

# Tratamiento de la enuresis nocturna primaria en niños basada en la evidencia científica disponible.

Dr. Juan Manuel Zazueta Tirado (Cirujano Pediatra)

## Tema

Enuresis nocturna

## Pregunta

En niños mayores de 6 años con enuresis nocturna primaria sin patología asociada, ¿cuál es el tratamiento más adecuado a corto y largo plazo?

## Palabras clave

Enuresis nocturna (nocturnal enuresis)  
desmopresina (desmopressin)  
imipramina (tricyclic drugs)  
alarma (alarm interventions)  
entrenamiento vesical.

## Fuentes de información y estrategia de búsqueda utilizada

1. Búsqueda de guías de práctica clínica: National Guideline Clearinghouse, SIGN, CMA Infobase, ICSI, New Zealand Guidelines Group.
2. Búsqueda de revisiones sistemáticas: Cochrane Library, Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (DARE), Health Technology Assessment Database (HTA), NHS Economic Evaluation Database (NHS EED)
3. Búsqueda en fuentes secundarias: "Clinical Evidence" y "Evidence Based Pediatrics and Child Health".
4. Búsqueda de estudios primarios: MEDLINE a través de PubMed (si fuese preciso)

## Mejor respuesta conseguida

- NHS-CRD (Centre for Reviews and Dissemination, University of York) Report 11, Diciembre 1997: Lister-Sharp D, O'Meara S, Bradley M, Sheldon TA: "A systematic review of the effectiveness of interventions for managing childhood nocturnal enuresis".

- Cochrane Library, issue 1, 2001, Oxford: Glazener CMA, Evans JHC: "Alarm interventions for nocturnal enuresis in children"
- "Desmopressin for nocturnal enuresis in children", "Tricyclic and related drugs for nocturnal enuresis in children", "Drugs for nocturnal enuresis in children (other than desmopressin and tricyclics)".
- Clinical Evidence, issue 4, Diciembre 2000: Bosson S, Lyth N: "Nocturnal enuresis"; pg. 231-235.

## RESUMEN DE LA EVIDENCIA

Los dispositivos de alarma, aunque pueden tardar varios meses en conseguir resultados positivos, proporcionan mejores resultados a largo plazo (aproximadamente 9 veces menos probable la recaída que con desmopresina, RR 9.2, IC 95% 1.28-65.9) y pueden combinarse con ciclos cortos de tratamiento farmacológico para mejorar una noche "húmeda" por semana (IC 95% -1.55 a -0.45). Si se toman en consideración todos los ensayos donde únicamente se excluyen niños con causas orgánicas (pero no se especifica si también se excluyen niños con enuresis diurna) los resultados varían ligeramente: RR de fallo durante el tratamiento en alcanzar 14 noches "secas" 0.27, IC 95% 1. 0.19 a 0.39 y RR de fallo en continuar "secos" después de cesar el tratamiento 0.58, IC 95% 0.46 a

2. 0.74. La tasa de recaídas sería menor después de cesar el tratamiento con alarma en relación a la desmopresina (RR 0.11, IC 95% 0.02 a 0.78). La desmopresina reduce mientras se utiliza al menos una noche "húmeda" por semana (-1.1 IC 95% -2.01 a -0.25), pero su efecto no se mantiene cuando cesa su administración. La imipramina presenta una

efectividad similar a la desmopresina, y reduce también aproximadamente una noche “húmeda” por semana mientras se utiliza (-0.99, IC 95% -1.27 a -0.71), pero su beneficio no se mantiene después de cesar su administración. Tiene efectos adversos frecuentes y potencialmente graves. Otras medidas utilizadas comúnmente como diarios, premios, restricción líquida, etc. no han sido adecuadamente evaluadas.

### ¿Es importante esta información para mis pacientes?

Sí. Supone un problema que afecta a un número no despreciable de niños que atendemos y puede crear ansiedad en la familia, sobre el que podemos intervenir con éxito.

**Tabla 1.** Comparación entre los diferentes tratamientos para la enuresis nocturna primaria a corto y largo plazo

Intervención	Éxito Inicial *	Éxito a largo plazo +	Evidencia	Ventajas	Inconvenientes
Desmopresina	4-5 veces más que con placebo (RR <sup>1</sup> 4.6) (IC <sup>2</sup> 95% 1.4-15)	No mejor que placebo	Meta-análisis de 3 ECA <sup>3</sup>	Seguro, pocos efectos adversos, efectivo en días	Casos graves de intoxicación acuosa
Imipramina	4 veces más que con placebo (RR 4.2) (IC 95% 1.2-15)	No mejor que placebo (RR 1.1)	Meta-análisis de 4 ECA	Efectivo en días	Efectos adversos frecuentes (10%). Riesgo letal de sobredosis
Alarma	13 veces más que no tratamiento (RR 13,3) (IC 95% 5.6-31.5)	31-61% siguen “secos” a los 3 meses	Meta-análisis de 4 ECA	Seguro	Necesita tiempo para conseguir su efecto y buena cooperación niño – padres
Alarma + Fármacos	75% frente a 46% con alarma sola (NNT <sup>4</sup> 3.4) (IC 95% 1.5.3 a 2.1)	No estudiado	Un ECA (n=71) no incluido en la revisión sistemática	Efecto más rápido que la alarma sola	Efectos adversos propios del fármaco utilizado
Entrenamiento	No mejor que no tratamiento (RR 2.5) (IC 95% 0.55-11.4)	No mejor que no tratamiento (RR 0.4) (IC 95% 0.14-1.13)	Un ECA (n=45)	Seguro	Requiere grado de motivación alto
Entrenamiento + Alarma	10 veces más que no tratamiento (RR 10) (IC 95% 2.69-37.24)	No mejor que la alarma sola (RR 1.0) (IC 95% 0.7-1.5)	Un ECA (n=45)	Seguro	Requiere grado de motivación alto

\* Alcanzar al menos 14 noches “secas” consecutivas.  
 + Número de recaídas tras el éxito inicial, Promedio de noches “húmedas” por semana tras cesar el tratamiento.  
<sup>1</sup>RR: Riesgo relativo  
<sup>2</sup> IC 95%: Intervalo de confianza del 95%  
<sup>3</sup> ECA: Ensayo clínico controlado y aleatorizado  
<sup>4</sup> NNT: Número necesario a tratar

**¿Qué cambios de actitud, rutina profesional o de organización debería introducir para mejorar mi práctica clínica?**

El conocimiento de los dispositivos de alarma existentes en el mercado y su funcionamiento. El éxito inicial de los mismos puede mejorarse combinándolo con desmopresina. Considerar los posibles efectos adversos de la medicación ante un proceso que presenta una elevada tasa de resolución espontánea (15% cada año). La colaboración de los padres y el deseo del niño son requisitos necesarios para el éxito del tratamiento escogido.

**¿Qué obstáculos puedo encontrar?**

Existen intereses comerciales a favor del tratamiento farmacológico y presiones familiares por obtener un resultado rápido y que no suponga mucho esfuerzo para el niño o los padres. Dificultad de cumplimiento de la utilización de alarmas.

**¿Cómo podría observar los cambios realizados?**

Seguimiento en la consulta de los niños con enuresis y su evolución en el tiempo.

**OTROS COMENTARIOS DE INTERÉS**

No existe evidencia suficiente sobre la edad de inicio del tratamiento. Parece existir consenso en no tratar la enuresis nocturna en niños menores de 5 años o que no tengan más de una noche “húmeda” a la semana. Debería individualizarse cada caso, dependiendo del desarrollo y capacidad de colaboración del niño y los padres y la angustia que origine el proceso.

**REFERENCIAS**

1. Lister-Sharp D, O’Meara S, Bradley M, Sheldon TA: “A systematic review of the effectiveness

of interventions for managing childhood nocturnal enuresis”. NHS-CRD (Centre for Reviews and Dissemination, University of York) Report 11, Diciembre 1997

2. Glazener CMA, Evans JHC:

- o “Desmopressin for nocturnal enuresis in children”,
- o “Tricyclic and related drugs for nocturnal enuresis in children”,
- o “Drugs for nocturnal enuresis in children (other than desmopressin and tricyclics)”. Cochrane Library, issue 4, 2000, Oxford.

3. Bosson S, Lyth N: “Nocturnal enuresis”; en Clinical Evidence, issue 4, Diciembre 2000; pg. 231235.

4. Guías de práctica clínica:

- o Canadian Paediatric Society: Munk P.: “Enuresis”. Paediatrics & Child Health 1997;2(6):419-21. American Family Physician: Cendron M: “Primary nocturnal enuresis: current concepts”, Marzo 1999.

5. Fritz G, Rockney R, Bernet W, Arnold V, Beitchman J, Benson RS, Bukstein O, Kinlan J, McClellan J, Rue D, Shaw JA, Stock S, Kroeger Ptakowski K. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with enuresis. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2004 Dec;43(12):1540-50.

6. Fritz G, Rockney R, Bernet W, Arnold V, Beitchman J, Benson RS, Bukstein O, Kinlan J, McClellan J, Rue D, Shaw JA, Stock S, Kroeger Ptakowski K. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with enuresis. Washington (DC): American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP); 2002. 18 p.