

Guía clínica de diagnóstico para el Manejo de la Enuresis Nocturna en Pediatría

AUTORES:

Hernández Richard¹ Estévez Liliana², Albornoz, Cristhy³ Moy, Claudia⁴
Duerto, María José⁵

1. Nefrólogo/Pediatra Hospital Central de San Cristóbal (Táchira) 2.

Nefrólogo/Pediatra Hospital Central de Valle la Pascua (Guárico) 3.

Nefrólogo/Pediatra

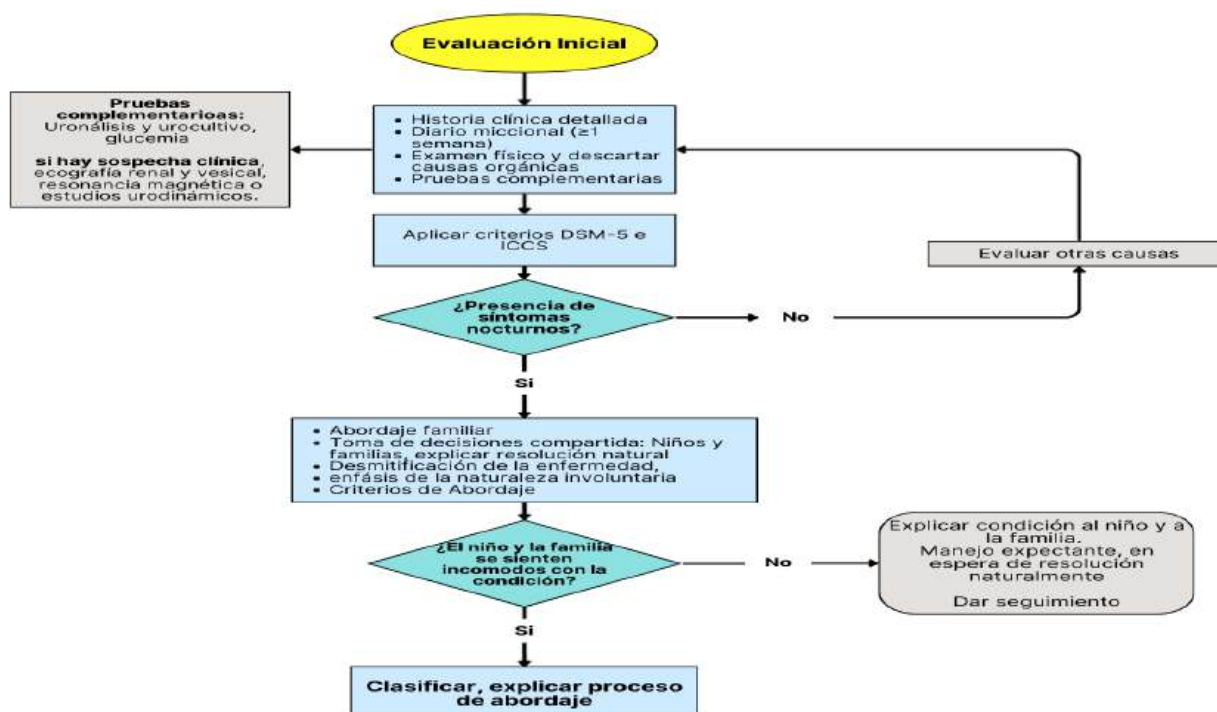
SAHUM Servicio Autónomo Hospital Universitario de Maracaibo (Zulia)

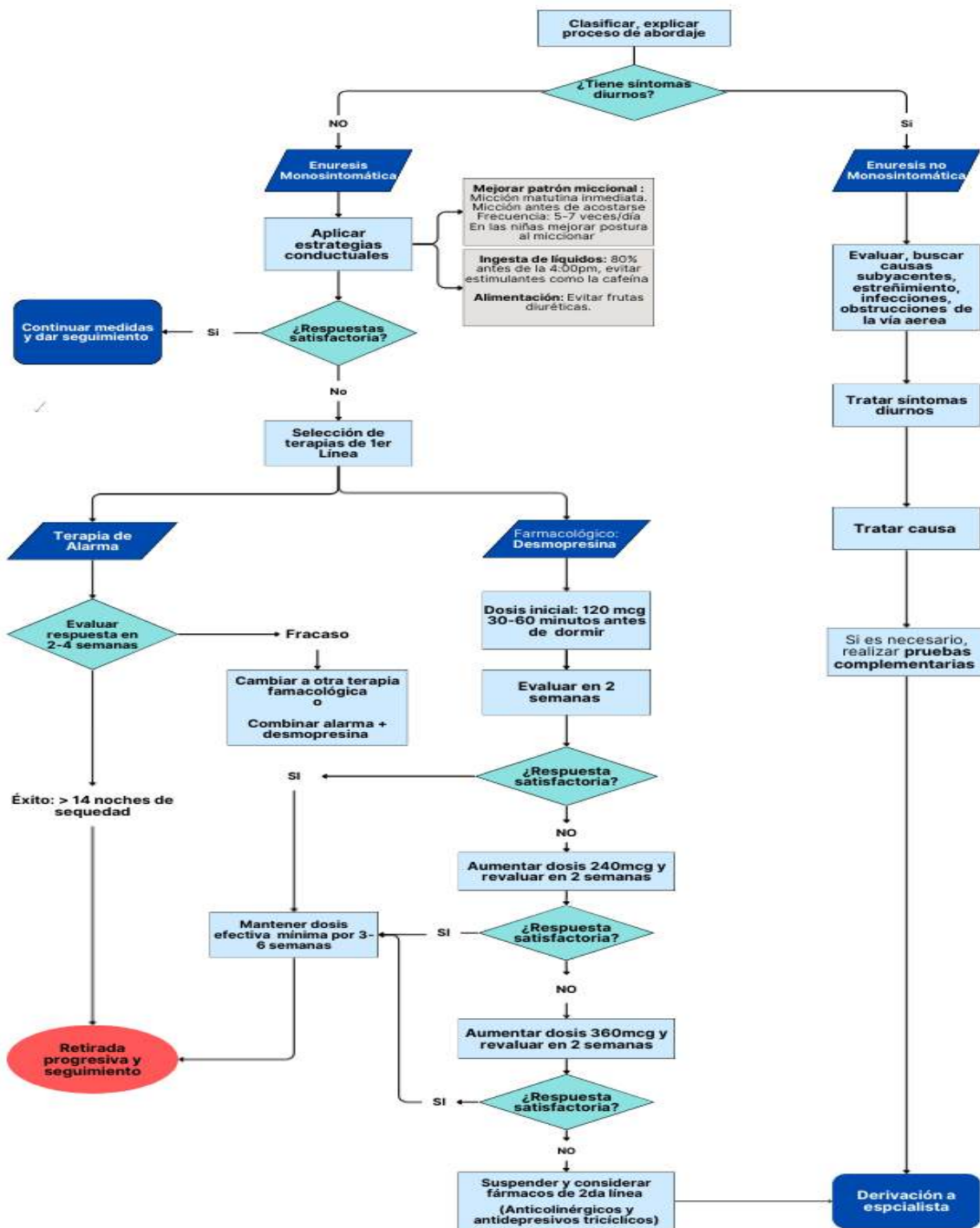
4. Instituto

Médico la Floresta Grupo Médico Santa Paula (Distrito Capital) 5.

Imdelmedicalcenter Barcelona Clínica Mérida Anaco (Anzoátegui)

Enuresis Nocturna





1. DEFINICIONES

- **Enuresis Nocturna (EN):** Emisión repetida de orina durante el sueño en niños con edad mental de 5 años o más, que ocurre al menos dos veces por semana durante tres meses consecutivos o produce malestar/deterioro clínicamente significativo y que no está asociado a patologías de base o al efecto directo de sustancias.
- **Enuresis Monosintomática (EM):** Enuresis nocturna sin síntomas diurnos del tracto urinario inferior (no hay urgencia, incontinencia diurna, frecuencia anormal, chorro entrecortado, maniobras de contención, etc.) ni antecedentes que sugieran disfunción vesical.
- **Enuresis No Monosintomática (ENM):** Enuresis nocturna asociada a cualquier síntoma diurno del tracto urinario inferior (p. ej., urgencia, incontinencia diurna, frecuencia aumentada o disminuida, vaciado incompleto, chorro débil/entrecortado, esfuerzo miccional).
- **Enuresis Primaria (EP):** enuresis en la cual el niño nunca ha mantenido un periodo sostenido de continencia nocturna (sequedad nocturna), durante 6 o más meses consecutivos.
- **Enuresis Secundaria (ES):** Reaparición de enuresis después de haber logrado continencia nocturna sostenida durante al menos 6 meses.

2. DIAGNÓSTICO: CRITERIOS Y PRUEBAS

2.1. Criterios Diagnósticos (Consenso DSM-5 / ICCS)

El diagnóstico requiere cumplir los siguientes criterios:

- **Edad:** edad mental ≥ 5 años (o cronológica con desarrollo mental adecuado para la edad).
- **Frecuencia:** ≥ 2 episodios/semana (DSM-5) o ≥ 1 episodio/mes (ICCS).
- **Duración:** ≥ 3 meses consecutivos.
- **Exclusión:** No atribuible a un efecto de sustancias (p. ej., diuréticos) o a otra condición médica que explique directamente la micción (p. ej., diabetes mellitus descompensada, malformaciones o lesiones neurológicas).

2.2. Proceso Diagnóstico y Pruebas Complementarias

- **Historia Clínica Detallada:** Anamnesis dirigida. Definir las características de la enuresis: si es primaria o secundaria, frecuencia semanal, volumen de escapes,

momento de la noche, si hay micción previa a dormir o cambios en los patrones identificados.

Identificar historia familiar de enuresis, ITU previas, descartar malformaciones urológicas, patología neurológica, diabetes, fármacos (diuréticos). Determinar cambios en el contexto psicosocial: Estrés, cambios familiares/escolares, motivación y valorar la adherencia potencial al tratamiento.

- **Diario Miccional de 72h:** un diario miccional realizado durante 72 horas proporciona información objetiva y cuantificable sobre: la frecuencia miccional, volumen miccional, patrón de poliuria nocturna, hábitos de ingesta de líquidos y episodios de incontinencia. Se recomienda como parte de la evaluación inicial, ayuda a identificar entre Enuresis Monosintomática (EM) y No Monosintomática (ENM).
 - a) **Frecuencia Miccional:** para identificar Vejiga hiperactiva o de baja capacidad (ENM) en patrones de frecuencia urinaria alta; o déficit nocturno de ADH (EM) en patrones de frecuencia urinaria normal.
 - b) **Volumen Miccional Máximo (VMM):** Se identifica el volumen más alto de orina medido. Se compara con la capacidad funcional de la vejiga esperada para la edad (Fórmula: $[Edad \text{ en años} + 1] \times 30 = \text{ml esperados}$). Un VMM bajo sugiere vejiga de baja capacidad.
 - c) **Poliuria Nocturna:** Se calcula comparando la producción de orina nocturna con la capacidad de la vejiga. La ICCS define la poliuria nocturna como la producción de orina nocturna $>130\%$ de la capacidad vesical esperada para la edad. Un diario preciso es clave para este diagnóstico.
 - d) **Ingesta de Líquidos:** tomando en cuenta principalmente los aportes vespertinos y nocturnos. Esto también debe detallar el tipo de bebida, con importancia especial en bebidas con cafeína, gasificadas o con chocolate.
 - e) **Patrón de Incontinencia:** Los episodios de escape de orina, su relación con la actividad y el momento del día, esto ayuda a diferenciar entre EM y ENM.
- **Examen Físico:** Abdominal, neurológico (valoración de reflejos sacros), inspección de región lumbosacra y genitales para descartar comorbilidades.
- **Pruebas de Primera Línea (Recomendadas para todos los casos):**
 - **Uroanálisis y Urocultivo:** Descartar infección.
 - **Glucemia:** Descartar diabetes mellitus.
- **Pruebas de Segunda Línea (Según sospecha clínica o ENM):**
 - **Ecografía Renal y Vesical (Pre y Post-miccional):** Valorar morfología y residuo Post-miccional.

- **Estudios Urodinámicos:** Reservado para casos complejos de ENM o refractarios.

3 Factores de Riesgo

- **Genéticos:** Historia familiar positiva (riesgo >70% si ambos padres enuréticos).
- **Ambientales:** Bajo nivel socioeconómico, hábitos higiénicos deficientes.
- **Psicosociales:** Estrés, separación parental, llegada de un nuevo hermano.
- **Médicos:** Estreñimiento, infecciones urinarias recurrentes, síndrome de apnea-hipopnea del sueño (SAHS).

4. Tratamiento Detallado

4.1. Medidas Conductuales y de Estilo de Vida (Base del Tratamiento)

- **Educación y Desmitificación:** Explicar la naturaleza involuntaria del trastorno.
- **Hábitos Miccionales:** Micción programada cada 2-3h, doble micción antes de dormir.
- **Manejo de Líquidos:** Restricción de líquidos 1-2h antes de dormir. Eliminar cafeína.
- **Manejo del Estreñimiento:** Dieta rica en fibra, laxantes si es necesario (objetivo: 1 deposición blanda/día).

4.2. Tratamientos Activos de Primera Línea A. Terapia con Alarma de Enuresis

- **Indicación:** Primera elección en EM familiarmente comprometida.
- **Mecanismo:** Condicionamiento para despertar ante la sensación de vejiga llena.
- **Protocolo:** Uso nightly. Evaluar respuesta a las 2-4 semanas. Continuar hasta 14 noches secas consecutivas (mínimo 12-16 semanas).
- **Efectividad:** 60-80% de respuesta inicial. Tasa de recaída del 50%. Re-tratamiento efectivo.

B. Desmopresina (Análogo de la Hormona Antidiurética)

- **Indicación:** EM con poliuria nocturna confirmada, necesidad rápida de sequedad (ej., campamentos).
- **Presentación:** *Melt* oral (líquido) o comprimidos.
- **Dosis:**

- **Inicio:** *Melt* 120 mcg (equiv. a comp. 0.2 mg) 30-60 min antes de dormir.
- **Titulación:** Si no hay respuesta en 1-2 semanas, aumentar a *Melt* 240 mcg (equiv. a comp. 0.4 mg).
- **Dosis Máxima:** *Melt* 360 mcg (equiv. a comp. 0.6 mg).
- **Efectos Adversos:** Cefalea, náuseas. **¡HIPONATREMIA!** (rara pero grave).
- **Contraindicación absoluta:** Polidipsia compulsiva.
- **Precaución: Restricción hídrica estricta** desde 1h antes hasta 8h después de la administración (solo sorbos de agua).

4.3. Tratamientos de Segunda Línea y Combinados

A. Anticolinérgicos (Oxibutinina, Solifenacina)

- **Indicación:** ENM con vejiga hiperactiva demostrada, **nunca como monoterapia para EN.**
- **Uso:** Combinados con Desmopresina o Alarma.
- **Efectos Adversos:** Sequedad bucal, estreñimiento, rubor, retención urinaria.

B. Terapia Combinada (Alarma + Desmopresina)

- **Indicación:** Casos refractarios a monoterapia, especialmente con poliuria nocturna.

4.4. Terapias Avanzadas y Emergentes (Sujetas a Evaluación por Especialista)

- **Mirabegrón:** Agonista β 3-adrenérgico. Útil en vejiga hiperactiva con estreñimiento donde los anticolinérgicos están contraindicados. Monitorizar TA.
- **Neuromodulación (TENS):** Para enuresis refractaria en niños mayores/adolescentes. Estimulación eléctrica transcutánea de nervios sacros (S2-S4). Protocolo de 8-12 semanas.

5. Seguimiento, Pronóstico y Criterios

5.1. Seguimiento

- **Primera revisión:** A las 2-4 semanas de iniciar tratamiento activo.
- **Revisiones sucesivas:** Cada 1-3 meses para ajuste de dosis, apoyo y manejo de efectos adversos.
- **Alarma:** Supervisión estrecha para asegurar uso correcto.

- **Desmopresina:** Vigilar adherencia a la restricción hídrica. Considerar control de natremia en uso crónico o si hay síntomas de alarma.

5.2. Pronóstico

- **Tasa de curación espontánea:** ~15% anual.
- **Tasa de éxito con tratamiento:** >80% con adherencia.
- **Tasa de recaída:** Hasta 50%. Generalmente responde a un nuevo ciclo de tratamiento.

5.3. Criterios de Éxito/Fracaso

- **Éxito Completo:** 14 noches consecutivas secas.
- **Respuesta Parcial:** Reducción >50% en el número de noches húmedas/semana.
- **Fracaso / No Respuesta:** Reducción <50% tras 6-8 semanas de tratamiento correctamente instaurado y con buena adherencia.

Recomendaciones para los Padres:

Comprensión y apoyo emocional

- Evita castigos o regaños: El niño no lo hace a propósito. Castigarlo solo aumenta su ansiedad y empeora el problema.
- Refuerza su autoestima: Elogia los avances, por pequeños que sean. Un calendario con soles y lunas según los días secos o mojados puede motivarlo.
- Fomenta el diálogo: Habla con tu hijo sobre lo que siente. A veces, detrás de la enuresis hay estrés o inseguridad.

Hábitos antes de dormir

- Reducir líquidos por la noche: Evita que beba mucho después de las 7 p.m., especialmente bebidas con cafeína como té o refrescos.
- Ir al baño antes de acostarse: Asegúrate de que vacíe la vejiga justo antes de dormir.
- Facilita el acceso al baño: Si el baño está lejos o poco iluminado, puede darle pereza levantarse. Usa luces nocturnas o un orinal cerca

Rutinas y seguimiento

- Establece horarios regulares: Una rutina consistente para acostarse y levantarse ayuda a regular el cuerpo.
- Calendario miccional: Dibujar un sol cuando la cama está seca y una luna cuando no lo está puede ser una herramienta visual motivadora.
- Autoafirmaciones: Anímalo a repetir frases como “soy capaz de controlar mi pis” para reforzar su confianza.

Consulta profesional

- Descarta causas médicas: Si el problema persiste más allá de los 6 años, es recomendable consultar con un pediatra o urólogo.
- Apoyo psicológico: En algunos casos, puede ser útil la orientación de un psicólogo infantil, especialmente si hay factores emocionales involucrados.

Si te interesa una guía más detallada, puedes explorar los consejos completos en Guiainfantil.com o Psicología y Mente.

6. Bibliografía

1. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Arlington, VA.
2. Nevéus, T., et al. (2020). 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. *Journal of Urology*, 203(3), 570-578.
3. The National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2010). Nocturnal enuresis: the management of bedwetting in children and young people. Clinical guideline CG111.
4. Austin, P. F., et al. (2014). 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. *Journal of Urology*, 191(6), 1863-1865.
5. Vande Walle, J., et al. (2012). Practical consensus guidelines for the management of enuresis. *European Journal of Pediatrics*, 171(6), 971-983.