

Titulo: Enuresis en la infancia

Autor: Alberto Díaz Alfaro

Centro de Salud de Villava, Plaza Miguel Indurain, Tlfno. 948-335022

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 necesitaran 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.

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 las implicaciones psicológicas, emocionales e incluso psicopatológicas como generadoras de 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, solo de esta forma podremos valorar y comparar diferentes estudios epidemiológicos, hipótesis etiológicas y analizar diferentes tipos de terapéuticas 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, a 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 polaquiuria, 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 y las patológicas.

NO PATOLÓGICAS:

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

Vejiga pequeña: Un gran numero de niños enureticos 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 mas de una vez en la misma noche.

Incapacidad para retrasar la micción urgente: Habría 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 consecuentemente el episodio enurético.

Herencia: Ya se sospechaba que jugaba un papel transcendental si nos atenemos a 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 solo 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 H. Eiberg, del centro Danés de investigación del genoma, ha descubierto que el gen responsable de la ENPM está localizado en el cromosoma 13 (13q). El tipo de herencia sería 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 mas admitida es la que bajo una evidente influencia genética, determina una baja secreción nocturna de ADH, esta 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 PATOLOGICAS:

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.
- Diabetes Insípida y Mellitus.
- Encopresis (estreñimiento).
- Uréter ectópico.
- Obstrucción Uretral.
- 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... pueden desencadenar la aparición de una enuresis. 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 T. Social.

DIAGNOSTICO

Por lo comentado hasta ahora es muy importante que hagamos un enfoque diagnóstico lo más acertado posible. Nos basaremos en los tres pilares clásicos de la medicina: Anamnesis, exploración y exámenes complementarios.

ANAMNESIS

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

Datos sociofamiliares: Estudios de los padres, nivel socioeconómico

Estabilidad de la pareja

Composición familiar; Nº 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 de 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, disuriaetc.

En enuresis secundaria: Edad de control y edad de aparición, circunstancias que rodearon a esa recaída.

Habito 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 mas 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 analsobre todo en los casos que se asocien con enuresis diurna y encopresis.

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

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

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

Solo 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 que actuemos 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 (mas de 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:

- Terapia motivacional.
- Utilización del Pipi-stop.
- Utilización de la Desmopresina

Métodos que de ninguna manera son excluyentes y que en ocasiones vendrá bien combinarlos.

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 no 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 que 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, sorprendentemente he comprobado como 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 mas 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 mas 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, 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. 2 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 me parece mas 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 artilugio 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, mantenerse 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 acontecido 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, es importante no acostumbrar 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 antidiurético 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 mcgr. ; 1 comprimido=20 mcgr.).

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 mcgr a día, durante los 2 o 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, a menos una hora antes de administrar el preparado, con ello evitaremos el efecto indeseable de intoxicación hídrica e hiponatremia.

Aunque su precio es elevado está financiado por el Servicio de salud.

CONSEJOS PARA EL CONTROL DE ESFÍNTERES

Cuando?, Donde?, y Como? 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.

Cuando?

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 mas frecuente suele ser los dos años y medio para el diurno y algo mas 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 deberá 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 esta cambiando en su cuerpo, aunque en un principio sea incapaz de adelantarse al reflejo miccional.

Donde?

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.

Como?

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 mas 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

- C. Miguelez Lago, E. Martin Hernandez, N.Garcia Soldevila, M. Garcia Merida y E. Galiano Duro. Quién es y quién no es enurético. Urol. Integr. Invest. 1996 V 1 pp.3-6.
- Betsy Foyman, R.R. Burciaga Valdez, R.H. Brook. Enuresis infantil, prevalencia, importancia que se atribuye a tratamientos prescritos. Pediatrics abril 1986.
- José del Pozo Machuca. Incidencia de la enuresis nocturna en España. Drug Farma, S.L. 1998.
- D.M. Ferguson, L.J. Horwood, F.T. Shannon. Factores relacionados con la edad de abstinencia del control vesical nocturno. Pediatrics Noviembre 1986
- M. Sanchez Chapado y A. Sanchez Sandoval. La enuresis en nuestro medio. Urol. Integr. Invest. 1996 V1 pp.11-15.
- H. Eiberg, Y. Berndt, Y. Mohr. Assignment of dominant inherited nocturnal enuresis to chromosome 13q. Nature Genetic 1995. 10, 354-6.
- C. Miguelez Lago, M. García Mérida, E. Galiano Duro. Costumbres, remedios y tratamientos de la enuresis a lo largo de la historia. Serie monográfica Drug Farma S.L. 1998
- J. Toro. Enuresis causas y tratamiento. Edit. Martinez Roca S.A. Barcelona 1992.
- V. Santonja Perez y C. Zomeño Sanchez. Tratamiento de la enuresis, un enfoque global Urol. Integr. Invest. 1996 V.1 pp 66-73.
- M^a. J. Luna Ibarz y J. Toro Trastornos psicopatológicos asociados a la enuresis. Urol. Integr. Invest. 1996 V1 pp53-56.
- J.S. Lovering, S.E. Tallet, James B.J. Mackendry. Oxibutinina en el tratamiento de la enuresis. Pediatrics julio 1988.
- E. Martin Hernandez, y C. Miguelez Lago. Tratamiento de la enuresis monosintomática con desmopresina. Estudio randomizado a doble ciego frente a placebo. Urol. Integr. Invest. 1996 V.1 pp 119-124.
- J. Pedrero Vera y col. Estudio preliminar de la acupuntura como tratamiento de la enuresis nocturna primaria monosintomática del niño. Urol. Integr. Invest. 1996 V.1 pp 103-106.
- C. Louces Cubells. Control de esfínteres, consejos. Glosa pediatría nº 410 1989.
- J. Toro. Aspectos psicológicos del niño enurético, entorno social. Serie monografica Drug Farma S.L. 1999.
- UB Knudsen, S. Ritting, JP Noorgad. Tratamiento a largo plazo de la enuresis nocturna con desmopresina. Urol Res 1991; 48:589.