



EDITORIAL

Enuresis. Miremos al futuro. ¿Qué conceptos son útiles?



Enuresis. Let's look towards the future. What concepts are useful?

María Isabel Úbeda-Sansano^{a,*} y Roberto Martínez-García^b

^a Centro de Salud La Eliana, Valencia, España

^b Sección de Urología Funcional, Reconstructiva e Incontinencia Urinaria, Hospital Clínico Universitario de Valencia; Facultad de Medicina, Universidad de Valencia, Valencia, España

Disponible en Internet el 18 de junio de 2021

La enuresis es un problema frecuente en la infancia, infra-diagnosticado e infratratado. Su enfoque etiológico ha cambiado a lo largo del tiempo: desde la atribución de causas psicopatológicas, hasta el actual origen multifactorial con énfasis en la fisiología, psicología, genética y factores ambientales. Aunque hay muchas hipótesis, se cree que todas convergen y actúan a través de un defecto de despertar específico ante la sensación de vejiga llena.

La evolución del conocimiento desde los años 60 hasta ahora ha sido lenta y la enuresis ha pasado de considerarse una alteración menor a un problema importante en la edad infantil por varios motivos: su prevalencia elevada, su impacto psicológico, la afectación en la calidad de vida y las secuelas en la edad adulta (enuresis del adulto y vejiga hiperactiva).

Los estudios epidemiológicos han permitido conocer que la prevalencia de la enuresis es elevada en los primeros años y tiene un descenso rápido desde los 5 hasta los 7-9 años (curación espontánea), que la enuresis primaria es

más frecuente que la secundaria y la monosintomática más frecuente que la no monosintomática. También nos han mostrado asociaciones y comorbilidades. Así, además de los síntomas urinarios diurnos, otras no relacionadas con el aparato urinario son el trastorno de déficit de atención e hiperactividad, la obesidad, la apnea del sueño grave, el retraso escolar, la anemia de células falciformes, etc. El estreñimiento ha ido cobrando cada vez más importancia como comorbilidad y hace algunos años se describió que era el factor intermedio en la asociación de la enuresis con la cefalea crónica¹.

La tecnología actual ha facilitado los estudios epidemiológicos con análisis de bases de datos poblacionales que, pese a sus limitaciones, consiguen obtener una muestra amplia de sujetos. Recientemente se ha publicado un estudio de casos-controles, a partir de bases de datos, que confirma la relación entre enuresis y estreñimiento crónico en niños entre 5 y 12 años, sin especificar el subtipo de enuresis². Los autores proponen evaluar el estreñimiento antes y durante el tratamiento de la enuresis y siempre que se introduzca un anticolinérgico, ya que este puede empeorar el estreñimiento e interferir con su curación.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ubeda.isa@gva.es (M.I. Úbeda-Sansano).

Tabla 1 Definiciones y subtipos de enuresis según las principales sociedades científicas

	ICCS - (2016) ⁶	DSM-V (2013) ⁵	ICD-10/11 (1990)/(2019) ⁷
DEFINICIÓN	<p>- Pérdida de orina intermitente durante el sueño</p> <p>- Involuntaria</p> <p>Frecuencia:</p> <p>- ≥ 1 episodio/mes durante 3 meses (3 en 3 meses consecutivos). Si el niño es mayor, se acepta menor frecuencia</p> <p>Edad ≥ 5 años (no menciona la afectación en la calidad de vida para el diagnóstico)</p> <p>Se excluye si:</p> <p>Incontinencia urinaria continua</p>	<p>- Repetida evacuación de orina en la cama o la ropa</p> <p>- Involuntaria o intencional</p> <p>Frecuencia y otros criterios:</p> <p>Alguno de los 2 criterios siguientes:</p> <p>- ≥ 2 episodios/semana durante 3 meses consecutivos</p> <p>- Ansiedad o discapacidad en las relaciones sociales, académicas (ocupacionales) u otras áreas del funcionamiento importantes</p> <p>Edad ≥ 5 años (o nivel de desarrollo equivalente)</p> <p>Se excluye si:</p> <p>se puede atribuir a efectos de alguna sustancia (medicación antipsicótica, diuréticos...) u otra enfermedad médica (diabetes, epilepsia, espina bífida...)</p>	<p>- Micción repetida de orina en la cama o la ropa</p> <p>- Involuntaria o intencional</p> <p>Frecuencia:</p> <p>- ≥ 2 veces/mes en < 7 años</p> <p>\geq una vez al mes en ≥ 7 años. Durante 3 meses consecutivos</p> <p>Edad ≥ 5 años (o nivel de desarrollo equivalente)</p> <p>Se excluye si:</p> <p>se puede atribuir a ataques epilépticos, enfermedades neurológicas, anomalías estructurales del aparato urinario y otras enfermedades no psiquiátricas o psiquiátricas</p>
SUBTIPOS	<p>Monosintomática: Sin síntomas miccionales diurnos significativos^a</p> <p>No monosintomática: con síntomas miccionales diurnos significativos</p> <p>Primaria: sin un periodo seco previo de al menos 6 meses seguidos</p> <p>Secundaria: periodo previo seco de al menos 6 meses seguidos. No es secundaria, si el periodo seco ocurre durante o tras 2 años de un tratamiento de la enuresis (recidiva o fracaso)</p>	<p>Solo nocturna (proponen que equivale a «monosintomática»)</p> <p>Sólo diurna (proponen que equivale a «incontinencia urinaria»)^b</p> <p>Diurna y nocturna (proponen que equivale a «no monosintomática»)^c</p> <p>Primaria: sin un periodo seco previo</p> <p>Secundaria: periodo previo seco estable (sin duración concreta)</p> <p>Sin tener en cuenta si la sequedad ha sido espontánea o como resultado de un tratamiento</p>	<p>Solo nocturna (proponen que equivale a la «monosintomática»)</p> <p>Solo diurna (proponen que equivale a «incontinencia urinaria»)^b</p> <p>Diurna y nocturna (proponen que equivale a «no monosintomática»)^c</p> <p>Primaria: presente desde el nacimiento</p> <p>Secundaria: después de un periodo de control vesical adquirido</p>

^a Síntomas miccionales diurnos significativos: incontinencia urinaria mientras está despierto, urgencia miccional, frecuencia elevada, infecciones urinarias, esfuerzo miccional, chorro fino, residuo posmiccional elevado, micción obstructiva funcional. No significativos: reflujo vaginal, incontinencia de la risa, incontinencia urinaria de esfuerzo (adultos), micción demorada.

^b Incontinencia diurna: incontinencia de urgencia e incontinencia por micción demorada.

^c La existencia de síntomas miccionales sin incontinencia (urgencia, frecuencia, dificultad, chorro fino, micción obstructiva funcional) se etiqueta como solo nocturna.

En este número de ANALES DE PEDIATRÍA se presenta un trabajo clarificador, basado en encuestas, que evidencia que el estreñimiento se relaciona especialmente con el subtipo de enuresis no monosintomática³.

La mayoría de los estudios transversales se realizan mediante encuestas poblacionales, que obligan a identificar la enfermedad y sus características de manera distinta a como se hace en la clínica: prescindiendo de la entrevista, la exploración, análisis o pruebas complementarias. Por tanto,

las encuestas se convierten en herramientas diagnósticas y deben estar «validadas» en varios sentidos: que sean repetibles y bien comprendidas por los encuestados y que aporten información equivalente a la obtenida en la clínica (buena sensibilidad y especificidad). Un problema que se encuentra con frecuencia es la ausencia de «definiciones de encuesta». En las publicaciones deberían describirse las combinaciones de pregunta/respuesta que determinan las definiciones o factores a estudio. Un ejemplo de buenas definiciones de

encuesta es el trabajo sobre la influencia del estreñimiento en la enuresis que se presenta en este número de la revista³.

Durante años, los avances en la enuresis se han visto comprometidos por el sesgo de las investigaciones, intencionado o no, y la baja calidad de los estudios, cuyos resultados confunden a clínicos e investigadores.

Otra dificultad detectada son los distintos términos empleados para definir la enuresis. Es interesante ver cómo ha cambiado su concepto a lo largo de estas décadas⁴. El hito inicial ocurrió en 1968 cuando en el DSM-2 (manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales editado por la American Psychiatric Association) se propuso la enuresis como un síntoma psicofisiológico de la psicopatología y se clasificó como un «síntoma especial no clasificado en otra parte».

Doce años más tarde (1980), en el DSM-3 se cambió el término a «enuresis funcional», con énfasis en la exclusión de etiología orgánica y se centró en la descripción de los síntomas. Aquí definieron la enuresis como «la pérdida involuntaria de orina al menos 2 veces al mes en niños de entre 5 y 6 años y una vez al mes para los mayores». El término «enuresis» incluía tanto la incontinencia durante el sueño como durante las horas de vigilia. Se definió «enuresis primaria» para los niños que aún no habían alcanzado la continencia urinaria y «enuresis secundaria» para aquellos cuya incontinencia urinaria había sido precedida por al menos un año de continencia.

Por último, en 1994 en el DSM-4-TR se redefinió como un trastorno, que es un patrón comportamental o psicológico. Se amplió el concepto, incluyendo también la incontinencia urinaria intencional y fue más exigente en los criterios de frecuencia, elevando el mínimo a 2 veces por semana para considerar el diagnóstico. Se introdujo como criterio de edad el nivel de desarrollo equivalente a 5 años o más y se agregó, además de la edad, «la presencia de angustia clínicamente significativa o deterioro social, académico (ocupacional), u otras áreas importantes de funcionamiento» como un criterio alternativo para el diagnóstico. Estas modificaciones supusieron un cambio de dirección para abarcar mejor los problemas psiquiátricos y siguen vigentes en el actual DSM-5⁵.

En los mismos años 90, nació la International Children's Continence Society (ICCS), que en 1998 publicó su primer documento de estandarización. Definió la enuresis como la micción involuntaria durante el sueño con una frecuencia de al menos una vez al mes a partir de los 5 años. Definió ya los subtipos de primaria (si no existía un periodo seco previo de 6 meses seguidos) y secundaria (si aparecía tras al menos este periodo de sequedad). Diferenció entre no monosintomática y monosintomática, en función de si existían o no respectivamente síntomas urinarios diurnos. Estas definiciones se han mantenido invariables hasta la actualidad⁶. En 2006, la ICCS decidió utilizar el término «enuresis» como sinónimo de «enuresis nocturna» y no usarlo para otros tipos de incontinencia diurna o continua. En la tabla 1⁵⁻⁷ se definen los criterios actuales de enuresis y sus subtipos, según distintas entidades: DSM-V, ICCS, CIE-10/11.

En uno de los artículos presentados en este número de la revista, los autores ponen de manifiesto el caos que conlleva el uso de distintas definiciones⁸.

Es fundamental usar la misma terminología para poder comparar resultados y sacar conclusiones, tanto en la clínica como en la investigación. En documentos no específicos de enfermedad psiquiátrica, se recomienda utilizar la terminología propuesta por la ICCS. Esta sociedad agrupa a diferentes especialistas que trabajan en la enuresis: pediatras, digestólogos, cirujanos infantiles, urólogos, nefrólogos, psicólogos, psiquiatras, enfermeros pediátricos..., y en las últimas décadas, utilizando criterios de experiencia clínica y de medicina basada en la evidencia, han logrado converger en muchos aspectos de la enuresis, con una visión amplia que contempla la enfermedad orgánica y funcional y desde una óptica más útil para la clínica pediátrica.

Financiación

Este trabajo no ha recibido ningún tipo de financiación.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Von Gontard A, Overs C, Moritz A, Thomé-Granz S, Hussong J. Incontinence and headache in preschool children. *NeuroUrol Urodyn.* 2019;38:2280–7, <http://dx.doi.org/10.1002/nau.24134>.
2. Hsiao YC, Wang JH, Chang CL, Hsieh CJ, Chen MC. Association between constipation and childhood nocturnal enuresis in Taiwan: A population-based matched case-control study. *BMC Pediatrics.* 2020;20:35, <http://dx.doi.org/10.1186/s12887-020-1939-z>.
3. Rodríguez-Ruiz M, Mendez-Gallart R, García Mérida M, Somoza-Arguibay I. Influencia del estreñimiento en la enuresis. *An Pediatr (Barc).* 2021;95:108–15, <http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2020.06.016>.
4. Caldwell P, von Gontard A. Enuresis. En: Goldstein S, DeVries M, editores. *Handbook of DSM-5 disorders in children and adolescents.* Cham (Suiza): Springer; 2017. p. 453–65, <http://dx.doi.org/10.1007/978-3-319-57196-6>.
5. American Psychiatric Association. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5TM. Traducción de la 5.ª edición. Washington-Londres: American Psychiatric Publishing; 2014.
6. 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. *NeuroUrol Urodyn.* 2016;35:471–81, <http://dx.doi.org/10.1002/nau.22751>.
7. World Health Organization (WHO). CIE-11. Clasificación Internacional de Enfermedades para estadísticas de mortalidad y morbilidad. 11.ª revisión. Guía de referencia (versión: 11/2019) 2019 [consultado 15 febrero 2021]. Disponible en: [https://icd.who.int/es/docs/Guia%20de%20Referencia%20\(version%2014%20nov%202019\).pdf](https://icd.who.int/es/docs/Guia%20de%20Referencia%20(version%2014%20nov%202019).pdf)
8. Taborga Díaz E, Martínez Suárez V, Alcántara-Canabal L, Suárez Castañón C, Cebrián Muñíos C. Valoración de los criterios diagnósticos de la enuresis nocturna. *An Pediatr (Barc).* 2021;95:101–7, <http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2020.08.011>.