



ORIGINAL

Enuresis: percepción y actitud en la población de nuestro país



V. Martínez Suárez^{a,*}, M.I. Lostal Gracia^b, A. Sánchez Vázquez^c, C. Carapau Ferreira^d, J. Quintero del Álamo^e y Grupo de Trabajo Ibérico de Enuresis (OBGETIBE)

^a Servicio de Salud del Principado, Universidad de Oviedo, Grupo OBGETIBE, Oviedo, España

^b Servicio de Pediatría, Centro de Salud Amparo Poch, Zaragoza, España

^c Servicio de Pediatría, CAP Les Hortes, Barcelona, España

^d Servicio de Pediatría, Hospitais da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal

^e Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario Infanta Leonor; Departamento de Psiquiatría Legal y Psiquiatría, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España

Recibido el 7 de septiembre de 2022; aceptado el 13 de enero de 2023

Disponible en Internet el 6 de marzo de 2023

PALABRAS CLAVE

Enuresis;
Encuesta parental;
Pediatría;
Urología

Resumen

Objetivo: Conocer la percepción y la actitud hacia la enuresis por parte de familias y cuidadores con el objetivo de establecer un plan terapéutico racional.

Material y métodos: Se realizó una encuesta de 25 preguntas a padres y madres mayores de 18 años con al menos un hijo de entre 5 y 13 años, manteniendo la representatividad nacional en términos de residencia, clase social y edad de los hijos. La recogida de datos se realizó en abril del 2021.

Resultados: Se obtuvieron datos de 501 encuestas de 626 enviadas, en su mayoría relativos a familias de clase social media de Andalucía, Cataluña y la Comunidad de Madrid. El 47,9% de los encuestados conocían la existencia de la enuresis, aunque únicamente el 23,8% sabían cuál era el término médico. Solo el 16,6% y el 9,6% recordaban que el/la pediatra o el/la enfermero/a, respectivamente, se hubieran referido en algún momento a la misma. Entre los participantes con algún conocimiento, las fuentes de información principales fueron los casos cercanos (36,6%), los medios de comunicación (31,1%) y el pediatra (27,8%). Los padres se preocuparían mucho (35,3%) o bastante (43,1%) ante un caso. Sin embargo, el nivel de conocimiento fue mayor y el grado de preocupación menor entre padres con hijos con enuresis respecto a los que no tenían casos en la familia.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: martinezvenancio@uniovi.es (V. Martínez Suárez).

Conclusiones: Mejorar el conocimiento de los padres sobre la enuresis y cambiar la percepción que tienen de la misma puede resultar de importancia para mejorar su atención y anticipar su resolución.

© 2023 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN).

KEYWORDS

Enuresis;
Parent survey;
Pediatrics;
Urology

Enuresis: Perception and attitude in population of our country

Abstract

Objective: To know the perception and attitude towards enuresis from families and caregivers with the aim of establishing a rational therapeutic plan.

Material and methods: A 25-question survey was performed among parents over 18 years old with at least a child between 5 and 13 years old, maintaining national representativeness in terms of residence, social class and age of the children. Data collection was performed in April 2021.

Results: Data from 501 out of 626 sent surveys was obtained, mostly from middle-class families from Andalusia, Catalonia and the Community of Madrid. From all the participants, 47.9% knew about the existence of enuresis, although only 23.8% knew which was the medical term. Only 16.6% and 9.6% remembered that the pediatrician or the nurse, respectively, had referred to the condition at any time. Among the respondents with some knowledge about enuresis, their main information source were close cases (36.6%), media outlets (31.1%) and the pediatrician (27.8%). Parents would be very (35.3%) or somewhat (43.1%) worried in the event of an enuresis case. However, the level of knowledge was higher, and the level of concern was lower among parents with a child with enuresis in comparison to those without a case in their family.

Conclusion: Improving parent knowledge about enuresis and changing their perception towards this condition might be of importance to improve their attention and anticipate its resolution.

© 2023 Published by Elsevier España, S.L.U. on behalf of Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN).

Introducción

La enuresis es la incontinencia urinaria durante el sueño en niños de 5 o más años, estableciéndose su diagnóstico si ocurre más de una vez al mes y con una frecuencia de al menos tres veces durante tres meses¹. Su incidencia disminuye en un 10-15% con cada año, reduciéndose desde el 25% a los 5 años al 10% a los 10 años, al 3,1% a los 11-12 años y al 0,5-1,7% a los 16-17 años^{2,3}. Ocurre con mayor frecuencia en niños que en niñas².

La enuresis se clasifica en primaria o secundaria, siendo la primaria aquella que ocurre de modo ininterrumpido y sin haberse detectado nunca un control nocturno, y la secundaria cuando han transcurrido al menos 6 meses de noches secas⁴. Existe otra clasificación de mayor interés práctico que distingue entre las formas monosintomática o no monosintomática^{5,6}. La primera presenta la incontinencia como síntoma único, mientras que la no monosintomática lleva asociada al menos una manifestación adicional, vinculada al tracto urinario inferior. Entre estos síntomas complementarios se incluyen la incontinencia diurna, la urgencia (deseo de orinar repentino y apremiante), el tenesmo (flujo pobre o vacilación o necesidad de esforzarse), una baja o alta frecuencia diurna (menor de 4 o mayor de 7 veces al día), la disuria y el goteo^{2,7}. En su presencia, se considera un origen multicausal en el

que se incluye el condicionamiento genético, una función anormal de la vejiga durante el periodo de sueño, una mayor producción de orina durante la noche, una capacidad vesical disminuida o a una hiperactividad vesical, una incapacidad de despertarse ante los signos asociados a una vejiga llena; también el estreñimiento o la encopresis, patología obstructiva de la vía aérea superior, retraso madurativo, malformaciones urológicas, y factores psicológicos, ambientales y sociofamiliares^{5,8}. Diferentes trabajos epidemiológicos, ensayos en gemelos y estudios genéticos sugieren que la enuresis es hereditaria, con un riesgo 7 u 11 veces mayor si uno o ambos progenitores, respectivamente, la han padecido¹.

Aunque existen estudios que han investigado el nivel de conocimiento de los padres, su actitud y su motivación ante la enuresis en sus hijos, todos ellos han sido realizados en otros países⁹⁻¹⁴. Por tanto, el objetivo del presente estudio fue recabar información sobre estas cuestiones en la población española.

Material y métodos

Se realizó un estudio descriptivo y transversal a través de encuestas, las cuales consistieron en 25 preguntas en for-

mato semiestructurado, realizado de forma online (tabla suplementaria 1).

El cuestionario fue diseñado por los investigadores, realizándose su distribución en abril de 2021 seleccionando aleatoriamente a padres o madres mayores de 18 años con hijos de entre 5 y 13 años, independientemente de si había un diagnóstico positivo de enuresis. Se consideraron criterios de exclusión el incumplimiento en los términos de edad de los padres e hijos, así como no disponer de referencia sobre la clase social de cada familia encuestada. En base a la población diana, se enviaron un total de 626 encuestas. Este tamaño muestral se consideró adecuado teniendo en cuenta el error muestral ($\pm 4,38\%$), el cual fue calculado considerando el peor escenario de varianza posible ($p = q = 50/50$).

Se intentó buscar la mayor representatividad nacional, para lo cual se tomaron como referencia los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) a junio de 2020 en porcentajes (%) relativos a la comunidad autónoma de residencia y la edad (en rangos de 5-7, 8-10 y 11-13 años). Adicionalmente, entre los parámetros de selección se incluyó la clase social de los encuestados. Para ello se tuvo en cuenta la matriz presentada en el Estudio General de Medios (EGM), que determina los siguientes cinco rangos en función del nivel de estudios y la categoría laboral: clase alta (A), clase media-alta (B), clase media (C), clase media-baja (D) y clase baja (E). No se utilizaron los datos del INE dada su antigüedad (año 2013) y al empleo de un sistema de cálculo modificado, el cual habría alterado el diseño del estudio en cuanto a la complejidad y la duración¹⁵.

Durante el análisis de estos tres parámetros no se cruzaron los datos, es decir, no se consideraron padres de diferentes clases sociales y/o diferentes edades de los niños dentro de cada comunidad autónoma. De este modo, se obtuvo una representatividad nacional de \pm el 5%.

Una vez obtenidos y organizados los datos del fondo consultado, estos fueron organizados en una base de datos Excel® de Windows diseñada a tal fin, siendo sometidos a un análisis estadístico descriptivo de las variables con estimación del porcentaje, realizando la comparación entre grupos mediante una prueba A/B. Este test se utiliza para comparar múltiples versiones de una variable, determinando cuál de ellas es más efectiva. La significación estadística se determinó con el test de Fisher, realizado mediante el software GraphPad con Prism. Para ello utilizamos el paquete estadístico SPSS, versión 17.0, para Windows (Illinois, Chicago, EE.UU.).

Las normas de confidencialidad y respeto en relación a las informaciones obtenidas sobre los prescriptores fueron garantizadas por los investigadores y aceptadas individualmente de forma verbal por cada uno de los participantes, cumpliendo la normativa vigente en España para tal fin (Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales).

Resultados

Características demográficas de la muestra

Se obtuvieron datos de 501 familias (Tabla 1). Mayoritariamente pertenecían a clase social media (47,1%), teniendo

Tabla 1 Características demográficas de la muestra

	n (%)
<i>Género del padre/madre</i>	
Hombre	187 (37,3)
Mujer	314 (62,7)
<i>Edad del padre/madre</i>	
Hasta 35 años	113 (22,6)
36-45 años	234 (46,7)
46-55 años	135 (26,9)
Más de 55 años	19 (3,8)
<i>Clase social</i>	
Alta	56 (11,2)
Media alta	95 (19,0)
Media	236 (47,1)
Media baja	107 (21,4)
Baja	7 (1,4)
<i>Distribución geográfica</i>	
Andalucía	101 (20,2)
Cataluña	79 (15,8)
Comunidad de Madrid	66 (13,2)
Comunitat Valenciana	50 (10,0)
Castilla y León	37 (7,4)
Galicia	29 (5,8)
Castilla-La Mancha	26 (5,2)
País Vasco	23 (4,6)
Principado de Asturias	21 (4,2)
Extremadura	17 (3,4)
Aragón	15 (3,0)
Región de Murcia	13 (2,6)
Illes Balears	12 (2,4)
Comunidad Foral de Navarra	5 (1,0)
Canarias	3 (0,6)
Cantabria	2 (0,4)
La Rioja	2 (0,4)
<i>Número de hijos</i>	
1	150 (29,9)
2	302 (60,3)
3	43 (8,6)
4	5 (1,0)
5	1 (0,2)
<i>Edad de los menores</i>	
5-7 años	185 (27,9)
8-10 años	207 (31,3)
11-13 años	270 (40,8)
<i>Sexo</i>	
Hombre	475 (52,3)
Mujer	433 (47,7)
<i>Incidencia de la enuresis</i>	
Padres de hijos con enuresis actual	35 (7,0)
Padres de hijos con enuresis actual y pasada	4 (0,8)
Padres de hijos con enuresis pasada	49 (9,8)
Padres sin hijos con enuresis	413 (82,4)

Tabla 2 Conocimiento de la enuresis

	Padres de hijos sin enuresis, n (%)	Padres de hijos con enuresis, n (%)	Significación estadística	Total, n (%)
<i>Conocimiento de algún hijo mayor de 5 años que haya orinado espontáneamente durante la noche</i>				
Sí	48 (11,6)	74 (84,1)	p < 0,05	122 (24,4)
No	365 (88,4)	14 (15,9)		379 (75,6)
<i>Conocimiento de una enfermedad entre menores de 5-13 años que consiste en la emisión repetida de orina de manera involuntaria durante la noche</i>				
Sí	181 (43,8)	59 (67,0)	p < 0,05	240 (47,9)
No	232 (56,2)	29 (33,0)		261 (52,1)
<i>Nombre de la enfermedad dado por los participantes</i>				
Cistitis	2 (1,1)	1 (1,7)	ns	3 (1,3)
Diuresis	1 (0,6)	0 (0,0)	ns	1 (0,4)
Enuresis	84 (46,4)	35 (59,3)	p < 0,05	119 (49,6)
Incontinencia	8 (4,4)	5 (8,5)	ns	13 (5,4)
Nicturia	5 (2,8)	0 (0,0)	ns	5 (2,1)
Retraso madurativo	0 (0,0)	1 (1,7)	ns	1 (0,4)
No recuerda/No sabe	81 (44,7)	17 (28,8)	ns	98 (40,8)

ns: no significativo.

su residencia predominantemente en Andalucía (20,2%), Cataluña (15,8%) y la Comunidad de Madrid (13,2%). El cuestionario fue respondido por el padre o la madre en el 37,3% y el 62,7% de los casos, respectivamente, con una edad comprendida entre los 36 y 45 años en el 46,7%. En su mayor parte, el núcleo familiar lo componían dos hijos (60,3%), con una edad media de 9,6 años, y siendo un 52,3% varones y un 47,7% mujeres. El 17,6% de los participantes indicaron que tenían hijos que actualmente padecían o que previamente habían sido diagnosticados de enuresis. En familias con hijos que padecían o habían padecido enuresis y en aquellas con menores con la patología ya superada, esta condición desapareció a una edad media de $6,5 \pm 1,7$ años y $7,2 \pm 1,6$ años respectivamente (tabla 1).

Conocimiento de la enuresis

En general, el 24,4% de los encuestados tenían conocimiento de algún episodio de escapes involuntarios de orina en niños de su entorno mayores de 5 años. El 47,9% de los participantes conocían la existencia de un trastorno que consiste en la emisión repetida de orina de manera involuntaria durante la noche. Ambos porcentajes fueron mayores en familias con casos de enuresis, con un 84,1% y un 67,0%, respectivamente. En ambos casos se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre los padres de hijos con y sin enuresis ($p < 0,05$). Adicionalmente, el 49,8% de los que conocen la existencia de la patología sabían su nombre (23,8% del total de encuestados), apreciándose diferencias entre los que tenían casos en la familia (59,3% [39,7% del total]) y los que no (46,4% [20,3% del total], $p < 0,05$; tabla 2).

Respecto a la palabra enuresis, la mayor parte de los participantes indicaron que nunca habían oído dicho término previamente (33,9%), seguido de cerca por aquellos que tenían alguna noción (28,1%) y los que habían oído hablar alguna vez sobre ella (26,3%). En las familias sin casos los porcentajes se inclinaron hacia una mayoría de encuestados

que no conocían la patología (37,0%). En cambio, en las familias con casos existía mayor proporción de los que tenían alguna noción de ella (37,5%) y los que la conocían en detalle (22,7%). De entre todos los participantes que conocían en algún grado la enuresis, el 36,6% indicaron que su conocimiento provenía de casos positivos de su entorno, el 31,1% de los medios de comunicación y el 27,8% del pediatra. En cuanto a los padres sin casos en la familia, la fuente de conocimiento mayoritaria seguía siendo la de los casos cercanos (39,2%), mientras que en las familias con casos de enuresis esta provenía principalmente del pediatra (54,9%). Por último, en el conjunto de los encuestados se indicó mayoritariamente que ni el facultativo (39,9%) ni enfermería (44,5%) había mencionado la enfermedad durante las visitas. Únicamente el 16,6% afirmaron categóricamente haber oído al pediatra hablar sobre la enuresis, porcentaje que se redujo al 9,6% en el caso de los/as enfermeros/as. Sin embargo, en el grupo de familias con enuresis se obtuvieron mayores porcentajes de alusión, tanto por parte de los médicos (40,9%) como de las/os enfermeros/as (20,5%) en comparación con las familias sin casos (11,4% y 7,3%, respectivamente; fig. 1).

En conjunto, los encuestados se preocuparían mucho (35,3%) o bastante (43,1%) ante un caso de enuresis. La tendencia en padres con hijos sin la patología se inclinó hacia una mayor preocupación, con el 37,8% preocupándose mucho y el 42,6% bastante. En cambio, los padres con casos de enuresis indicaron mayoritariamente que se inquietarían bastante (45,5%) o poco (28,4%; fig. 1).

Experiencia de padres con hijos con enuresis

Los padres con hijos con enuresis indicaron que el pediatra (68,2%) era su principal fuente de información, seguido de internet (35,2%) y las amistades y otras relaciones personales (26,1%; fig. 2). El análisis estadístico indicó la presencia de diferencias significativas entre todas las opciones respecto a la opción del pediatra como principal fuente de

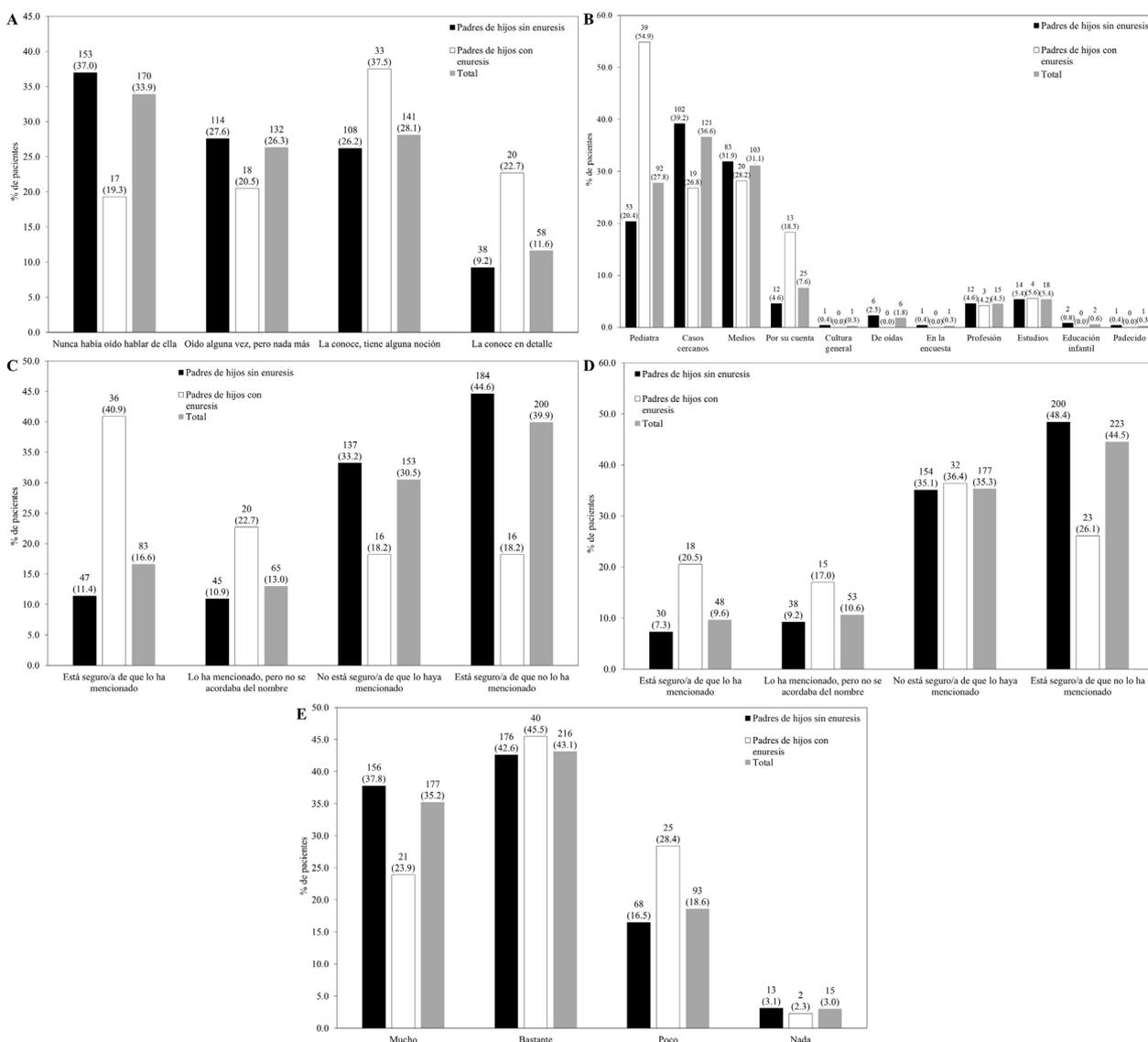


Figura 1 Grado de conocimiento (A) y fuente de información principal de la enuresis (B), involucración del pediatra (C) y del enfermero/a pediátrico/a (D), y grado de preocupación frente a un caso de enuresis (E). Los valores representan el número de encuestados y el porcentaje sobre la muestra del grupo entre paréntesis.

información ($p < 0,05$). La actitud inicial de los padres ante un caso de enuresis fue mayoritariamente consultarle con el pediatra (68,2%), seguido de restarle importancia manteniendo los pañales (35,2%). El test A/B indicó que había diferencias estadísticamente significativas entre la opción de consultarlo con el pediatra y el resto ($p < 0,05$; [fig. 2](#)). El 38,6% indicaron que había antecedentes de enuresis en la familia. Al preguntar sobre el familiar que lo había padecido antes, las respuestas se dividieron proporcionalmente entre el padre (38,2%), los primos/as (35,3%), la madre (29,4%) y los hermanos/as (23,5%; [tabla suplementaria 2](#)). El análisis estadístico indicó que no había diferencias significativas entre la opción del padre y el resto de las respuestas posibles. El 95,5% de los participantes consultaron el caso con su pediatra, el cual indicó principalmente (56,8%) que se trataba de algo normal dado que cada niño tiene su proceso de maduración. Esta opción mostró diferencias

estadísticamente significativas con el resto de las respuestas en el test A/B ($p < 0,05$). En cuanto al tratamiento, el 50,0% recibieron pautas para el día a día, mientras que al 25,0% no se les indicó nada. La prescripción de un tratamiento farmacológico (15,5%) o un sistema de alarma (13,1%), así como la derivación del paciente al psicólogo (9,5%) o a otros especialistas (7,1%), fueron opciones más minoritarias ([fig. 2](#)).

Por último, los participantes no estuvieron de acuerdo con afirmaciones tales como que no hablaban de la enuresis porque el pediatra no preguntaba (51,1%), que el problema les afectaba en lo personal, social y/o económico (53,4%), que sentían vergüenza y que no hablaban del tema con su hijo para que no sufriera (53,4%), y que había planes que no podían llevar a cabo debido a esta patología (54,5%). Sin embargo, las opiniones fueron más diversas frente a que el entorno conociera su problema para que su hijo no fuera objeto de burlas ([fig. 3](#)).

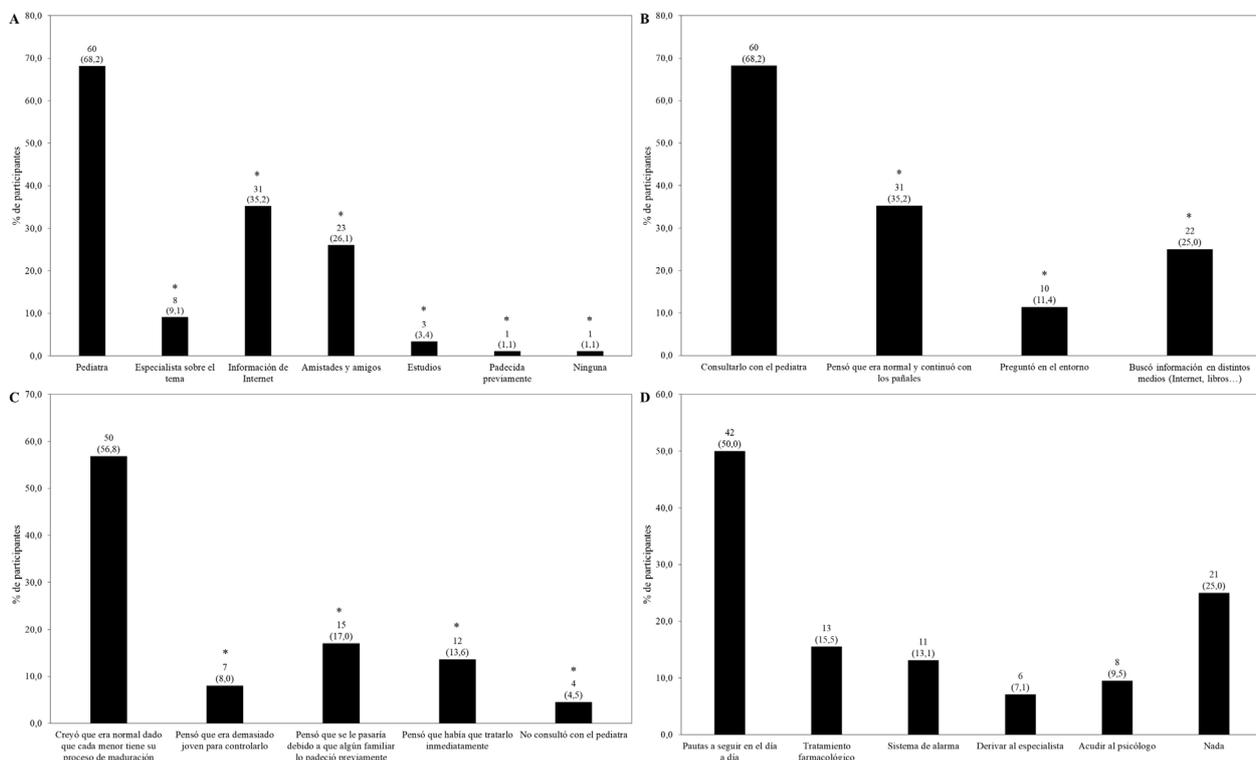


Figura 2 Principal fuente de información de los padres sobre la enuresis (A), la actitud inicial de los padres (B) y del pediatra (C), e indicaciones iniciales del pediatra en el tratamiento de la condición (D). Los valores representan el número de encuestados y el porcentaje sobre la muestra del grupo entre paréntesis. El asterisco (*) indica una significación estadística ($p < 0,05$) frente a la primera de las opciones en el test A/B.

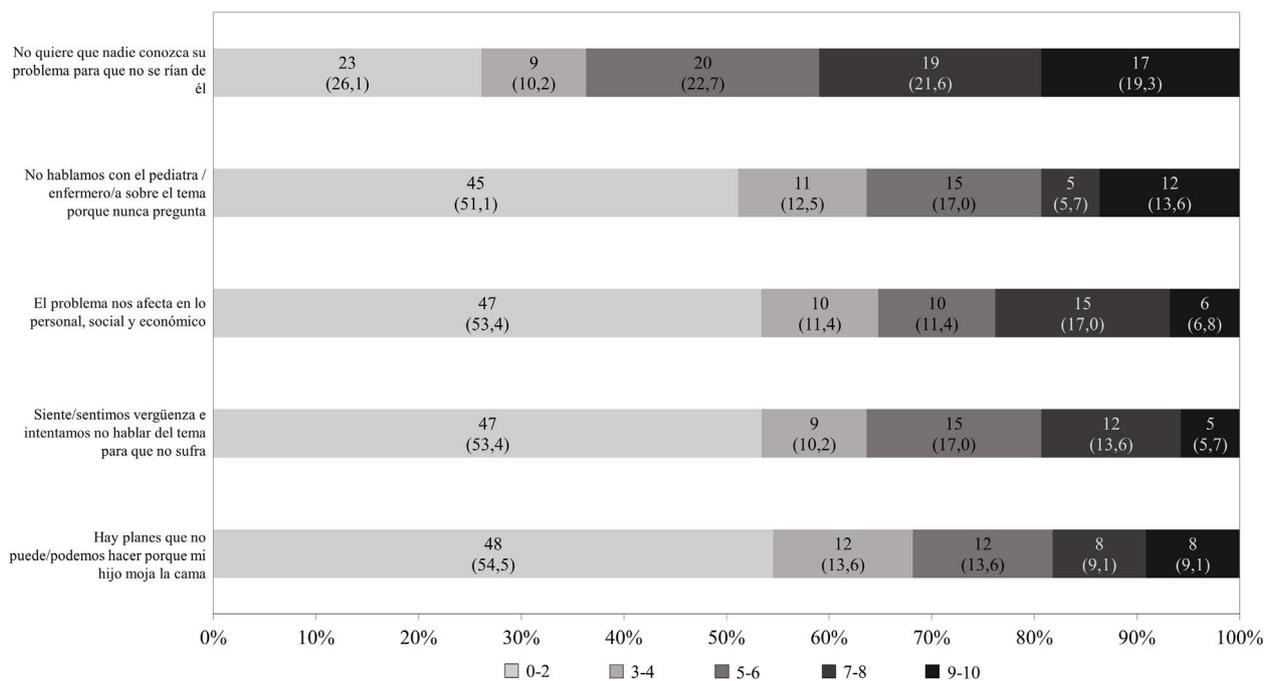


Figura 3 Grado de aprobación respecto a afirmaciones sobre la enuresis en padres con hijos con la patología. Los valores representan el número de encuestados y el porcentaje sobre la muestra del grupo entre paréntesis. El rango varía desde «no estoy nada de acuerdo» (0-2) hasta «estoy completamente de acuerdo» (9-10).

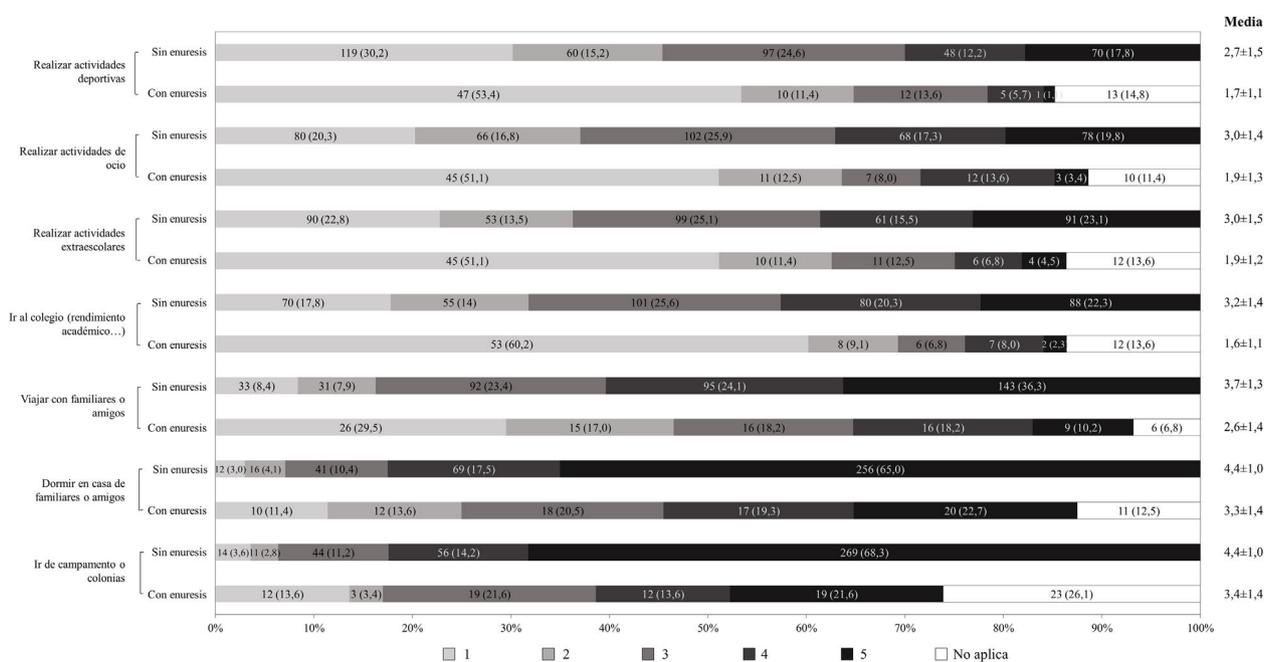


Figura 4 Percepción del impacto real e hipotético de los padres con hijos con o sin enuresis, respectivamente, en la calidad de vida de los menores.

Los valores representan el número de encuestados y el porcentaje sobre la muestra del subgrupo entre paréntesis. El rango varía desde «cree que no le afectaría nada» (1) hasta «cree que le afectaría mucho» (5). Los valores medios se representan junto con la desviación estándar.

Percepción del impacto de la enuresis en la calidad de vida de los hijos

Los padres cuyos hijos no padecen enuresis refieren que esta puede tener un impacto mayor en comparación con el impacto real reportado por los participantes con hijos que sufrían o habían sufrido esta condición. Las medias obtenidas en el primer grupo fueron mayores en comparación con el segundo para todos los apartados (fig. 4). Los participantes con hijos sin enuresis opinaron que esta afectaría principalmente a su hijo en caso de irse de campamento o de colonias (68,3%), dormir en casa de amigos o familiares (65,0%) y viajar junto a la familia y/o amigos (36,3%). Sin embargo, los padres con niños con enuresis indicaron que la patología no afectó en nada a la asistencia al colegio (60,2%), a hacer deporte (53,4%) y a las actividades extraescolares (51,1%) y de ocio (51,1%). En cambio, la mayor parte de los encuestados señalaron que actividades como ir a dormir a casa de familiares y/o amigos (22,7%) y de campamento o colonias (21,6%) se vieron seriamente afectadas.

Discusión

La enuresis se caracteriza por la incontinencia urinaria durante el sueño en niños mayores de cinco años, siempre y cuando esta ocurra más de una vez al mes y durante al menos tres veces a lo largo de tres meses¹. Estudios previos han indicado que la calidad de vida de los menores afectados por enuresis se ve seriamente afectada, causando a su vez un aumento del estrés familiar¹⁶. Debido a las consecuencias que esta condición acarrea, así como la importancia de

la implicación del pediatra y de la familia en el tratamiento de la enuresis, es necesario comprender el punto de vista de las familias sobre esta situación. Por tanto, el objetivo de este estudio fue recabar información sobre la percepción que tienen las familias sobre la enuresis.

Las familias perciben que la calidad de vida de los menores se ve afectada por la enuresis, tal y como se refleja en los datos obtenidos tanto en este estudio como en otros realizados. En una encuesta a pediatras en el año 2020 para valorar su percepción sobre la enuresis, se evidenció que el 99,3% de los pediatras españoles considera que la enuresis repercute en la vida diaria de los niños afectados, con un 70,2% indicando que afecta principalmente en la esfera emocional. Adicionalmente, un 46% afirmaron que influye bastante en el rendimiento escolar de los menores, siendo considerado como un factor determinante muy importante para un 14,9% de los pediatras¹⁷. Sin embargo, en nuestro estudio el grado de preocupación es mayor en los cuidadores sin casos en la familia. Respecto a las dos actividades que más se verían afectadas, se indicó que ir de campamento o de colonias les afectaría mucho. Esa diferencia se mantiene respecto a dormir en casa de amigos o familiares. En un sondeo realizado a escala nacional en Estados Unidos, el 38% indicaron que evitarían que su hijo pasara la noche en casa de familiares o de amigos¹⁰.

A pesar de que existen dudas entre las familias sobre cómo resolver la enuresis, actualmente existen tratamientos eficaces que pueden curar esta condición. Recientemente, el Grupo de Trabajo Ibérico de Enuresis (OBGETIBE) ha recomendado que los pediatras deben valorar la actitud del propio paciente y de los familiares hacia la enuresis, a la vez que se realiza de forma paralela una

historia clínica orientada¹⁷. Dado que la eliminación de esa patología requiere un gran compromiso y voluntad por parte de familiares y pediatras, resulta de gran utilidad evaluar las diferentes actitudes y puntos de vista que existen respecto a la enuresis. De este modo, se pueden predecir el compromiso y el cumplimiento del tratamiento por parte de todos los actores involucrados en este proceso^{17,18}.

Los datos recabados en esta encuesta indicaron que el grado de conocimiento de la enfermedad era generalmente bajo, incluso en familias con casos de enuresis. En cuanto a la incidencia de la patología, el 24,4% de los participantes tenían conocimiento sobre algún caso en su entorno. Este dato es inferior al reportado por una encuesta estadounidense, en la que el 50% indicaron conocer algún caso en ocasiones por los mismos encuestados (7%), por uno de sus hijos (18%), por otros miembros de la familia (21%), y la gran mayoría por un amigo de la familia (27%)¹⁰. En una encuesta realizada entre niños asturianos se indicó que el 5,5% de ellos se orinaban en la cama. En su mayor parte eran del sexo masculino, siendo la enuresis principalmente de tipo primario (81,2%) y no monosintomática (68,7%)¹⁹. Los datos coinciden con los descritos en la literatura, en los que se establece que la prevalencia de esta condición es entre 1,5 y 2 veces superior entre los varones, independientemente de los criterios utilizados para el diagnóstico. La mayor prevalencia de la enuresis en varones se ha observado durante la infancia y la adolescencia. Sin embargo, esta desigualdad muestra una tendencia descendente a partir de los 8-10 años, llegando a desaparecer entre los enuréticos adultos^{20,21}.

El compromiso del personal de pediatría y enfermería pediátrica en fomentar el conocimiento sobre la enuresis entre los padres es crucial, sobre todo en los padres con casos de enuresis entre los miembros de su familia, en los que el 68,2% indicaron que el pediatra era su principal fuente de información. Un estudio realizado en países europeos indicó que el 26% del personal sanitario preguntó sobre síntomas relacionados con la enuresis al acudir a la consulta por otros problemas médicos¹⁴. Este valor es superior a los valores obtenidos en nuestro sondeo para la población en su conjunto, donde el 16,6% y el 9,6% indicaron una total seguridad de haberlo oído mencionar a los pediatras y a los enfermeros/as, respectivamente. En cuanto al porcentaje de encuestados que dijo estar seguro de no haber oído hablar antes de la enuresis, este es menor que el reportado en el estudio de Dunlop¹⁰. En él, el 68% de los participantes indicaron que el pediatra o médico de cabecera nunca había mencionado la enuresis, en comparación con el 39,9% para los pediatras y el 44,5% para los/as enfermeros/as obtenido en esta encuesta. El desconocimiento por parte de la población y el hecho de que no se nombre la enuresis en las consultas pediátricas puede deberse a una falta de interés por parte de los pediatras en lo relativo a esta enfermedad. En una encuesta reciente, el 41,8% de los pediatras españoles indicaron que les preocupaba poco o nada la enuresis, a pesar de que el 55,1% de ellos expresaron que esta condición es motivo de consulta frecuente entre los padres¹⁷. La baja preocupación por este trastorno por parte de los pediatras, reflejada en estos datos, hace de la enuresis un problema infradiagnosticado e infratratado²². Esto repercute en los niños que sufren esta condición,

los cuales afrontan consecuencias severas de una causa tratable.

Ante la sospecha de un caso de enuresis se debería acudir al pediatra, ya que es el especialista indicado para proveer al menor de medidas terapéuticas individualizadas, ofreciendo a cada paciente la opción que mejor se adapte a su cuadro clínico. Según los datos obtenidos en nuestra encuesta, la mayor parte de los participantes indicaron que su primera opción fue acudir al pediatra (68,2%). Datos similares se obtuvieron en una encuesta realizada en Sudáfrica, en la que el 61,3% de los participantes indicaron que tenían predisposición a buscar un tratamiento para la patología, aunque únicamente si la enuresis no remitía espontáneamente¹¹. Sin embargo, otros estudios han demostrado datos inferiores, como el de California, donde el 55% estaban dispuestos a llevarlo al médico. El resto de los participantes no consideraron acudir al especialista debido a que opinaban que el problema desaparecería con la madurez (47%), a no tener conocimiento de la existencia de tratamientos (33%) o a no considerarlo un problema de salud importante (34%)¹². Aunque su prevalencia decrece con la edad y tiende hacia una resolución espontánea, diversos estudios indican que la enuresis puede afectar del 2 al 6% de los adultos, etiquetándola en muchas ocasiones como un problema o trastorno menor y evitando que se le prestara la atención necesaria^{23,24}. No obstante, no existe la conciencia de que esta condición puede llegar a ser un problema de salud importante tanto en niños como en adolescentes, siendo su importancia mucho mayor que la percibida por los pediatras. En comparación, un sondeo a nivel nacional en Estados Unidos indicó que, aunque el 82% de los encuestados tenían interés en discutir la situación con el médico, si hubiera algún caso hipotético de enuresis en su familia, únicamente el 56% tomarían la iniciativa de contactar con él¹⁰. Mayor disparidad de opiniones se observó en un sondeo inglés, donde el 59% consideraron que la enuresis formaba parte del proceso de maduración y el 99% intentaron buscar ayuda adicional antes de contactar con el pediatra. En la mayor parte de los casos indicaron que acudieron al médico de cabecera (60%) o a enfermería escolar (21%). En estos casos, el 72% de los padres opinaron que el personal sanitario tenía un buen nivel de conocimiento de la enuresis, mientras que la percepción del 21% de los encuestados indicó lo contrario⁹.

A pesar de que los estudios indican que las alteraciones psicológicas relacionadas con la enuresis normalmente se resuelven con un tratamiento adecuado¹⁶, la actitud inicial del pediatra fue mayoritariamente normalizarlo (56,8%), afirmando que con la madurez esta desaparecería. Así mismo, el uso de alarmas, el entrenamiento de vejiga y las terapias conductuales o modificaciones del estilo de vida para mejorar la autoconciencia del paciente han demostrado una alta eficacia²⁵. Por último, para las frecuencias altas de micción o volúmenes bajos de la vejiga (<65% de la capacidad estimada) se recomienda principalmente la prescripción de análogos de la arginina vasopresina, como la desmopresina, y ante determinadas características clínicas, algún fármaco de la familia de los anticolinérgicos, tales como propiverina, cloruro de trospio, solifenacina y tolterodina^{1,6}. Respecto al tratamiento de elección, existe una gran disparidad en los datos reportados en la literatura. En el estudio inglés, el 28% indicaron que desaparecería con

la madurez, mientras que el 20% y el 21% establecieron un protocolo de vaciado de vejiga y de limitación de fluidos antes de acostarse, respectivamente. Únicamente el 8% consideraron derivar al paciente al especialista⁹. En Sudáfrica el 28,3% recibían algún tipo de terapia, siendo esta principalmente pautas de limitación de líquidos (65,9%), tratamiento farmacológico (47,8%) y de despertar al menor durante la noche para llevarlo al cuarto de baño (44,2%). Una opción más minoritaria fue la prescripción de alarmas (3,6%)¹¹. Por último, en Corea los médicos recetaron fármacos para tratar la enuresis en el 61% de los casos, mientras que en el 6,9% de ellos se recomendó la alarma. Estos datos diferían de las preferencias de los propios cuidadores, dado que el 31,4% indicaron que preferían seguir las recomendaciones del facultativo, el 27,1% la terapia farmacológica, el 18,6% la mera observación y el 18,6% el tratamiento conductual¹³. Desde el punto de vista de los especialistas, el 77,8% de los pediatras españoles promueven inicialmente la realización de un diario miccional. En cuanto a los tratamientos, únicamente el 12,6% y el 10,7% prescriben desmopresina o alarma, respectivamente, a pesar de que el 71,9% han considerado en algún momento la terapia combinada entre ambas opciones¹⁷. Por tanto, a pesar de la eficacia demostrada por los diferentes tratamientos farmacológicos o por la prescripción de alarmas, estos no se prescriben habitualmente de forma general.

Por último, el 63,6% de los encuestados indicaron estar en algún grado de acuerdo con el hecho de esconder la enuresis para que su hijo no sea blanco de burlas (el 22,7% con un acuerdo de 5-6, el 21,6% de 7-8 y el 19,3% de 9-10). Estos datos son parecidos a los obtenidos en la encuesta estadounidense, en la que el 64% de los participantes expresaron incomodidad ante el hecho de que amigos de la familia sepan de la patología¹⁰. Entre las debilidades del estudio se puede mencionar el sesgo que se encuentra implícito en la propia metodología del estudio. Dado que los datos expuestos se han extraído de una encuesta voluntaria, únicamente se ha podido obtener la opinión de aquellas personas interesadas en el tema de la enuresis. Así mismo, no se realizó un estudio piloto previa a la recogida de datos. Sin embargo, entre las fortalezas se encuentra el hecho de que sea el primer estudio de este tipo llevado a cabo en España, erigiéndose como punto diferenciador frente a encuestas parecidas realizadas en otros países.

Conclusiones

Aunque la enuresis afecta a una gran cantidad de niños y puede extenderse a la adolescencia y a la edad adulta, hay numerosos estudios que prueban su resolución tras una correcta intervención. Para ello es importante que las familias tengan conocimiento de que existen diferentes aproximaciones para su tratamiento, siendo los pediatras los responsables de su prescripción. Por tanto, lograr una mayor sensibilización hacia la enuresis y sus complicaciones y lograr su participación en la educación sobre este problema es parte imprescindible de cualquier plan de mejora asistencial. La mayor sensibilización de familias y profesionales traería beneficios a los menores, poniendo solución a la frustración, a la inseguridad y a la disminución de la calidad de vida que acompañan a esta condición.

Consideraciones éticas

Las normas de confidencialidad y respeto en relación con las informaciones obtenidas sobre los prescriptores fueron garantizadas por los investigadores y aceptadas individualmente de forma verbal por cada uno de los participantes, cumpliendo la normativa vigente en España para tal fin (Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales).

Financiación

El presente artículo ha recibido financiación por parte de la compañía Ferring Pharmaceuticals S.A.U.

Autoría

Todos los autores han participado en el diseño del estudio y la recogida de datos, así como en la revisión y en el análisis crítico del manuscrito.

Conflicto de intereses

El trabajo ha sido realizado sin que hubiese conflicto de intereses.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.semerg.2023.101930](https://doi.org/10.1016/j.semerg.2023.101930).

Bibliografía

- Haid B, Tekgül S. Primary and secondary enuresis: Pathophysiology, diagnosis, and treatment. *Eur Urol Focus*. 2017;3:198–206, <http://dx.doi.org/10.1016/j.euf.2017.08.010>.
- Walker RA. Nocturnal enuresis. *Prim Care*. 2019;46:243–8, <http://dx.doi.org/10.1016/j.pop.2019.02.005>.
- Kuwertz-Bröking E, von Gontard A. Clinical management of nocturnal enuresis. *Pediatr Nephrol*. 2018;33:1145–54, <http://dx.doi.org/10.1007/s00467-017-3778-1>.
- Nevés T, Fonseca E, Franco I, Kawachi A, Kovacevic L, Nieuwhof-Leppink A, et al. Management and treatment of nocturnal enuresis — an updated standardization document from the International Children's Continence Society. *J Pediatr Urol*. 2020;16:10–9, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpuro.2019.12.020>.
- Taborga Diaz E, García Nieto VM. Manejo y diagnóstico terapéutico de la enuresis infantil, 2014 [consultado 9 Jun 2022]. Disponible en: <https://www.sepeap.org/wp-content/uploads/2014/09/ENURESIS-INFANTIL.pdf>.
- Batista-Miranda JE, Granda-Contijoch M, Rodríguez-Monforte M. Incontinencia urinaria: pistas para un mejor enfoque. *Semerger*. 2005;31:471–7, [http://dx.doi.org/10.1016/S1138-3593\(05\)72972-5](http://dx.doi.org/10.1016/S1138-3593(05)72972-5).
- Nevés T. Pathogenesis of enuresis: Towards a new understanding. *Int J Urol*. 2017;24:174–82, <http://dx.doi.org/10.1111/iju.13310>.
- Neveus T, Eggert P, Evans J, Macedo A, Rittig S, Tekgül S, et al. Evaluation of and treatment for monosymptomatic

- enuresis: A standardization document from the International Children's Continence Society. *J Urol.* 2010;183:441-7, <http://dx.doi.org/10.1016/j.juro.2009.10.043>.
9. Cox E, Croghan E. Enuresis services: Carers' knowledge and attitudes. *Br J Community Nurs.* 2001;6:238-44, <http://dx.doi.org/10.12968/bjcn.2001.6.5.7084>.
 10. Dunlop A. Meeting the needs of parents and pediatric patients: Results of a survey on primary nocturnal enuresis. *Clin Pediatr (Phila).* 2005;44:297-303, <http://dx.doi.org/10.1177/000992280504400403>.
 11. Fockema MW, Candy GP, Kruger D, Haffjee M. Enuresis in South African children: Prevalence, associated factors and parental perception of treatment. *BJU Int.* 2012;110 Pt C:E1114-20, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1464-410X.2012.11416.x>.
 12. Schlomer B, Rodriguez E, Weiss D, Copp H. Parental beliefs about nocturnal enuresis causes, treatments, and the need to seek professional medical care. *J Pediatr Urol.* 2013;9 Pt B:1043-8, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpuro.2013.02.013>.
 13. Ju HT, Kang JH, Lee SD, Oh MM, Moon du G, Kim SO, et al. Parent and physician perspectives on the treatment of primary nocturnal enuresis in Korea. *Korean J Urol.* 2013;54:127-34, <http://dx.doi.org/10.4111/kju.2013.54.2.127>.
 14. Maternik M. Understanding of and misconceptions around monosymptomatic nocturnal enuresis: Findings from patient and physician surveys. *J Pediatr Urol.* 2019;15:37.e1-8, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpuro.2018.09.013>.
 15. Asociación para la Investigación de Medio de Comunicación. Nuevo sistema de clasificación socioeconómica en el EGM, 2018 [consultado 9 Jun 2022]. Disponible en: https://www.aimc.es/a1mcc0nt3nt/uploads/2018/05/info_clas_socioeconomica.pdf.
 16. Van Herzeele C, Dhondt K, Roels SP, Raes A, Hoebeke P, Groen LA, et al. Desmopressin (melt) therapy in children with monosymptomatic nocturnal enuresis and nocturnal polyuria results in improved neuropsychological functioning and sleep. *Pediatr Nephrol.* 2016;31:1477-84, <http://dx.doi.org/10.1007/s00467-016-3351-3>.
 17. Martínez V, Lostal MI, Sastre MJ, Sánchez A, Quintero J, Ferreira C, et al. Enuresis nocturna: una propuesta para optimizar su manejo (parte I y II). *Acta Pediatr Esp.* 2021;78 Supl. 1:33-8, file:///C:/Users/Usuario/Downloads/33_ORIGINAL_ENURESIS_NOCTURNA.pdf.
 18. Tai TT, Tai BT, Chang YJ, Huang KH. Parental perception and factors associated with treatment strategies for primary nocturnal enuresis. *J Pediatr Urol.* 2017;13:272.e1-8, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpuro.2016.12.025>.
 19. Taborga Díaz E, Martínez Suárez V, Alcántara-Canabal L, Suárez Castañón C, Cebrían Muñíos C. Valoración de los criterios diagnósticos de la enuresis nocturna. *An Pediatr.* 2021;95:101-7, <http://dx.doi.org/10.1016/j.anpede.2020.08.005>.
 20. Úbeda Sansano MI, Martínez García R, Díez Domingo J. Enuresis. *Form Act Pediatr Aten Prim.* 2011;4:226-36.
 21. Kiddoo DA. Nocturnal enuresis. *CMAJ.* 2012;184:908-11, <http://dx.doi.org/10.1503/cmaj.111652>.
 22. Miskulin M, Miskulin I, Mujkic A, Dumic A, Puntaric D, Buljan V, et al. Enuresis in school children from eastern Croatia. *Turk J Pediatr.* 2010;52:393-9. PMID: 21043385.
 23. Yeung CK, Sihoe JD, Sit FK, Bower W, Sreedhar B, Lau J. Characteristics of primary nocturnal enuresis in adults: An epidemiological study. *BJU Int.* 2004;93:341-5, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1464-410x.2003.04612.x>.
 24. Katz EG, MacLachlan LS. Nocturnal enuresis in the adult. *Curr Urol Rep.* 2020;21:31, <http://dx.doi.org/10.1007/s11934-020-00983-2>.
 25. Alcántara-Montero A, Medina-Polo J, Matsuki-Martín de Prado MT, Julián-García B. Aproximación diagnóstica y terapéutica de la nocturia en atención primaria. *Semergen.* 2020;46:487-96, <http://dx.doi.org/10.1016/j.semarg.2020.03.002>.