



110

16 de septiembre 2016. Talavera de la Reina

XI Premio Nacional de Investigación en Enfermería
Raquel Recuero Díaz

Cuidados Enfermeros: Abriendo nuevos Caminos

Universidad de Castilla-La Mancha. Talavera de la Reina. Salón de Actos Vicente Ferrer Av Real Fábrica de Sedas s/n

TÍTULO:

Eficacia del Tratamiento de la Enuresis Primaria Monosintomática

Autores: Jiménez Oliva; M^a Estela

estelaji2@gmail.com

Tutora: Trigueros Fernández, Isabel.

Resumen:

Introducción: La enuresis es un problema de salud frecuente, con una prevalencia estimada entre el 13 y 16% en los niños españoles entre 5 y 6 años de edad. Es la pérdida involuntaria de orina en la noche a una edad y frecuencia no aceptadas socialmente. La enuresis primaria monosintomática es aquella en la que los niños no han permanecido secos durante al menos 6 meses y en la que no manifiestan otros síntomas añadidos. **Objetivo:** conocer la eficacia del tratamiento de la enuresis primaria monosintomática mediante terapias con evidencia justificada: desmopresina, alarma de enuresis y modificaciones conductuales o la combinación de las mismas. **Materiales y métodos:** Se realizó una revisión sistemática en las bases de datos Pubmed, The Cochrane Library, Scopus, WOS y ScienceDirect, entre 2006 y febrero de 2016. Se obtuvieron 7 ensayos clínicos tras la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión. **Resultados:** No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el éxito de las terapias analizadas. La alarma de enuresis, la desmopresina y la terapia conductual producen disminución en la frecuencia de noches mojadas. La alarma ha demostrado resultados más a largo plazo y sus tasas de abandono son altas. La desmopresina provoca disminución de noches mojadas a corto plazo pero tiene un efecto rebote elevado al suspender el tratamiento. Las modificaciones conductuales son fáciles de llevar a cabo y muestran un resultado similar al resto de terapias. **Conclusiones:** No existe una terapia definitiva para el tratamiento de la enuresis. Los tratamientos analizados disminuyen las noches mojadas pero no proporcionan éxito en todos los casos. La individualización del tratamiento y el seguimiento por parte de los terapeutas son vitales para lograr una terapia exitosa en cada niño y evitar posibles complicaciones.

Palabras Clave: Enuresis; enuresis nocturna; enuresis primaria monosintomática; mojar cama; niños terapia; tratamiento.

• INTRODUCCIÓN

Enuresis se define como la micción involuntaria únicamente en la noche, a una edad y frecuencia no aceptadas socialmente, según la Sociedad Internacional de Continencia de los niños. Los escapes de orina deben producirse a partir de los 5 años de edad y más de una noche al mes.^{1, 2}

Se estima que la prevalencia de la enuresis en España ronda entre el 13 y el 16% en los niños de 5-6 años de edad.^{2, 3, 4, 6}

Existen distintos tipos de enuresis y el tratamiento es diferente en cada una de ellas^{2, 3, 4, 5}. La enuresis que compete a esta investigación es la primaria monosintomática (escapes de orina nocturnos en niños que no

han permanecido secos durante al menos 6 o meses, sin ningún otro síntoma), la más frecuente, la causante del 80% de los casos de enuresis y afectando en mayor proporción a los varones.²

Las causas no están aclaradas por el momento, creyéndose que se debe a la unión del aumento de la producción de orina en la noche, junto con una disminución de la capacidad vesical, unido a la dificultad para despertar ante el estímulo vesical^{5, 6}, a lo que hay que añadir otros factores que aumentan el riesgo de padecer este tipo de episodios, (factores psicológicos, familiares o ambientales). Las consecuencias son importantes en la infancia, pudiendo tener repercusiones posteriores en la vida adulta; puede producir problemas de autoestima, inseguridad, dificultad en las relaciones sociales, incluso fracaso escolar. Disminuye la calidad de vida de los niños y familias que lo padecen.^{1, 2} Pese a ello, la enuresis es un trastorno infradiagnosticado, por la escasa importancia concedida por parte de progenitores y de los profesionales sanitarios. Para el abordaje de la enuresis disponemos en la actualidad de diversas vertientes: debiendo ser siempre la terapia individualizada^{2, 3, 4, 5};

Tratamiento conductual: no castigar, regañar, ni culpar al niño; restricción de líquidos en la noche; ir al baño antes de ir a dormir; elaborar un diario miccional, entrenamiento para la retención vesical; elogiar los logros conseguidos...;

Tratamiento farmacológico: Desmopresina. Fármaco de elección, análogo sintético de la vasopresina que reduce la producción de orina en la noche.;

Tratamiento no farmacológico: Alarmas. Dispositivos eléctricos que detectan la humedad, emitiendo una señal fuerte (sonora, vibratoria o luminosa) con el objetivo de despertar al niño ante las primeras gotas de orina.

• OBJETIVOS

Revisar la eficacia de los tratamientos de evidencia constatada disponibles para la resolución de la enuresis primaria monosintomática.

• MATERIAL Y MÉTODO:

Revisión sistemática de ensayos clínicos publicados sobre el tratamiento de la enuresis infantil primaria monosintomática con desmopresina, alarma de enuresis, terapia conductual y tratamientos combinados, recopilados en las bases de datos: Pubmed, The Cochrane Library, Scopus, WOS y ScienceDirect. La búsqueda fue hecha en inglés y en castellano, utilizando como palabras clave: "treatment", "therapy", "enuresis", "bedwetting", "nocturnal enuresis", "primary nocturnal enuresis", "children", "young" y "kids". Se utilizaron los operadores booleanos "or" y "and". Se incluyeron ensayos clínicos de enuresis primaria monosintomática en humanos; los textos utilizados fueron textos completos, en inglés y castellano, publicados desde el año 2006 hasta febrero del año 2016. Se excluyeron artículos de ensayos con terapias (acupuntura, estimulación nerviosa...) o fármacos (oxibutina, imipramina...) de eficacia y evidencia no aclarada o demostrada, los estudios realizados en un solo caso o con escasa población de estudio y aquellos artículos de los que solo se localizó el resumen, puesto que no podían aportar datos suficientes para la revisión. Tras estos criterios, seleccionamos 7 ensayos clínicos para la revisión, cuya calidad fue evaluada con la escala PEDro.

• RESULTADOS Y DISCUSIÓN:

La finalidad de esta revisión sistemática era conocer la eficacia del tratamiento de la enuresis primaria monosintomática con el uso de las principales terapias reconocidas para ello. No se ha encontrado diferencia en la eficacia definitiva del uso de una u otra terapia, resultados en concordancia con otros estudios

encontrados en la literatura, como muestran Perrin et al. en su revisión sistemática¹⁵, donde, tras el análisis de 8 ensayos clínicos sobre la eficacia de la desmopresina y la alarma, en 7 de ellos no se encontraron diferencias estadísticamente significativas al comparar la eficacia de desmopresina frente a la de la alarma. La desmopresina, la alarma y las modificaciones conductuales son efectivas para el tratamiento de la enuresis y disminuyen las noches mojadas.^{8, 9, 10, 11, 12, 13, 14}, pero ninguno de los tratamientos resulta definitivo, siendo una de las posibles razones la falta de conocimiento de las causas que provocan la enuresis.⁹ La alarma de enuresis, es un dispositivo que funciona mediante el condicionamiento. El éxito con la utilización de la alarma está demostrado; en esta revisión se ha encontrado una reducción en las noches mojadas desde el 47,5% hasta el 61,8%^{9, 10, 11}. Su eficacia no es inmediata, los resultados comienzan tras varias semanas de uso^{9, 13}, haciéndose visibles más a largo plazo. Estudios como el de Abdel-Maguid et al. así lo demuestran, revelando como los efectos visibles de la alarma comenzaron a las 4 semanas.⁹ Esto provoca unas tasas de abandono mayores que con otras terapias¹⁵, encontrándose en esta revisión valores de entre 30,7 y 58%^{10,11}; la tardanza en obtener resultados y las molestias a las que son sometidos los sujetos y sus familias (interrupción del sueño, entre otras) son posiblemente las razones de la pérdida de confianza en este tipo de terapia. Consideramos que sería necesario, dadas estas altas tasas de abandono, un seguimiento exhaustivo y cercano por parte de los profesionales sanitarios, para divisar de antemano los posibles inconvenientes a los que se están enfrentando las familias y los niños usando la alarma y encontrar así una solución anticipada antes de que se produzca el abandono. En referencia al uso de desmopresina, los estudios han demostrado una eficacia a corto plazo mayor que con

la alarma, con un efecto más rápido en el tiempo^{8, 9}, produciendo una disminución de noches mojadas mayor al inicio del tratamiento. Sin embargo, la desmopresina muestra un elevado efecto rebote; cuando se deja de usar las noches con episodios enuréticos aumentan de nuevo. Las tasas de recaídas, de aumento en la frecuencia de las noches mojadas tras el abandono de la toma del fármaco, son altas cuando se utiliza el fármaco, resultado en concordancia con otras revisiones.^{15, 16} Los datos hallados en este estudio así lo verifican, encontrando tasas de recaídas con valores de hasta un 66,6%.⁹ En otros estudios se han encontrado tasas de recaídas incluso entre el 80 y el 100%.⁸ Aun así, la desmopresina es un fármaco de fácil utilización y con buenos resultados en la disminución rápida de noches mojadas desde el inicio del tratamiento¹¹, causando una alta adhesión al mismo. El éxito del fármaco a corto plazo aumenta la confianza de las familias y los niños en esta terapia. Teniendo en cuenta estos resultados pensamos que la desmopresina puede ser una opción de tratamiento adecuada para disminuir o eliminar los escapes nocturnos de orina en épocas o momentos puntuales (campamentos, noches fuera de casa etc.), puesto que tras dejar el tratamiento, la vuelta de las noches mojadas es muy frecuente. Sin embargo, y como hemos comentado en otras ocasiones, el tratamiento se debe individualizar en cada caso.

La monoterapia en el tratamiento de la enuresis es por lo general la primera línea de abordaje de la enfermedad. Cuando esta línea falla se considera el uso de la terapia combinada.¹⁰ Los resultados en terapia combinada no difieren de los obtenidos en monoterapia y no se obtiene una resolución completa tras su puesta en práctica. Los resultados de los estudios analizados de terapia combinada desmopresina-alarma muestran unas tasas de reducción entre el 73 y el 78.9%.^{9, 12}, sin haber encontrado diferencia significativa con respecto a la monoterapia. Creemos

conveniente utilizar la terapia combinada cuando el fracaso de la monoterapia ha tenido lugar, sobre todo ante el fracaso del uso de la alarma de enuresis, pues la combinación de esta con la desmopresina podrá proveer a los niños y familias un aumento de la confianza y motivación al observar desde el inicio una disminución importante en los episodios enuréticos.¹³

Otra opción válida son las modificaciones conductuales como no castigar, controlar la toma de líquidos nocturna o la ingesta de determinados alimentos (cafeína, chocolate, fruta fresca, entre otras).^{4, 6, 14} Estas medidas son efectivas para el tratamiento de la enuresis, reduciéndose las noches húmedas entre un 62,2 y un 65%, siendo la eficacia similar al resto de terapias.^{8,}

¹⁴ Son fáciles de llevar a cabo ya que implican pequeños cambios en las rutinas diarias, como la reducción en la toma de agua a última hora de la tarde o pequeños cambios en la dieta. Tal como indican Ferrara et al., recientes estudios se están centrando incluso en la falta de vitaminas o sustancias en la dieta como factores influyentes en la enuresis. Un estudio reciente ha comprobado niveles inferiores de vitamina B12 y de folato en niños con enuresis, resultando esta vitamina necesaria para maduración neurológica responsable del control vesical.¹⁴ Este tipo de estudios abren un importante campo de exploración en referencia a la dieta recomendada en niños con enuresis, pudiendo reducir los escapes sin necesidad de otro tipo de terapia, por lo que creemos necesario que aumente la investigación siguiendo esta vertiente. Debido a que no existe un tratamiento exitoso y completamente eficaz para el tratamiento de la enuresis, establecemos necesario que se continúe y profundice en la investigación sobre esta situación; sería un punto definitivo para poder establecer las terapias necesarias para su resolución. Para que esto ocurra, creemos que es necesario el aumento de la atención por parte del

personal sanitario sobre el problema de la enuresis, sobre todo desde la atención primaria, con un abordaje más cercano e individualizado.

Este estudio se ha llevado a cabo con limitaciones que precisamos destacar: no se ha tenido en la elección de los estudios la fórmula de desmopresina utilizada (pastilla, inhalada, etc.) y el uso de una fórmula u otra podría tener influencia sobre los resultados del tratamiento con desmopresina, a pesar de que la forma utilizada tiende a ser la más reciente, y la que menos efectos adversos ocasiona; la metodología utilizada en los diferentes estudios es enormemente heterogénea, lo que afecta a la unificación y comparación de los resultados.

• **CONCLUSIÓN:**

• La alarma, la desmopresina y las modificaciones conductuales son terapias válidas que disminuyen las noches mojadas en el tratamiento de la enuresis primaria monosintomática, sin embargo ninguna de estas terapias ha demostrado un éxito garantizado. La elección de una u otra debe ser individualizada, en consenso con los niños/as que la sufren y sus padres, en función de la finalidad deseada del tratamiento y de la motivación del entorno familiar. El apoyo a los niños y a las familias es vital ya que la enuresis es considerada por los niños como una de las mayores causas de estrés que sufren, puede provocar conflictos familiares y problemas escolares por la repercusión social que tienen los escapes. Los profesionales de enfermería deben estar en la primera línea de apoyo y ayuda a estas familias cuando el problema sea detectado, asesorando y siguiendo la evolución del tratamiento que, conjuntamente, se establezca para lograr una solución. Es vital más investigación para una comprensión de las causas de la enfermedad que guíe a los profesionales de la salud hacia el tratamiento definitivo.

• **BIBLIOGRAFÍA:**

1. Ramirez-Backhaus M, Arlandis S, García G, Martínez A, Martínez R, Jiménez J.F. La enuresis nocturna. Un trastorno frecuente con una prevalencia difícil de estimar. *Actas urol Esp.* 2010; 34(5): 460-466.
2. Úbeda M.I, Martínez R. Mesa redonda. Enuresis nocturna. *Rev Pediatr Aten Primaria Supl.* 2012; (21): 37-43.
3. Úbeda MI, Martínez R. ¿Y si nos consultan por qué moja la cama?. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2010; 12(Supl 19): s231-s243.
4. Rodríguez LM, Gracia S. Diagnóstico y tratamiento de la enuresis nocturna. *Protocolos diagnóstico terapéuticos de la AEP: Nefrología Pediátrica. Asociación Española de Pediatría.* 2008; 10: 117-126.
5. Gutiérrez C, San José M.N, Castroviejo M, Sánchez R, Ardela E, Cordero J.A. Enuresis nocturna. Estudio epidemiológico en población escolar. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2015; 17: 227-34.
6. Taborga E, García V.M. Manejo y diagnóstico terapéutico de la enuresis infantil. *SEPEAP.* 2014: 3-24.
7. Pedro. Physiotherapy evidence database. [sede web]* Australia: The George Institute for Global Health; 2012 [acceso 23 abril de 2016] Disponible en: <http://www.pedro.org.au/spanish/downloads/pedro-scale/>
8. Elbaz F, Zahra S, Khairy M. Assesment of the efficacy of desmopressin in treatment of Primary Monosymptomatic Nocturnal Enuresis in Egyptian children. *The Egyptian Journal of Medical Human Genetics.* 2015; 16: 257-262.
9. Abdel-Maguid A, Mohammed M, Mohammed M, Abdel-Moneim E. Efficacy of an enuresis alarm, desmopressin, and combination therapy in the treatment of Saudi children with primary monosymptomatic nocturnal enuresis. *Korean J Urol.* 2013; 54: 783-790.
10. Evans J, Malmsten B, Maddocks A, Singh H, Lottmann H. Randomized comparison of long-term desmopressin and alarm treatment for bedwetting. *Journal of Pediatric urology.* 2011; 7: 21-29.
11. Fatih F, Guzel R, Tahra A, Kaya C, Boylu U. Comparison of long-term efficacy of desmopressin lyophilisate and enuretic alarm for monosymptomatic enuresis and assessment of predictive factors for success: a randomized prospective trial. *The Journal of Urology.* 2015; 193: 655-661.
12. Vogt M, Lehnert T, Till H, Rolle U. Evaluation of different modes of combined therapy in children with monosymptomatic nocturnal enuresis. *BJUI International.* 2009; 105: 1456-1459.
13. Ozden C, Levent O, Kagan B, Ozelci A, Aktinova 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.
14. Ferrara P, Del Volgo V, Romano V, Scarpelli V, De Gara L, Abele G et al. Combined dietary recommendations, desmopressin, and behavioral interventions may be effective first-line treatment in resolution of enuresis. *Pediatric Urology.* 2015; 12(4): 2228-2232.
15. Perrin N, Sayer L, While A. The efficacy of alarm therapy versus desmopressin therapy in the treatment of primary monosymptomatic nocturnal enuresis: a systematic review. *Primary Health Care Research & Development.* 2015; 16: 21-31.
16. Brown M, Pope A, Brown E. Treatment of primary nocturnal enuresis in children: a review. *Child: care, health and development.* 2010; 153-160.