

E nuresis: Análisis de dos tratamientos.

Vicente Salvador Ibáñez

Psicólogo y Médico

EPLA, Ctra. Bétera, s/n, 46110 Godella (Valencia).

RESUMEN

Se presentan, en este trabajo, los resultados del tratamiento de 43 casos de niños y niñas, diagnosticados como enuréticos, siguiendo criterios DSM-III-R y CIE-10. Se comparan dos tipos de terapias: una conductual-cognitiva que tiene como base el método de la alarma asociado con autorregistro, sobrecorrección, y adquisición de responsabilidad sobre el problema; la otra terapia utiliza la vasopresina inhalada y se asocian el resto de técnicas que acompañan el tratamiento basado en la alarma. De los resultados se desprende para cualquier tipo de Enuresis -primaria o secundaria- de la técnica basada en la alarma y la eficacia de la vasopresina en la enuresis primaria. Se concluye suponiendo que hay una etiología distinta, hasta cierto punto, que explica ambos tipos de enuresis, siendo los componentes emocionales mucho más importantes en la génesis y el mantenimiento de la enuresis secundaria.

RESUMEN

Enuresis (primaria o secundaria), niveles de secreción de vasopresina, neurotransmisión, ADT y estimulantes, niveles de eficacia de la alarma.

INTRODUCCION

La enuresis es un trastorno fácilmente identificable por cualquier persona que se dedique a temas de salud: los psicólogos escolares, así como los pediatras son habitualmente consultados por este tema y poseen información relevante sobre la incidencia y prevalencia del trastorno en la población infantil y adolescente. Cualquier referencia a estos conceptos choca con una elevada falta de comprensión por parte de los padres de los niños y niñas que sistemáticamente ocultan información haciendo alusiones a la frecuencia de las emisiones nocturnas que no concuerdan con la realidad, por ser habitualmente menospreciadas a estar, en ocasiones, reducidas a incidentes sin importancia. De esta forma parece difícil realizar análisis que pongan de forma clara en su justo lugar al prevalencia de este trastorno.

La clásica distinción entre enuresis primaria, que podría definirse como una falta de maduración en el niño que le impide el adecuado control de la micción después de una edad en la que esta debería estar establecida (según

criterios diagnósticos en la edad de 5 años) y enuresis secundaria, en la que después de un periodo de tiempo de como mínimo 6 meses de control, el niño comienza a orinarse en la horas de sueño, junto con los añadidos de enuresis de causa orgánica, vejiga neurológica, etc, deberían contemplarse desde el punto de vista del psicólogo en un único trastorno fundamentalmente debido a las repercusiones que sobre la conducta prosocial de algunos niños tiene el problema de no control sobre su vejiga en las horas de sueño. Como se verá, posteriormente, es posible que razones etiológicas similares confluyan en la aparición del problema o en el mantenimiento del mismo.

Resulta importante hacer referencia a la importancia que el sexo tiene en este trastorno: la proporción de 3 a 1 a favor de los niños en la enuresis primaria desaparece hasta casi igualarse cuando nos referimos a la enuresis secundaria, aunque aquí sería conveniente hacer referencia a la mayor frecuencia de infecciones en el tracto urinario de la niña y por lo tanto a una etiología orgánica que excluiría a un porcentaje importante de las niñas que se orinan después de un periodo de tiempo de control efectivo.

Aparte de las razones de tipo neuropsicológico, que como he indicado antes, serán comentadas en otro apartado, y que explicarían una buena parte de las bases comunes a todas las emisiones de orina involuntaria, hay una razón relacionada con la etiología y el tratamiento que hace previsible que sea asociación exista. En la enuresis que se

supone relacionada con infecciones en el tracto vesical de las niñas un tratamiento antibiótico adecuado no consigue hacer desaparecer, una vez normalizada la bacteriología vesical, la emisión involuntaria de orina; esto no ocurre en todas las ocasiones, por lo que posteriormente se realiza la suposición de que la niña ha mantenido una serie de hábitos.

Es importante destacar la alta incidencia de trastornos conductuales con presentación de ansiedad, aislamiento social, bajo rendimiento escolar, etc., en niños y niñas que sufren de enuresis. Incluso a edades tan tempranas como los 4 años se han encontrado niños enuréticos primarios que mostraban conductas caracterizadas por la timidez y el aislamiento al orinarse en las sietas que realizaban en su centro escolar. Si los niños son mayores evitan con frecuencia el acudir a campamentos o excursiones que los obliguen a dormir junto sus compañeros y muestran en los días antecedentes a estas situaciones desasosiegos y malestar que transmiten a sus familiares y que, en muchas ocasiones son el motivo para realizar la consulta y la petición de apoyo.

Curiosamente los niños/as enuréticos primarios que han presentado síntomas de ansiedad y de presión mientras permanecían enuréticos modifican estos estados hasta la normalidad cuando el trastorno de base desaparece.

Es decir, no es solamente un problema para muchos niños y niñas de maduración el que estamos tratando; en ocasiones hay una alteración emocional subyacente y provocada por el trastorno primario, que desde el punto de vista del crecimiento y enriquecimiento personal del niño es más preocupante que la propia capacidad para controlar su vejiga durante el sueño. Estos aspectos debería ser considerados por los profesionales de la salud a lo que consultan los padres cuando, en ocasiones se relativiza hasta límites de casi anécdota la enuresis infantil.

Análisis de los datos:

La muestra está formada por 43 niños/as entre 5 y 14 años. De esta muestra 31 fueron niños y el resto niñas. La mayoría de ellos proceden del centro escolar donde trabajo como psicólogo. Solamente 10, de los cuales curiosamente 7 eran niñas proceden de consulta privada, Independientemente del sexo cuya importancia se ha comentado más arriba, es aconsejable analizar la prevalencia de la enuresis en la población escolar: en el curso 93-94. Sobre una muestra de 490 alumnos y alumnas entre 3 y 10 años, 56 presentaban enuresis; de ellos 49 tenían el diagnóstico de enuresis primaria. Esa cantidad representa el 11,43% de la población estudiantil encuestada y el porcentaje de enuréticos primarios era del 87,5%, sobre el total de afectados.

La duración media del trastorno en un análisis de varios años -desde 1989 hasta finales de 1994- con niños enuréticos tratados y no tratados indicaba un rango entre 4 y 14 años de tardanza en desaparecer este problema, cuando los niños no recibían tratamiento; la moda para enuréticos sin tratamiento es de 10 años siendo los enuréticos primarios los que tardaban más en controlar de forma eficaz sus esfínteres. En estos años se detectaron 71 niños y niñas en estas circunstancias. La moda de duración del trastorno para los niños y niñas con enuresis -independientemente de que esta hubiera sido primaria o secundaria o asociada a otro trastorno como retraso en el desarrollo- y tratamiento de cualquier tipo aplicado por psicólogo o médico era de 19 meses. Aunque no se ha llevado a cabo el análisis estadístico oportuno para fuera de toda duda que cualquier tratamiento es más eficaz para reducir las tasas de prevalencia de enuresis en población escolar que ningún tratamiento.

Entre las razones que explicaban el no tratamiento es importante destacar el papel de las familias en los niños que

presentaban enuresis primaria. En mucho de los casos familiares de 1º grado de los niños y niñas habían presentado a su vez el trastorno en su infancia y preadolescencia y existía una complicidad o comprensión hacia el mismo que lo convertía en un problema menor. De hecho es posible que esa complicidad y comprensión evitasen en el niño/a la aparición de trastornos a la enuresis primaria, como los comentados en la introducción.

En otras ocasiones han sido los pediatras quienes han minusvalorado la importancia del problema aduciendo ritmos de crecimiento o maduración distintos entre unos niños y otros para explicar la inexistencia de un control sobre la micción eficaz a partir de los 3-5 años. En 10 casos en los que los padres habían consultado con el pediatra, en 6 de las ocasiones fue la respuesta y el comentario anterior el emitido; en 2 de los casos se recomendaron medidas médicas llevadas a cabo por el propio pediatra o desde un psiquiatra infantil; en los otros 2 casos se recomendaron tratamientos conductuales -despertar al niño- y psicológicos.

Puede ser útil reparar que a pesar de la aparente obviedad del cuadro y de su «benignidad» desde todas las corrientes de la psicología clínica y desde la medicina-psiquiatría se han realizado no solo aproximaciones a la etiología del trastorno, sino también intervenciones curativas.

Ultimamente parece aceptada la existencia de una base bioquímica predisponente que combinada con un inadecuado aprendizaje de los hábitos para el control de los estímulos que se relacionan con la sensación de lleno-vacío a nivel de la vejiga, desencadenan un déficit neurotransmisor relacionado con la serotonina que provocaría la emisión involuntaria de la orina en las fases delta del sueño. Esa base bioquímica provoca el déficit liberador de la vasopresina por parte del lóbulo anterior de la hipófisis. Se ha constatado que

los niños que presentan tanto enuresis primaria como secundaria no presentan diferencias cuantitativas significativas en los niveles de vasopresina durante las 24 horas del día; de la misma manera, y a pesar de cierta evidencia empírica que hace pensar que los niños enuréticos orinan mayor cantidad y consumen más agua a lo largo del día, no parece existir tampoco diferencia entre esas dos variables medidas en niños normales y niños enuréticos. Sin embargo, si que parece existir un pico de emisión nocturno de vasopresina inferior en estos niños que en los controles no enuréticos, aunque se desconocen las causas que provocan esa deficiente secreción. Es, en ese instante, donde se incorpora la teoría del déficit serotoninérgico o noradrenérgico para explicar el por qué de la secreción inadecuada de vasopresina en los periodos de sueño de los niños enuréticos. Es importante puntualizar que la enuresis se presenta también en las siestas de los niños que la padecen, por lo que parece evidente la realización entre sueño-bioquímica cerebral del mismo -secreción inadecuada de vasopresina- deficiente control cerebral de la musculatura esfínterea- emisión involuntaria de orina.

Por otro lado esta teorización neuroquímica no contradice necesariamente la emisión involuntaria de orina que se produce en determinados estados como las infecciones locales como las cistitis o la asociación entre encopresis y enuresis que se presenta de forma secundaria a la presencia de parásitos en el intestino de niños o la emisión involuntaria de los intoxicados por alcohol u otras drogas. En definitiva hay una base, que surge de la psicología del aprendizaje, de hábitos higiénicos que no están bien asentados o se rompen por la existencia de una agresión que pone en marcha una serie de mecanismos bioquímicos a los que no responde con el adecuado control la parte del sistema nervioso central que en el sueño se encarga del mantenimiento

de la homeostasis orgánica. Esto podría explicar también la existencia de enuresis como síntoma de trastornos adaptativos en niños, o de niveles de estrés muy acusados y situaciones que provocan síntomas de ansiedad generalizada en el trastorno por vinculación o en el negativismo. Curiosamente mi experiencia clínica no ha encontrado evidencia de enuresis en niños que presentan Déficit de atención con o sin Hiperactividad, a pesar de que fármacos como los antidepresivos han sido utilizados tanto en el tratamiento de la enuresis como en el TDACH, aunque en la bibliografía consultada se encuentra una prevalencia similar en este grupo de niños que en cualquier otro de los grupos.

Está hipótesis, que relaciona una predisposición orgánica que supone una vulnerabilidad y por lo tanto ante la aparición de una serie de noxas -emocionales, conductuales, físicas, etc- la presentación de un trastorno, bien sin solución de continuidad entre la normalidad evolutiva -caso de la enuresis primaria como mantenimiento de un nivel de maduración de etapas anteriores- hasta una aparición súbita del trastorno después de haber superado la etapa evolutiva concreta del control de esfínteres, está extraída de la relación entre la neurotransmisión serotoninérgica y el eje hipotálamo-hipófisis y las relaciones entre el SRAA y los mecanismos de control cortical antes señalados. Parece que una teoría de este tipo necesitaría de un apoyo experimental que incluyese técnicas invasivas con marcaje de neurotransmisores así como neuroradiología -TEP, RMN- específica y analítica de las sustancias nombradas serotonina, noradrenalina y sus metabolitos que permitiese controlar de forma eficaz los niveles plasmáticos en las áreas cerebrales invocadas y correlaciones altas con deficientes hábitos higiénicos relacionados con la emisión-control de la micción, así como con la existencia en la familia del niño

de familiares de primer grado que padeciesen en su infancia-adolescencia del mismo trastorno. El estudio que relaciona los datos bioquímicos con la enuresis se ha realizado como consecuencia de los efectos que determinados fármacos tienen sobre los niños enuréticos. La utilización de los antidepresivos tricíclicos ha proporcionado algún tipo de valides a la hipótesis de la disfunción neurotransmisora del eje serotoninérgico. Los antidepresivos incrementarían el nivel de activación del SRAA por lo que existiría una disminución del periodo de sueño profundo lo que permitiría al niño el ser consciente de las sensaciones acompañantes a la vejiga llena por lo que despertaría y evitaría la emisión de orina. Sin embargo, no parece esta una solución etiológica razonable puesto que los niños no enuréticos no son conscientes en modo alguno del llenado de su vejiga y solo después de un número de horas que es variable pero que supera normalmente como media las 6 horas, se despierta y es consciente de su vejiga llena y orina. En ocasiones, cuando por un exceso de ingesta de líquido o por el consumo de alguna sustancia que incrementa el flujo renal y por lo tanto la diuresis estos niños, con edades a partir de los 4 años, son capaces de despertarse cuando notan que su vejiga está llena y piden ayuda para acudir al retrete. En este caso se podría aceptar la hipótesis de la deficiencia de control de los mecanismos corticales sobre la capacidad de la vejiga para retener la orina e impedir de esta forma el despertar del niño y la emisión involuntaria de la misma. Pero, en primer lugar no parece demasiado claro que el funcionamiento de los ADT, mejore y controle de forma adecuada la enuresis, aunque es posible que tengan eficacia en aquellas enuresis secundarias en las que hay un importante componente emocional. Tampoco los estimulantes como las anfetaminas han conseguido éxitos terapéuticos en proporciones significativas para considerar-

les útiles en el tratamiento farmacológico de la enuresis; en el caso de estos fármacos sus efectos secundarios que producen anorexia e insomnio de forma generalizada y una enorme capacidad para provocar dependencia han hecho que su uso terapéutico haya sido muy escaso, aunque su mecanismo de acción sería similar al de los ADT. Parece pues que la confirmación de una hipótesis puramente biológica que partiesen de un mecanismo neurotransmisor alterado no puede confirmarse como en otras ocasiones, como ha sido el caso de las hipótesis bioquímicas que ha partir de la utilización con cierto éxito de los neurolépticos y de los ADT, han confirmado aspectos neuroquímicos fundamentales en la génesis y el mantenimiento de las psicosis y de los cuadros depresivos.

El empleo de la vasopresina, aunque no aclara de forma general la hipótesis neuroquímica antes señalada por mi si que lo hace en ciertos aspectos de esta hipótesis: los relacionados con la deficiencia de secreción de la citada hormona en picos nocturnos que coinciden con las fases de sueño lento, en respuesta a la activación SRAA - Hipotálamo por la serotonina- y su éxito evidente en el tratamiento de la enuresis primaria.

Datos:

Como se indica al principio de este apartado el número de alumnos tratados por mi es de 43 desde 1989 hasta 1994.

Hasta 1992 fueron tratados 26 niños. De esos 26 niños 21 recibieron como tratamiento básico el método de la alarma asociado a sobrecorrección, registro de húmedo-seco, registro del tamaño de la mancha sobre la sábana y entrenamiento en relajación y fortificación muscular esfintéreo y pélvico-pubiana. Dieciocho de esos niños fueron dados de alta en un período de tiempo que oscilo entre las 4 y 20 semanas. El control realizado sobre ellos

antes de llevar a cabo este artículo indica que sólo 4 de ellos tuvieron recaída que fueron controlados con la aplicación de las mismas técnicas y el resto permaneció sin síntomas.

Los otros 5 años recibieron consejos, se les despertó a horas distintas durante la noche y se aplicaron también las técnicas de sobrecorrección, registro de noches húmedas-secas, etc.; 2 de ellos consiguieron controlar la enuresis en un período de tiempo de 4 meses; los otros 3 niños se dieron de baja en el tratamiento (en el sentido de aparecer sus padres para dar información).

En conjunto el porcentaje de niños con éxito empleando las técnicas de la alarma y asociados fue del 85'71%.

Desde 1992 hasta 1994 han sido tratados 17 niños. Con 13 de ellos se empleó la vasopresina inhalada a la dosis aconsejada por el laboratorio farmacéutico que la presenta. El resto de los niños (4) fueron tratados por medio de consejos: sobrecorrección, etc.

De esos 13 niños, 9 obtuvieron cama seca en períodos de tiempo que oscilaron entre 1 y 5 semanas. El porcentaje de éxitos fue del 69'23%. Hay que señalar que de esos 9 niños, 5 presentaron recaídas durante el año siguiente al inicio del tratamiento y a partir del periodo seco en el que fueron dados de alta, que siempre fue de 45 días de cama seca continuados.

Los otros 4 niños fueron diagnosticados de enuresis secundaria siguiente los criterios DSM-III-R para llevar a cabo este diagnóstico; después de 8 semanas de inhalar vasopresina incrementando las dosis hasta los límites máximos se suspendió el tratamiento con vasopresina y se inició el tratamiento con la técnica de la alarma tal como ha sido citada anteriormente. En los 4 casos se produjo desaparición de la enuresis en rangos temporales similares a la del primer grupo de niños tratados con estas técnicas. El seguimiento, un año después indica que perma-

necen en todos los casos asintomáticos.

Es importante indicar que junto a la administración de la vasopresina se asociaron también las técnicas conductuales operantes como la sobrecorrección, autoregistro de noches húmedas-secas, entrenamiento en esfuerzo muscular esfintéreo-pélvico-pubiano, etc.

Como datos que puedan resultar interesantes se pueden señalar los siguientes: 32 niños/as fueron diagnosticados de enuresis primarios y en 27 de ellos se encontraron antecedentes familiares hasta el primer grado.

El resto de los casos el diagnóstico fue de enuresis secundaria; 3 de estos niños/as tenían antecedentes familiares de enuresis.

En 2 casos del grupo primario y en 4 del grupo secundario la enuresis estaba asociada a encopresis, por lo que el diagnóstico que debería haberse afectado era el de encopresis funcional; ha pesar de eso no se tuvo en cuenta y se trato la enuresis con los métodos ante señalados.

5 casos primarios con edades entre los 4-6 años presentaban el problema tanto durante el sueño como durante el día, por lo que es probable que existiese algún trastorno orgánico que provocase la emisión involuntaria de orina.

Hay que destacar que todos los niños/as sin excepción fueron evaluadas médicamente para descartar la existencia de infecciones urinarios, parásitos intestinales o lesiones neurológicas; sólo en 3 casos 2 de los cuales correspondían a niñas se presentaron infecciones urinarias; el otro caso correspondiente a un niño presentaba una asociación de encopresis por la existencia de un megacolon e infección urinaria.

4 niños primarios presentaban trastornos no específicos del desarrollo con un C.I. medido con el WPPSI y WISC entre 71 y 75 y alteraciones del lenguaje de tipo productivo, retraso en la adquisición del cálculo, etc.

En los niños/as secundarios el C.I. medio fue de 96 oscilando entre 85 y 116; 5 de ellos presentaban problemas de rendimiento escolar sin existir ningún trastorno del desarrollo que afecte a la lectura, escritura, cálculo, etc.

No se ha podido realizar ningún diagnóstico de otro trastorno mental con criterios CEI-10 y/o DSM-III-R.

Conclusiones:

De los resultados de la experiencia se deuda lo siguiente:

1.- El tratamiento para niños y niñas enuréticos primarios que proporciona mejores resultados es tanto el basado en el método de la alarma como el que utiliza la vasopresina inhalada como elemento fundamental. Aunque las muestras de niños tratados con cada uno de los programas es distinta en número, los porcentajes de éxito son similares en ambos casos, y no parece existir diferencias significativas entre la eficacia de uno u otro tratamiento. La duración de estos tratamientos ha sido también equivalente, aunque hay que señalar que la utilización de la vasopresina produce efectos de forma más rápida; sin embargo, son también más frecuentes las recaídas y, en ocasiones es más difícil convencer al niño de la necesidad de adquirir autocontrol y de la conveniencia de realizar programas de entrenamiento en el fortalecimiento de la musculatura esfínterica y pélvica-perineal, que como se sabe son técnicas asociadas al tratamiento base.

2.- En los niños y niñas que presentaban enuresis secundaria o enuresis de causa orgánica de tratamiento con vasopresina no ha sido efectivo. Bien cierto es, que el número de niños y niñas tratados con esta hormona ha sido muy pequeño, sin embargo en ninguno de los casos se produjeron mejorías significativas, entendiéndose por significativas la detención de la emisión involuntaria de orina por la noche es períodos de tiempo superiores a la semana. El tratamiento en el que se utiliza como base la alarma ha sido efecti-

va en un número importante de casos de enuresis secundaria o de enuresis por causa orgánica. Hay que indicar que en estos casos ha sido preciso llevar a cabo intervenciones complementarias de psicoterapia de apoyo basada en la discusión sobre las alteraciones cognitivas que presentaban los niños y que podían haber influido por su carácter básicamente emocional en la aparición de enuresis.

3.- Aunque no se ha llevado a cabo un análisis riguroso de las causas que pueden haber explicado los fracasos en el tratamiento, parecen asociarse a estos fallos factores que provienen del ambiente familiar; en el sentido de no dar excesiva importancia a los tratamientos asociados como son: la sobrecorrección, el autoregistro y las técnicas de entrenamiento en relajación y ejercitación de la musculatura esfínterica y pélvica-pubiana. Las excusas ofrecidas por los padres sobre el hecho de que los niños y niñas no se despertasen al sonar la alarma y ellos «creyeran» que no tenían porque despertar al niño cuando aquel no lo hacía espontáneamente han sido las más utilizadas por los padres cuando se les interrogaba sobre la no progresión del tratamiento. En definitiva, el no seguimiento de instrucciones por parte tanto de los niños/as que presentaban el trastorno como por parte de sus padres, puede ser una de las causas para explicar el fracaso en los tratamientos.

En los casos de enuresis secundaria parece existir un componente emocional importante que explicaría tanto la génesis como el mantenimiento de la enuresis. Al no disponer en los programas de tratamiento de una psicoterapia cognitiva adecuada y estructurada de forma eficaz, es posible señalar esta ausencia como otro de los factores que explicarían el fracaso en el tratamiento en este subtipo de niños y niñas enuréticos/as.

4.- Como conclusión definitiva se puede decir lo siguiente: existen en este momento dos tratamientos sencillos

para el tratamiento de la enuresis primaria. El 1º se basa en la técnica modificada de Mower; en el 2º se basa en la utilización de la hormona antidiurética inhalada para incrementar sus niveles y provocar una mayor retención de agua en el espacio intravascular y conseguir durante la noche secreción menor por parte de los riñones de orina.

Aunque en estos tratamientos se han utilizado técnicas asociadas fundamentalmente de tipo conductual operante como la sobrecorrección, los registros y ejercicios para reforzar las musculaturas asociadas al proceso de micción, es posible que los tratamientos base en estas técnicas asociadas hubiesen obtenido la misma efectividad. Por lo menos esto es lo que se deduce del estudio de la bibliografía consultada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- APA. DSM-III-R. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales y del Comportamiento. Masson. Barcelona 1988.
- 2.- Ashem, B.A. y Poser, E.G. Modificación de Conducta en la Infancia. Fontanella Barcelona 1ª Edición, 1977.
- 3.- Bridgeman, B. Biología del Comportamiento y de la Mente. Alianza Ed. Madrid 1988.
- 4.- De Ajuniaguerra, J. Manual de Psiquiatría Infantil. 4ª Edición. 3ª Reimpresión. Barcelona 1983.
- 5.- Cruz, M. Tratado de Pediatría, (Volumen II). Espaxs. 6ª Edición. Barcelona 1990.
- 6.- Guyton, A.C. Anatomía y Fisiología del Sistema Nervioso: Neurociencia Básica. Panamericana. 2ª Edición. Madrid 1994.
- 7.- Labrador F.J. y Cols. Manual de Técnicas de Modificación y Terapia de Conducta. Ed. Pirámide, Madrid 1993.
- 8.- Ollendich, Th. H. y Hersen, M. Psicopatología Infantil. Martínez Roca. 2ª Edición. Barcelona 1993.
- 9.- OMS. CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Meditor. Madrid 1992.
- 10.- Velasco, A. y Cols. Farmacología de Velázquez. McGraw-Hill. Interamericana. 16ª Ed. Madrid 1994.