds.2020.04.049].
42. Thabrew H, Stasiak K, Hetrick SE, Wong S, Huss JH, Merry SN. eHealth interventions for anxiety and depression in children and adolescents with long-term physical conditions. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018; 8(8): CD012489 [DOI: 10.1002/14651858.CD012489.pub2] [PMID: 30110718; PMCID: PMC6513202].

