

CONCEPTO: Cantidad de veces que una persona orina durante su período principal de sueño, desde el momento en que se ha quedado dormido hasta la intención de levantarse (ICS, 2018). La nicturia está presente en ambos sexos y su prevalencia aumenta con la edad.

CLASIFICACIÓN:

POLIURIA NOCTURNA (PN): producción excesiva de orina durante el período principal de sueño.

- **Tasa de Producción de Orina Nocturna:** > 90 mL/hora, de uso en población masculina.

- **Índice de Poliuria Nocturna:** volumen urinario nocturno/volumen de orina en 24h: adultos > 65 años: 33%, jóvenes > 20%.

BAJA CAPACIDAD VESICAL NOCTURNA (BCVN): capacidad vesical < 200-300 ml.

POLIURIA GLOBAL (PG): exceso de producción de orina (>40 ml/kg) a lo largo de un período de 24 horas.

NICTURIA MIXTA: la PN, PG y la BCVN no son excluyentes y con frecuencia coexisten en pacientes con nicturia. El desajuste entre la producción y el almacenamiento se refleja explícitamente en el índice de nocturia basado en el diario miccional.

* Período de sueño: desde el momento en que el paciente tiene la intención de dormir hasta la intención de levantarse.

* El volumen urinario nocturno es el producido durante el período principal de sueño, incluida la primera micción después del período principal de sueño.

* El volumen urinario en 24 h excluye la primera orina de la mañana del día en que inicia el registro y termina la mañana siguiente contando la primera micción de la mañana.

ETIOLOGÍA: La nicturia es un síntoma urinario con una etiología no necesariamente urogenital, generalmente es multifactorial.

- **Sueño:** insomnio, movimientos periódicos de las piernas, parasomnias, apnea obstructiva del sueño
- **Cardiovasculares:** hipertensión, insuficiencia cardíaca
- **Nefrológicas:** enfermedad renal crónica (ERC)
- **Endocrinas:** diabetes mellitus, diabetes insípida, enfermedad tiroidea, embarazo/menopausia, déficit de testosterona
- **Neurológicas:** todas las enfermedades neurológicas pueden causar nocturia, ej. esclerosis múltiple, Parkinson, ACV, lesión medular
- **Urológicas:** vejiga hiperactiva, obstrucción del tracto urinario inferior, detrusor hipoactivo; más asociado con BCV
- **Otras condiciones:** xerostomía (por aumento de la ingesta de líquidos), consumo de alcohol y cafeína
- **Fármacos:** diuréticos, calcioantagonistas, litio, AINEs y causas farmacológicas de xerostomía

DIAGNÓSTICO:

- **Exhaustiva historia clínica** e identificar las comorbilidades relacionadas con nicturia, incluida la **toma de fármacos**.
- **Cuestionarios validados:** caracterizan la naturaleza de los síntomas. **TANGO Short Form** (22 afirmaciones en 4 dominios: Cardio/Metabólico, Sueño, Tracto Urinario y Bienestar).
- **Diario miccional:** el único validado es el **ICIQ-BD**, donde se obtiene el registro de 3 días.
- **Laboratorio:** electrolitos, función renal y tiroidea, calcio, HbA1c, tira reactiva, prueba de embarazo si aplica.

Si se identifica una **etiología urológica asociada o aislada**, orientar la evaluación secundaria con una ecografía urológica, flujometría, medición del residuo posmiccional y cuestionarios para evaluar síntomas del tracto urinario inferior (STUI). **Derivar a especialistas según sospecha etiológica.**

Emplee un diario miccional de 24-72 horas.
Los diarios miccionales nocturnos son una opción alternativa si se ha descartado PG, pero tienen una baja especificidad para detectar BCV.

TRATAMIENTO: La condición médica subyacente se prioriza sobre la nicturia. Antes de cualquier tratamiento, se recomiendan medidas generales, seguido de manejo farmacológico y en ocasiones quirúrgico.

1. MEDIDAS GENERALES

- Minimizar la ingesta de líquidos al menos 2 horas antes de dormir
- Vaciar la vejiga antes de acostarse
- Aumentar los niveles de ejercicio y mejorar la condición física
- Reducir la ingesta de sal
- Pérdida de peso en pacientes con sobrepeso u obesidad
- Elevación de miembros inferiores unas horas antes de acostarse
- Ajustar la ingesta de diuréticos según la vida media del fármaco
- Considerar aditamentos para los adultos mayores

3. RESECCIÓN TRANSURETRAL DE PRÓSTATA

Los pacientes con crecimiento prostático que presentan STUI, que tienen mayor beneficio de manejo quirúrgico, son aquellos < 74 años, puntuaciones de IPSS más altas, Q_{máx} < 9,8 ml/s, índice de obstrucción del tracto de salida >47,6 e índice de contractilidad vesical >123,0 (UPSTREAM)

2. TERAPIA MÉDICA: PACIENTES CON ETIOLOGÍA UROLÓGICA

Los α -bloqueadores, inhibidores de la 5- α reductasa, antimuscarínicos y agonistas β -3, aunque tiene evidencia científica, tienen efectos clínicos discretos en la nicturia. **Emplee los primeros en pacientes con STUI, los segundos en hombres con volumen prostático > 40ml y los dos últimos en pacientes con vejiga hiperactiva.**

TERAPIA ANTIDIURÉTICA: DESMOPRESINA

Indicación: PN y nicturia > 2 episodios

Contraindicación: hiponatremia y enfermedad de Von Willebrand

Presentación: sublingual. El aerosol nasal no está aprobado en Europa

Dosis: 0,1 – 0,4mg/día; iniciar con menor dosis en > 65 años y mujeres

Recomendaciones: evitar líquidos 1 hora antes y 8 horas después

Precaución: vigilar hiponatremia especialmente en mujeres, ERC, > 75 años

Seguimiento: Na⁺ al inicio, después del inicio (día 3, día 7 y al mes), después de titular y periódicamente durante el tratamiento

BIBLIOGRAFÍA: EAU Guidelines. Edn. presented at the EAU Annual Congress Amsterdam 2022. ISBN 978-94-92671-16-5

Hashim H, et al. A International Continence Society report on the terminology for nocturia and nocturnal lower urinary tract function. Neurourol Urodyn. 2019 Feb;38(2):499-508.

Weiss JP, Everaert K. Management of Nocturia and Nocturnal Polyuria. Urology. 2019 Nov;133S:24-33.

Epstein M, et al. Nocturia treatment outcomes: Analysis of contributory frequency volume chart parameters. Neurourol Urodyn. 2018 Jan;37(1):186-191.

Smith M, et al. Evaluation and Treatment in Urology for Nocturia Caused by Nonurological Mechanisms: Guidance from the PLANET Study. European Urology Focus 8 (2022)