
Enuresis en la infancia

Enuresis in childhood

A. Díaz Alfaro

RESUMEN

La enuresis es un motivo frecuente de consulta en los centros de atención primaria. Aunque su evolución natural es mayoritariamente hacia la resolución espontánea, las consecuencias negativas que puede producir en la vida del niño y las incomodidades que crea a la familia justifican el que intentemos un abordaje de la misma.

El objetivo es definir el concepto de enuresis y sus tipos; aportar un protocolo basado en una anamnesis cuidadosa y una exploración y analítica básica de orina que nos permita hacer una primera selección de aquellos casos que pueden tener un trasfondo patológico y por tanto ser susceptibles de un estudio más exhaustivo y que en algunos casos necesitarán un tratamiento específico según la causa. Por otra parte, dar a conocer una metodología de trabajo, aplicable en la inmensa mayoría de las enuresis, que además de carecer de los efectos indeseables de algunos tratamientos clásicos, consigue un alto porcentaje de éxitos. A su vez pretende aportar una serie de normas básicas para el correcto aprendizaje en el inicio del control de la micción y que podrían ir inmersas en el propio programa del niño sano.

Palabras clave. Enuresis. Diagnóstico. Terapia motivacional. Desmopresina. Manejo de esfínteres.

ABSTRACT

Enuresis is a frequent reason for consultation in the primary care centres. Although its natural evolution in the majority of cases is towards spontaneous resolution, the negative consequences that can be occasioned in the life of the child and the discomforts that it creates for the family justify our interest in dealing with the question.

Our aim is to define the concept of enuresis and its types; to contribute a protocol based on a careful anamnesis and an exploration and a basic analysis of urine to enable us to make an initial selection of those cases that might have a pathological background and thus be susceptible to a more exhaustive study and that in some cases will require a specific treatment depending on the cause. On the other hand, we aim to present a work methodology that is applicable in the great majority of types of enuresis, and which, besides being free of the undesirable effects of some classic treatments, obtains a high percentage of success. Similarly, we aim to contribute a series of basic norms for a correct apprenticeship in starting to control micturition and that could be incorporated in the program of a healthy child.

Key words. Enuresis. Diagnosis. Motivational therapy. Desmopressin. Sphincter control.

ANALES Sis San Navarra 2002; 25 (Supl. 2): 63-72.

Pediatra. Centro de Salud. Villava (Navarra)

Correspondencia:

Alberto Díaz Alfaro
Centro de Salud
Plaza Miguel Induráin, s/n
31610 Villava (Navarra)
Tfno. 948 335022
E-mail: adiazalf@cfnavarra.es

INTRODUCCIÓN

A pesar de que la enuresis es un problema de alta prevalencia en la población infantil y, en la mayoría de los casos abordable desde atención primaria, se puede afirmar que existe un vacío al respecto en nuestra formación como especialistas de pediatría. Por ello cuando los padres nos consultan por este problema en ocasiones no estamos capacitados para intentar un abordaje de la misma, limitándonos en la mayoría de los casos a dar mensajes tranquilizadores, en espera de una resolución espontánea, sin tener en cuenta las repercusiones que la enuresis puede tener para el niño o la familia. En ocasiones cuando la presión familiar lo exigía nos limitábamos al envío a otras especialidades como urología o psiquiatría.

Quizás esa falta de formación venía motivada porque, hasta hace unos años, era fundamentalmente la psiquiatría la que trataba a estos niños, dando especial relevancia a implicaciones psicológicas, emocionales e incluso psicopatológicas como generadoras del problema. Si bien no se pueden negar dichas implicaciones en algunos casos muy concretos de enuresis, la mayoría tienen una explicación biológica y dichos problemas son más bien una consecuencia de la misma. Por tanto podemos concluir diciendo que la enuresis es un asunto esencialmente pediátrico.

DEFINICIÓN Y TIPOS

Es importante unificar criterios definitorios sobre el concepto de enuresis y sus tipos, ya que sólo de esta forma podremos valorar y comparar diferentes estudios epidemiológicos, hipótesis etiológicas y analizar diferentes tipos de terapias frente al mismo tipo de enuresis.

En la actualidad el concepto más universalmente aceptado como enuresis se refiere a “una micción funcionalmente normal que ocurre involuntariamente durante el sueño, al menos cuatro veces al mes en niños que han cumplido los cinco años”.

Enuresis primaria. Es la que ha ocurrido siempre, sin período de continencia previo.

Enuresis secundaria. Es la que acontece tras un período de continencia previo de, al menos, seis meses de duración. Es en ésta donde deberemos poner especial atención en investigar una posible causa orgánica o patológica responsable del síntoma.

Enuresis monosintomática. Es un concepto cada día más utilizado, siendo de por sí suficientemente descriptivo. La enuresis nocturna monosintomática presenta una prevalencia de patología urológica similar a la población general. Este tipo debería ser perfectamente asumible desde las consultas de atención primaria.

Enuresis polisintomática o síndrome enurético. Es la que se acompaña de síntomas miccionales diurnos tales como poliquiuria, urgencia miccional, retencionismo... El síndrome enurético requerirá un estudio diagnóstico distinto y un tratamiento específico según su etiología.

ETIOLOGÍA

Habría que distinguir dos grandes grupos de causas como origen de la enuresis:

- No patológicas o funcionales.
- Patológicas.

No patológicas

La enuresis primaria nocturna monosintomática (ENPM) representa más del 90% de los casos. En su génesis se valoran las siguientes posibles causas:

Vejiga pequeña. Un gran número de niños enuréticos presentan una vejiga pequeña, con incapacidad de almacenar toda la orina producida por la noche. Suelen ser niños con micciones diurnas frecuentes y que en ocasiones mojan la cama más de una vez en la misma noche.

Incapacidad para retrasar la micción urgente. Hay una incapacidad para inhibir la contracción del detrusor tras el impulso inicial de orinar. Si a una vejiga pequeña se suma la dificultad para retrasar la micción, no da tiempo suficiente para despertarse una vez se produzca el llenado vesical.

Sueño profundo. Aunque se ha demostrado que los enuréticos tienen un patrón EEG igual al de los no enuréticos

durante el sueño, muchos de ellos tienen un sueño muy profundo con un elevado umbral para el despertar ante un estímulo miccional nocturno.

Deficiencia nocturna de hormona antidiurética (ADH). A diferencia de lo que ocurre en niños que no presentan el problema, los enuréticos no incrementan la secreción de ADH durante el sueño lo que implicaría un aumento de la producción de orina por la noche y, consecuentemente, el episodio enurético.

Herencia. Ya se sospechaba que jugaba un papel trascendental si nos atenemos al importante porcentaje de antecedentes familiares existentes en este tipo de enuresis. Cuando los dos padres presentaron el problema, la posibilidad en los hijos es del 77%; si uno sólo de los padres fue el afectado, el porcentaje en los hijos disminuye al 45% y si no hay antecedentes familiares la incidencia es inferior al 15%.

Recientemente, Eiberg ha descubierto que el gen responsable de la ENPM está localizado en el cromosoma 13 (13q). El tipo de herencia es autosómica dominante. Este gen sería el responsable de los receptores vesicales implicados en la micción y del bajo nivel de ADH nocturna.

Así pues, la hipótesis etiopatogénica más admitida es la que bajo una evidente influencia genética determina una baja secreción nocturna de ADH; ésta, da lugar a un aumento en la producción de orina durante la noche, lo cual produce un sobrellenado vesical que da lugar al episodio enurético.

Causas patológicas

Existen diversos procesos que además de poder producir sintomatología específica pueden dar lugar a la aparición de una enuresis.

Se podrían destacar:

- Infecciones de orina.
- Uréter ectópico.
- Diabetes insípida y mellitus.
- Obstrucción uretral.
- Encopresis (estreñimiento).
- Vejiga neurógena o inestable.

En ellas, en general, el motivo del diagnóstico es habitualmente más elocuente que una enuresis monosintomática.

La enuresis puede producirse también como consecuencia de episodios que supongan un estrés emocional en la vida del niño: el nacimiento de un hermano, el comienzo de la actividad escolar o conflictos familiares más importantes (separación de los padres...). Parece como si el niño presentase síntomas regresivos en demanda de mayor atención.

En las causas patológicas se requerirá la actuación multidisciplinar de: pediatras, urólogos, psicólogos, psiquiatras, trabajador social, según los casos. Es evidente que si sospechamos una vejiga neurógena, tengamos que solicitar la intervención del urólogo para un correcto diagnóstico urodinámico y el correspondiente tratamiento específico. Si lo que se sospecha es un conflicto familiar de suficiente entidad como causa generadora de enuresis requeriremos la ayuda del psiquiatra-psicólogo y trabajador social.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico se basa en los tres pilares clásicos de la medicina: anamnesis, exploración y exámenes complementarios (Anexo 1).

Anamnesis

Es el elemento clave para llegar a una sospecha diagnóstica. Recogeremos los siguientes datos:

- *Datos socio-familiares:* estudios de los padres, nivel socioeconómico. Estabilidad de la pareja. Composición familiar; número de hermanos, lugar que ocupa. Cambios en la estructura familiar.
- *Antecedentes familiares:* padres, hermanos.
- *Tipo de enuresis:* primaria o secundaria; monosintomática o polisintomática.
- *Regularidad* de la enuresis y número de episodios durante la misma noche.
- *Tendencia evolutiva,* ¿ha mejorado con el paso del tiempo?

- *Enuresis diurna asociada*: puede alertar sobre una vejiga inestable.
- *Características del chorro miccional*: débil, intermitente. Puede indicar disinergia del esfínter del detrusor o, en varones, una válvula de uretra posterior.
- *Frecuencia miccional diurna*: urgencia miccional: una excesiva frecuencia sugiere escasa capacidad vesical. Una micción muy infrecuente, por el contrario, hará pensar en una disfunción miccional adquirida.
- *Otros síntomas urinarios*: polaquiuria, disuria, etc.

En enuresis secundaria:

- *Edad*: de control y edad de aparición, circunstancias que rodearon a esa recaída.
- *Hábito intestinal*: estreñimiento, encopresis.
- *Consultas previas*: por su problema. Tratamientos previos y resultado.
- *Exámenes complementarios realizados*: tipo y resultados.
- *Actitudes inadecuadas hacia el niño*: culpabilizadoras, reproches, castigos, etc.
- *Grado de preocupación familiar*.
- *Grado de preocupación en el niño*. ¿Está más contento los días secos?
- *Patrón de sueño*.
- *Situación del niño con el entorno escolar y familiar*.
- *Patología asociada*. Medicaciones que toma de forma regular.

Exploración física

Aunque con la historia clínica ya tengamos una clara orientación etiopatogénica, es importante realizar una exploración rutinaria que incluya examen abdominal y genital, posible observación del chorro miccional y una sencilla evaluación neurológica: reflejos periféricos, sensibilidad perineal, tono del esfínter anal, etc. sobre todo en los casos que se asocian con enuresis diurna y encopresis.

Como es lógico pensar, en la práctica totalidad de las ENPM encontraremos un examen físico normal.

Pruebas complementarias

A todos los niños se les practicará un análisis básico de orina que incluya urocultivo.

Sólo en los casos de sospecha de patología orgánica se remitirá al niño para valoración por el urólogo, quien procederá a la realización de los exámenes oportunos: ecografía, cistografía, estudio urodinámico, etc.

TRATAMIENTO

Justificación

Es obvio que una enuresis con base patológica requerirá de un tratamiento específico, pero ¿es necesario actuar en los casos de ENPM cuando es un problema que tiende a una resolución espontánea?

Además de ser un problema que tiene una alta prevalencia en la población infantil (más del 10% de niños mayores de 5 años), una de las justificaciones para intentar un tratamiento con estos niños son las consecuencias que puede tener tanto para él como para la familia.

El niño con frecuencia se ve sometido a reproches, incomprensiones, burlas por parte de los hermanos y ocasionalmente a castigos. Todo ello crea en él inseguridad, malestar, se siente diferente a los demás con lo que desarrolla una idea negativa de sí mismo "pierde la autoestima". Esta imagen junto a la tensión familiar repercutirá en el desarrollo de su futuro comportamiento. Son niños que pueden presentar una falta de motivación escolar, timidez, aislamiento social, etc.

También a los padres y hermanos el problema crea ciertas incomodidades; hay que lavar la ropa, acondicionar una cama, secar el colchón y limita ciertas actividades como campamentos, vacaciones, etc.

Evidentemente el grado de afectación difiere mucho de unos niños a otros, en ello va a jugar un papel trascendental la actitud de la familia.

RECUERDO HISTÓRICO

Enuresis proviene del término griego “enourein” que significa vaciar la orina. Debía ser un problema que suscitaba una gran preocupación social a tenor de las múltiples soluciones que se le ha intentado dar a lo largo de la historia y que han quedado reflejados en la literatura. Oraciones, rituales diversos, terapias terroríficas, punitivas, avergonzantes, dietas especiales, soluciones farmacológicas diversas, punciones raquídeas, terapias quirúrgicas, alarmas peligrosas, etc. Algunos eran tratamientos realmente crueles, otros peligrosos y la mayoría absolutamente ineficaces.

Terapia actual

Ante un problema de resolución espontánea aplicaremos el principio clásico de “*primun non nocere*”. Nos referiremos fundamentalmente al tratamiento de la enuresis monosintomática, ya que la que ocurre en el contexto de una causa patológica requerirá, como hemos dicho, de un diagnóstico y un tratamiento específico.

Hablaremos fundamentalmente de las siguientes soluciones, métodos que de ninguna manera son excluyentes y que en ocasiones vendrá bien combinarlos:

- Terapia motivacional.
- Utilización del pipi-stop.
- Utilización de la desmopresina

Terapia motivacional y pipi-stop

La terapia motivacional tiene por objeto suprimir la ansiedad, eliminar las alteraciones emocionales y de conducta, recuperando la autoestima, favorecer la relación familiar y sobre todo hacer al niño participar activamente en el programa de tratamiento responsabilizándolo de su aprendizaje y por tanto de su curación.

Captación

Lo primero será la captación del niño enurético. Es evidente que algunos padres nos manifestaran el problema de una manera espontánea, pero también es cierto que un porcentaje estimable de los mismos no consultan en espera de la resolución espontánea, sin tener en cuenta las posibles repercusiones en el niño. En la

historia pediátrica existe un apartado que hace referencia al control de esfínteres y que nos servirá de estimable ayuda para dicha captación.

- Entrevista con los padres: una vez captado el niño enurético, realizaremos la primera entrevista con los padres. Ésta debe ser duradera para que se lleve en un clima de relajación suficiente y de esta forma ganarnos la confianza de la familia; ello implica habilitar un tiempo fuera de las consultas espontáneas habituales de nuestro trabajo diario.

En un principio, es mejor que el niño no esté presente porque pueden salir a la luz conductas inadecuadas de los padres hacia el hijo y éste tomar una actitud de reproche.

En primer lugar explicaremos minuciosamente en qué consiste la enuresis y los trastornos que rodean a la misma, nos ayudaremos de diferentes técnicas en virtud del nivel cultural de los padres. Puntualizaremos la no relación entre el problema del niño y su nivel de inteligencia. Sorpresivamente, se ha comprobado cómo algunos padres piensan que sus hijos pueden estar menos capacitados. Por supuesto, evitaremos siempre la palabra “enfermedad” sustituyéndola por la de “problema”.

Posteriormente, rellenaremos un protocolo con todos los aspectos relacionados anteriormente en la anamnesis y que nos permitirán seleccionar los casos que requieren de la intervención de otros profesionales: psicólogo, urólogo, etc.

Después de realizar el protocolo daremos algunos consejos básicos:

- Liberalizar el consumo de agua. Está demostrado que la restricción sistemática de líquidos en los niños les provoca ansiedad; es posible que los primeros días beban de una manera compulsiva, situación que se normaliza precozmente.
- Eliminar los pañales si no lo habían hecho.
- Evitar conductas sobreprotectoras.
- Implicar al niño en su autolimpieza, haciéndole ver que no se trata de un castigo sino de una participación en su problema que le ayudará a resolverlo.

Por último explicaremos la metodología de trabajo que vamos a seguir con el niño.

Acabaremos mandando una analítica básica de orina que incluya urocultivo y citando para la próxima entrevista con el niño, a la que deberán venir provistos de un cuaderno, unas pegatinas y el pipi-stop.

Puede resultarnos más operativo hacer el primer día ambas entrevistas; ello implica, que mientras estamos con los padres, el niño esperara fuera de la consulta. Cualquier solución ingeniosa suele ser útil para que al niño se le haga agradable dicha espera.

- Entrevista con el niño y sus padres: debe ser especialmente delicada, cuidaremos el más mínimo detalle. Hablaremos con toda naturalidad de su problema, de la frecuencia con que se presenta, e incluso es conveniente manifestarle que nosotros también la padecemos a su edad, ello probablemente le tranquilice. Aseguraremos la confidencialidad mutua (establecemos como un secreto), ello implica que si estamos ausentes en alguno de los controles, el niño deberá volver otro día.

Al comenzar las explicaciones diremos al niño que si algo no entiende que no esté preocupado, los papas resolverán las posibles dudas. De esta manera el niño está más tranquilo y receptivo. No obstante, seremos sencillos y gráficos en los contenidos, adaptándonos a las diferentes edades.

El contenido de la entrevista lo dividiremos en: el manejo del cuaderno, la utilización del pipi-stop y consejos.

a) Manejo del cuaderno: el niño utilizará un cuaderno de hojas amplias donde anotará; en una columna los días de la semana, en otra la puntuación obtenida cada día y al margen hará un análisis de lo ocurrido ese día. Si el niño moja la cama pondrá 0 puntos, si moja menos de lo habitual 1 punto. Dos puntos si ha salido seco pero ha necesitado la ayuda familiar y 3 si ha salido seco sin ayuda. Cuando el niño no domine las cifras utilizará pegatinas de colores. Cada día repasará la puntuación obtenida con sus padres, los cuales adoptarán actitudes afectivas motivadoras.

Aunque existen multitud de variantes, este sistema es más participativo para el niño.

Al final de la semana sumará la puntuación obtenida, comprobando si ha conseguido la meta marcada. La primera semana (o semana de prueba) no pondremos una meta concreta ya que la puntuación inicial obtenida suele diferir bastante de unos niños a otros; además nos servirá para partir de una base, plantear las dificultades que han surgido y resolver dudas. Es bastante común que cuando el niño consigue una puntuación alta en la semana de prueba, su optimismo le lleve a ponerse una meta demasiado ambiciosa en la siguiente; ello puede resultar peligroso porque caso de no conseguirla su decepción será importante. Por ello, nosotros deberemos aconsejarle al principio hacia objetivos menos ambiciosos. Es preferible una marcha lenta pero progresiva. En el hipotético caso de que una semana no supere la meta se mantendrá la misma en la siguiente.

b) El pipi-stop: es un aparato que consta de un pequeño sensor, una placa de baquelita con un circuito eléctrico impreso y un timbre que suena cuando el sensor detecta la humedad. Existen diferentes modelos. El sensor se colocará encima del calzoncillo o braguita. Mediante este artículo sonoro, el niño tiene conciencia de lo que está haciendo y corrige su comportamiento.

Los primeros días, los padres deberán estar atentos al sonido y despertar al niño caso de que éste no lo haya oído. Como es lógico la puntuación con ayuda es inferior a sin ella como ya hemos referido.

c) Consejos: dirigidos fundamentalmente a enseñar la práctica de ejercicios vesicales; mantener tiempos progresivamente mayores sin hacer pis una vez que aparece el reflejo miccional con el fin de aumentar la capacidad vesical. Ello beneficiará sobre todo a los niños que visitan con mucha frecuencia el water y que suele ser reflejo de esa escasa capacidad de la vejiga.

Recordaremos la importancia de su autolimpieza.

- Entrevistas posteriores: en las entrevistas posteriores comentaremos lo aconse-

tecido durante la semana, acordaremos la meta para la siguiente y reforzaremos algunos consejos.

Si el niño es mayor no es necesario que acudan los padres, aunque mantendremos contactos con ellos para asegurarnos que no existen problemas. Estas entrevistas son de corta duración y deben hacerse en horarios que no alteren la asistencia escolar.

Cuando el niño ha conseguido la meta final (21 puntos o pegatinas, de manera regular) los padres le harán entrega de un regalo previamente acordado al principio del tratamiento, deberá ser un regalo asequible y a ser posible práctico, ya que es importante no acostumar a nuestros hijos a los estímulos materiales y nunca éstos deben sustituir a los afectivos. Será el momento de ir eliminando progresivamente el pipi-stop. Al principio lo hacemos a días alternos dejando libertad al niño para ponerlo algún día que por cualquier circunstancia tenga inseguridad. Una vez conseguido el dominio a días alternos, se eliminará de forma total. La experiencia enseña que algunos niños, al pasar al pipi-stop a días alternos y comprobar que igualmente salen secos los días sin él, deciden su eliminación total, decisión que debe ser respetada.

Poco a poco iremos distanciando las entrevistas 15 días, 1 mes, 2 meses, etc., pero siempre dejando una puerta abierta ante cualquier problema que pueda plantear el niño o la familia.

Desmopresina

Es una sustancia análoga a la vasopresina, con un potente y duradero efecto anti-diurético pero con un mínimo efecto vasopresor. Teniendo en cuenta la hipótesis etiopatogénica actual en la génesis de la ENPM, se podría considerar a la desmopresina como un tratamiento de primera línea. Hoy es la principal arma farmacológica.

A la clásica forma de presentación para inhalación nasal, se ha incorporado recientemente la presentación oral en comprimidos, lo que facilita la administración a niños con rinitis o problemas nasales que imposibilitarían la absorción correcta de la presentación nasal (1 insuflación = 10 µg; 1 comprimido = 20 µg).

Una de las principales ventajas de este preparado es la rapidez de acción, observando los efectos beneficiosos al poco tiempo de iniciado el tratamiento. Entre sus principales inconvenientes están el importante número de recaídas al abandonarlo, situación que disminuye de manera ostensible cuando la medicación se suspende de manera lenta y gradual. Hoy la mayoría de los autores prefieren iniciar con dosis altas, máximo 40 µg al día, durante los 2 ó 3 primeros meses para luego rebajar la dosis a razón de una insuflación o medio comprimido al mes hasta la dosis mínima eficaz en cada niño.

Cuando elijamos este tratamiento no deberemos olvidar restringir el aporte de líquidos, al menos una hora antes de administrar el preparado, con ello evitaremos el efecto indeseable de intoxicación hídrica e hiponatremia.

CONSEJOS PARA EL CONTROL DE ESFÍNTERES

Cuándo, dónde y cómo enseñar a los niños el control de la micción son interrogantes que se plantean con frecuencia en las consultas de pediatría y para los que en ocasiones no tenemos una respuesta precisa. Con frecuencia nos limitamos a dar una edad aproximada y/o plantear enseñanzas rígidas, uniformes y frecuentemente precipitadas.

Cuando aconsejamos a los padres sobre estos aspectos, suele resultar bastante práctico recurrir a comparaciones con otras facetas del desarrollo psicomotor (ej. la deambulación) más fácilmente comprensibles para ellos.

Cuándo

La micción es, en las primeras etapas de la vida, un acto reflejo automático. Su control depende de la maduración del S.N.C. y de la capacidad vesical. La adquisición de este control es variable de unos niños a otros, si bien la edad más frecuente suele ser los dos años y medio para el diurno y algo más tarde para el nocturno. Por tanto, la primera conclusión que hemos de sacar es que un entrenamiento adecuado no ha de ser de ningún modo precipitado y debe-

rá ser variable de unos niños a otros. En general, existen signos que nos anunciarán el momento oportuno para cada niño: mantener los pañales secos durante 2-3 horas, salir seco después de la siesta, anuncio del pipí en el momento de mojar el pañal, etc. Este último signo es frecuentemente mal interpretado por los padres: indica que el niño va siendo consciente de que algo está cambiando en su cuerpo, aunque en un principio sea incapaz de adelantarse al reflejo miccional.

Dónde

Puede ser diferente según costumbres sociales; en nuestro medio se utiliza habitualmente el orinal. Es aconsejable que los padres lo compren un tiempo antes de proceder a la enseñanza con el fin de ir familiarizando al niño con el objeto, de esta forma evitaremos el paso brusco de la calidez del pañal a un elemento que puede resultar extraño y frío. Hay niños que posiblemente por imitación muestren preferencias por el water, lo cual debe ser respetado.

Cómo

Una vez decidido el momento y el lugar, crearemos un clima de entrenamiento relajado y agradable, incluso recurriremos a situaciones de juego. No suele ser aconsejable empeñarnos en mantener al niño tiempos excesivamente prolongados, con ello lo único que conseguiremos es que el niño muestre rechazo a las enseñanzas.

Cuando ocasionalmente el niño consiga el pis en el orinal, utilizaremos estímulos afectivos: una sonrisa, una palabra cariñosa,... suele ser lo más adecuado; desaconsejamos los estímulos materiales. Hay que tener en cuenta que el niño entiende la calidez de la palabra más que el contenido de los mensajes.

Tendremos en cuenta que en las fases iniciales de la enseñanza el niño tendrá numerosos fallos, al igual que un niño que empieza a caminar da dos pasos bien y tres mal.

Cuando consiga progresos deberemos respetar su autonomía, ello implica ponerle ropa adecuada.

BIBLIOGRAFÍA

1. MIGUÉLEZ C, MARTÍN E, GARCÍA N, GARCÍA M, GALIANO E. Quién es y quién no es enurético. *Urol Integr Invest* 1996; 1: 3-6.
2. FOYMAN B, BURCIAGA RR, BROOK RH. Enuresis infantil, prevalencia, importancia que se atribuye a tratamientos prescritos. *Pediatrics* 1986; 21: 222-231.
3. DEL POZO J. Incidencia de la enuresis nocturna en España. *Drug Farma, S.L.* 1998.
4. FERGUSON DM, HORWOOD LJ, SHANNON FT. Factores relacionados con la edad de abstinencia del control vesical nocturno. *Pediatrics* 1986; 22: 331-341.
5. Sánchez M, Sánchez A. La enuresis en nuestro medio. *Urol Integr Invest* 1996; 1: 11-15.
6. EIBERG H, BERNDT Y, MOHR Y. Assignment of dominant inherited nocturnal enuresis to chromosome 13q. *Nature Genetic* 1995; 10: 354-356.
7. MIGUÉLEZ C, GARCÍA M, GALIANO E. Costumbres, remedios y tratamientos de la enuresis a lo largo de la historia. Serie monográfica. *Drug Farma S.L.*, 1998.
8. TORO J. Enuresis causas y tratamiento. Ed. Martínez Roca S.A. Barcelona, 1992.
9. SANTONJA V, ZOMEÑO C. Tratamiento de la enuresis, un enfoque global. *Urol Integr Invest* 1996; 1: 66-73.
10. LUNA MJ, TORO J. Trastornos psicopatológicos asociados a la enuresis. *Urol Integr Invest* 1996; 1: 53-56.
11. LOVERING JS, TALLEY SE, MACKENDRY JBJ. Oxibutinina en el tratamiento de la enuresis. *Pediatrics* 1988; 26: 26-27.
12. MARTÍN E, MIGUÉLEZ C. Tratamiento de la enuresis monosintomática con desmopresina. Estudio randomizado a doble ciego frente a placebo. *Urol Integr Invest* 1996; 1: 119-124.
13. PEDRERO J, PECO B, BARAJAS D, BRAVO B, DE DIEGO P et al. Estudio preliminar de la acupuntura como tratamiento de la enuresis nocturna primaria monosintomática del niño. *Urol Integr Invest* 1996; 1: 103-106.
14. LOUCES C. Control de esfínteres, consejos. *Glosa pediatría nº 410*, 1989.
15. TORO J. Aspectos psicológicos del niño enurético, entorno social. Serie monográfica *Drug Farma S.L.*, 1999.
16. KNUDSEN UB, RITTING S, NOORGAD JP. Tratamiento a largo plazo de la enuresis nocturna con desmopresina. *Urol Res* 1991; 48: 589.

Anexo 1. Protocolo de enuresis

NOMBRE _____ **SEXO** _____ **EDAD** _____

DOMICILIO _____ **Tlfo.** _____

Datos Sociofamiliares

- Estudios: Madre _____ Padre _____
- Nivel socioeconómico Alto ____ Medio ____ Bajo ____
- Estabilidad de la pareja _____
- Composición familiar: Nº de hermanos _____ Lugar que ocupa _____
- Cambios en la estructura familiar : NO SÍ _____

Antecedentes familiares: NO SÍ Padre ____ Madre ____ Hermanos _____ Otros ____

Tipo de Enuresis:

Primaria _____ Secundaria _____
 Monosintomática _____ Polisintomática _____

Regularidad de la enuresis _____ **Nº de episodios en la misma noche** _____

Enuresis diurna asociada: NO SÍ Características _____

Características del chorro miccional. Normal ____ Débil, intermitente _____

Frecuencia miccional diurna: Normal _____ Muy frecuente _____ Infrecuente _____

Otros síntomas urinarios: Polaquiuria, disuria.....

En enuresis secundaria: Edad de control _____ Edad de aparición _____
 Circunstancias que rodearon a esa recaída: Nacimiento de un hermano
 Comienzo de actividad escolar
 Otras _____

Habito intestinal: Estreñimiento, Encopresis

Consultas previas: NO SÍ Tipo de profesional: Pediatra ____ Urólogo ____ Psicólogo ____ Otros ____

Tratamientos previos: NO SÍ Tipo y resultado _____

Exámenes complementarios realizados. Tipo y resultado _____ Análisis de orina _____
 Ecografía _____ Cistografía _____
 Pruebas urodinámicas _____

Actitudes inadecuadas hacia el niño: Reproches, castigos....Nunca __ Ocasionalmente __ Con frecuencia

Grado de preocupación familiar: Alto ____ Medio ____ Nulo ____

Grado de preocupación en el niño: Alto ____ Medio ____ Nulo ____

Patrón de sueño _____ **Miedos para levantarse** _____

Situación del niño con entorno escolar _____

Situación del niño con entorno familiar _____

Patología asociada _____ **Medicamentos de forma regular** _____

A. Díaz Alfaro

Observaciones

Exploración clínica (incluido chorro miccional): Normal_____Patológica_____

Analítica de orina: - Anormales y sedimento
- Urocultivo

Otras pruebas: (Ecografía, Cistografía , P. Urodinámicas) NO SÍ _____

TRATAMIENTO

Fecha de inicio_____

Tipo de terapia inicial: - Terapia motivacional____
- Utilización de pipí-stop____
- Desmopresina (Anotar tipo y dosis)____

Evolución

Semanas	Meta	Resultado	Semanas	Meta	Resultado
Prueba			11 ^a		
1 ^a semana			12 ^a		
2 ^a			13 ^a		
3 ^a			14 ^a		
4 ^a			15 ^a		
5 ^a			16 ^a		
6 ^a			17 ^a		
7 ^a			18 ^a		
8 ^a			19 ^a		
9 ^a			20 ^a		
10 ^a			21 ^a		

Nº de semanas hasta alcanzar objetivo de manera estable_____

Tiempo de uso de pipí-stop continuo_____alerno____Elimin. Espontánea No Sí

Observaciones sobre la evolución :

Recaída : NO_____Sí_____

Otros tratamientos: Tipo y resultado