

Enuresis y la cuarentena en el contexto de la Pandemia de covid-19 en Argentina

Enuresis and quarantine in the context of the covid-19 Pandemic in Argentina

Prof. Dr. Sebastián G. Tobia Gonzalez ^(1,2)

(1) Servicio de Urología. HIAREP “Sor María Ludovica”. La Plata.

(2) Cátedra de Urología, Facultad de Cs. Médicas – UNLP

INTRODUCCIÓN

El término médico “enuresis” proviene del latín científico enuresis, y denomina la circunstancia de aquella persona que no es capaz de controlar voluntariamente la emisión de orina durante la noche. Muchas veces, a esta situación también se la denomina “micción involuntaria”.^{1,2} La pandemia de COVID-19 y la cuarentena implementada en Argentina han modificado las costumbres de las familias en general, y de los niños y adolescentes en particular.

El objetivo del presente artículo es presentar la problemática de la enuresis y el impacto de la pandemia COVID-19 sobre esta problemática. También, algunas sugerencias para su manejo en el contexto actual argentino.

¿QUÉ ES LA ENURESIS?

Es esencial definir los tipos de hábitos evacuatorios y la presencia de síntomas concomitantes diurnos para discriminar la enuresis no monosintomática de la enuresis monosintomática. La enuresis nocturna o enuresis monosintomática (EM) es la micción involuntaria que ocurre, generalmente, por la noche, durante las horas del sueño, en niños mayores de 5-6 años, luego de la edad en que debería ser capaz de controlar, en forma voluntaria, la vejiga.^{1,2}

El término EM primaria hace referencia a todo niño mayor de 5 años que presenta solamente incontinencia de orina intermitente o micción/es involuntaria/s durante el sueño y que no ha logrado permanecer seco por 6 meses consecutivos, y que no se acompaña de otro síntoma urinario. Se aplica la denominación de EM secundaria a los niños mayo-

res de 5 años que han tenido períodos secos previos de más de 6 meses.²

La mayoría de nosotros pensamos que mojar la cama es algo que les ocurre a los niños pequeños, cuando en realidad afecta a alrededor del 15-20% de los niños mayores de 5 años y al 2 % de los adultos jóvenes. Sin embargo, este problema puede afectar a 1-2 de cada 100 adolescentes.³

Tradicionalmente, se reconocen tres mecanismos fisiopatológicos que están involucrados en el desarrollo de la EM: poliuria nocturna, trastornos funcionales vesicales e incremento del umbral de excitación al despertar. Aunque la poliuria nocturna es común en los niños con EM, no todos los pacientes que la presentan, tienen deficiencia de la hormona antidiurética/arginina-vasopresina.⁴

Las alteraciones en el ritmo circadiano intrínseco renal también parecen desempeñar un papel fisiopatológico de la enuresis, particularmente en los niños con poliuria nocturna resistente a la desmopresina. Hipotéticamente, estas alteraciones podrían causar un aumento de la presión arterial nocturna por alteraciones en el sistema nervioso autónomo con la posterior supresión de la vasopresina y las hormonas reguladoras del sodio, así como un aumento de filtrado renal glomerular, lo que resulta en un incremento de la excreción renal de solutos y agua.⁵⁻⁷

Dado que hasta el momento actual no se ha podido detectar como únicos responsables directos de la EM la poliuria nocturna y los trastornos funcionales vesicales, se ha puesto la atención en los mecanismos y trastornos del sueño como posibles responsables adicionales. Los niños enuréticos presentan una fuerte asociación con las alteraciones del sueño, como trastornos respiratorios del sueño y parasomnias.⁸⁻¹⁰

La enuresis es una condición frecuente que, si bien es transitoria y de resolución espontánea, puede ser muy molesta para la vida familiar y perjudicial para la esfera social del niño.

Es esencial definir los tipos de hábitos evacuatorios y la presencia de síntomas concomitantes diurnos para discriminar la enuresis no monosintomática de la enuresis monosintomática.

Las condiciones de comorbilidad pueden ser la causa de resistencia a la terapia inicial de la EM y, entre las más importantes, se deben identificar la constipación y los desórdenes del comportamiento y del sueño.⁸⁻¹⁰

Se ha demostrado que las conductas generales iniciales son efectivas, como adyuvantes a las terapias con opciones de primera línea, las alarmas y la desmopresina.¹⁰ En los niños enuréticos refractarios a la primera línea terapéutica, es necesario reevaluar la presencia de sintomatología diurna y comorbilidades, lo que da lugar al urólogo o al nefrólogo para profundizar el abordaje en el segundo y en el tercer nivel de atención.⁸⁻¹⁰

ENURESIS EN ARGENTINA Y PANDEMIA DE COVID-19

En Argentina, se realizó una encuesta sobre la prevalencia de la EM en la que se interrogó a padres de niños que visitaron distintos hospitales de Capital Federal por condiciones no urológicas. Se encuestaron 3952 padres de niños mayores de 5 años de edad (media de 9 años).

Se pudo extraer, de los datos registrados, que el 8,14 % (n: 322) de los encuestados mojaba la cama a una edad media de 5,5 años, y el 3,7% (n: 147) presentaba enuresis secundaria. De esta población que mojaba la cama, solo el 21,7% (n: 70) había recibido alguna intervención por enuresis.² Esta región geográfica del país, sumado al llamado conurbano bonaerense (AMBA), que involucra a 40 municipios, contaba con 14.839.026 habitantes según el Censo 2010. Es la que tiene la mayor concentración urbana de la Argentina, la segunda más grande de Sudamérica (detrás de San Pablo, Brasil), la tercera de Latinoamérica (detrás de México, D.F. y San Pablo), la quinta de América y la vigésima aglomeración a nivel mundial.¹¹

La pandemia generada por el COVID-19 es una situación inusual y desconocida, de carácter incierto y que genera estrés en toda la población. El miedo y la ansiedad por una enfermedad desconocida y con alta tasa de contagio pueden ser abrumadores y causar emociones intensas en adultos, adolescentes y

niños. Las respuestas al estrés no se manifiestan de la misma manera en los diferentes grupos etáreos. Algunos cambios comunes a tener en cuenta incluyen la reiteración de comportamientos que ya habían sido superados en el tiempo (por ejemplo, accidentes evacuatorios o enuresis).

Desde el 20 de marzo del 2020, Argentina entró en cuarentena. La situación actual de aislamiento provocada por la pandemia COVID-19 ha eliminado nuestros “sincronizadores” sociales habituales. La ausencia de horarios escolares, que implican levantarse a horas tempranas de la mañana, así como de contacto social presencial con compañeros y profesores, horarios de comedor escolar, etc., hacen que el ritmo del “reloj interno” de nuestros hijos se vea afectado. La cantidad y calidad del sueño es fundamental para que los niños duerman bien y tengan un descanso reparador.

HERRAMIENTAS DE MANEJO

Seguir algunas rutinas horarias ayuda a nuestros hijos a tener patrones correctos de sueño. Por eso, desde la Sociedad Española de Sueño (SES) se estimula a las familias a utilizar los días de confinamiento social, en los que tanto tiempo se va a pasar en casa conviviendo con los hijos “para aprender todos juntos a organizar mejor nuestros tiempos”.¹²

En el caso particular de la Argentina, la cuarentena ha sido la más prolongada en el tiempo. Superó los 100 días y ocasionó que todas las causas provocadoras de estrés y de alteraciones del ritmo circadiano normal o reloj biológico sean aún más acentuadas.

El reloj biológico, el sueño y el estado de ánimo de nuestros hijos se beneficiará si somos capaces de trabajar con ellos en la consecución de tres objetivos complementarios:

- El primero es el de mantener unas mismas rutinas con respecto a los horarios de sueño (especialmente, del despertar), de comidas, de actividad física, de los momentos dedicados al trabajo escolar y al ocio. Además, con la situación de que no hay un horario rígido establecido de entrada al colegio, los horarios de sueño se pueden adaptar ligeramente a las

tendencias naturales de los niños (de dormirse antes o más tarde dependiendo de si tienen un cronotipo de alondras o búhos), manteniendo siempre un horario estable y razonable todos los días de semana.

- El segundo objetivo es el de potenciar el contraste entre las actividades del día y el reposo nocturno. Las pilas del reloj biológico se cargan con el reposo nocturno para optimizar la energía durante la actividad diurna. En este sentido, es conveniente:
 - a. Reservar un tiempo para el sueño nocturno según lo que necesite el niño; el tiempo medio de sueño suele ser de 11-14 horas para los niños de 1 a 2 años, de 10-13 horas para los de 3 a 5 años, de 9-12 horas para los de 6 a 12 años y de 8-10 horas para los adolescentes.
 - b. Exponerse a luz natural durante al menos dos horas al día (por ejemplo, desayunando o jugando junto a una ventana bien iluminada).
 - c. Durante el día, especialmente en las primeras horas de la mañana, evitar tareas pasivas (ver la TV, usar el móvil). En esas horas, es mucho mejor activar el cuerpo fomentando actividades que requieran una activación intelectual (hacer tareas, lectura o pasatiempos) o de ocio compartido y movimiento.
 - d. Al menos una hora antes de acostarlos, es conveniente crear una rutina relajante para “desconectar del día” (contar un cuento, ejercicios de relajación compartidos) en un ambiente con poca luz y ruido.
 - e. Es fundamental desayunar y evitar la ingesta de comidas, bebidas y comidas excitantes como el chocolate o los refrescos de cola, sobre todo en horas de la noche cercanas a irse a dormir.
- El tercer objetivo ha de estar orientado a la sincronización de sus horarios con el día a luz natural. Esto lo podemos conseguir con unas medidas muy sencillas, como son:
 - a. Dormir a oscuras. Un rato antes del despertar, es recomendable que se suban las persianas

del cuarto para que amanezcan con la luz natural del día.

- b. Siestas: en niños de 2-4 años, continuar con la rutina que tuvieran en la guardería o el colegio, que se reduce a una siesta después de comer. Es importante que tanto la duración como la hora en que se realice dicha siesta siempre sea la misma, por la importancia ya comentada de mantener rutinas y horarios de sueño. Sin embargo, en adolescentes, al igual que en el adulto, no recomendamos la realización de una siesta después de comer; en caso de hacerla, que sea de corta duración (máximo 30 minutos) y nunca más allá de las 17 horas.

CONCLUSIÓN

La situación actual de pandemia y la prolongación de la cuarentena, agregada a la situación socioeconó-

mica argentina, es por mucho una situación excepcional y difícil de manejar por las diferentes contingencias y contextos familiares. La cantidad de horas que pasamos en casa tal vez nos ayuden a aprender a organizar mejor nuestros tiempos y conseguir, de esta manera, que el COVID-19 no perjudique la situación de los niños que presentan enuresis y/o a evitar las recaídas de los pacientes en tratamiento.

Agradecimientos

A la Prof. Dra. Ana María González, a la Dra. Graciela Reyes y al Dr. Juan P. Corbetta por el apoyo en el proceso de elaboración de este manuscrito.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Sociedad Argentina de Pediatría. Disponible en <https://www.sap.org.ar/docs/comunidad/ENURESIS1.pdf>.
2. Sager C, Ormaechea E, Martina S, Alconcher L, et al. Adaptación en español de la “Guía de enuresis monosintomática”. *Arch Argent Pediatr* 2018; 116 Supl 5:S92-S108.
3. Glazener CM, Evans JH, Peto RE. Complex behavioural and educational interventions for nocturnal enuresis in children. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004;(1):CD004668.
4. Rittig S, Knudsen UB, Nørgaard JP, et al. Abnormal diurnal rhythm of plasma vasopressin and urinary output in patients with enuresis. *Am J Physiol*. 1989;256(4 Pt 2):F664- 71.
5. Hunsballe JM, Hansen TK, Rittig S, et al. The efficacy of DDA VP is related to the circadian rhythm of urine output in patients with persisting nocturnal enuresis. *Clin Endocrinol (Oxf)*. 1998;49(6):793-801.
6. Vulliamy D. The day and night urine output of urine in enuresis. *Arch Dis Child*. 1959;31(160):439-43.
7. Läckgren G, Nevéus T, Stenberg A. Diurnal plasma vasopressin and urinary output in adolescents with monosymptomatic nocturnal enuresis. *Acta Paediatr*. 1997;86(4):385-90.
8. Dossche L, Walle JV, Van Herzeele C. The pathophysiology of monosymptomatic nocturnal enuresis with special emphasis on the circadian rhythm of renal physiology. *Eur J Pediatr*. 2016;175(6):747-54.
9. Wolfish NM, Pivik RT, Busby KA. Elevated sleep arousal thresholds in enuretic boys: clinical implications. *Acta Paediatr*. 1997;86(4):381-4.
10. Azevedo Soster L, Alves R, Fagundes SN, et al. Sleep disturbances associated with sleep enuresis: A questionnaire study. *Eur J Paediatr Neurol*. 2016;20(2):282-5.
11. Censo 2010, Argentina. INDEC. Disponible en: <https://www.indec.gob.ar>
12. Albares J, Estivill E, Merino M et al. Que el Coronavirus no te quite el sueño. Sociedad española del sueño (SES). Disponible en: <https://ses.org.es>