

Enuresis

M.^a Isabel Úbeda
Roberto Martínez
Javier Díez

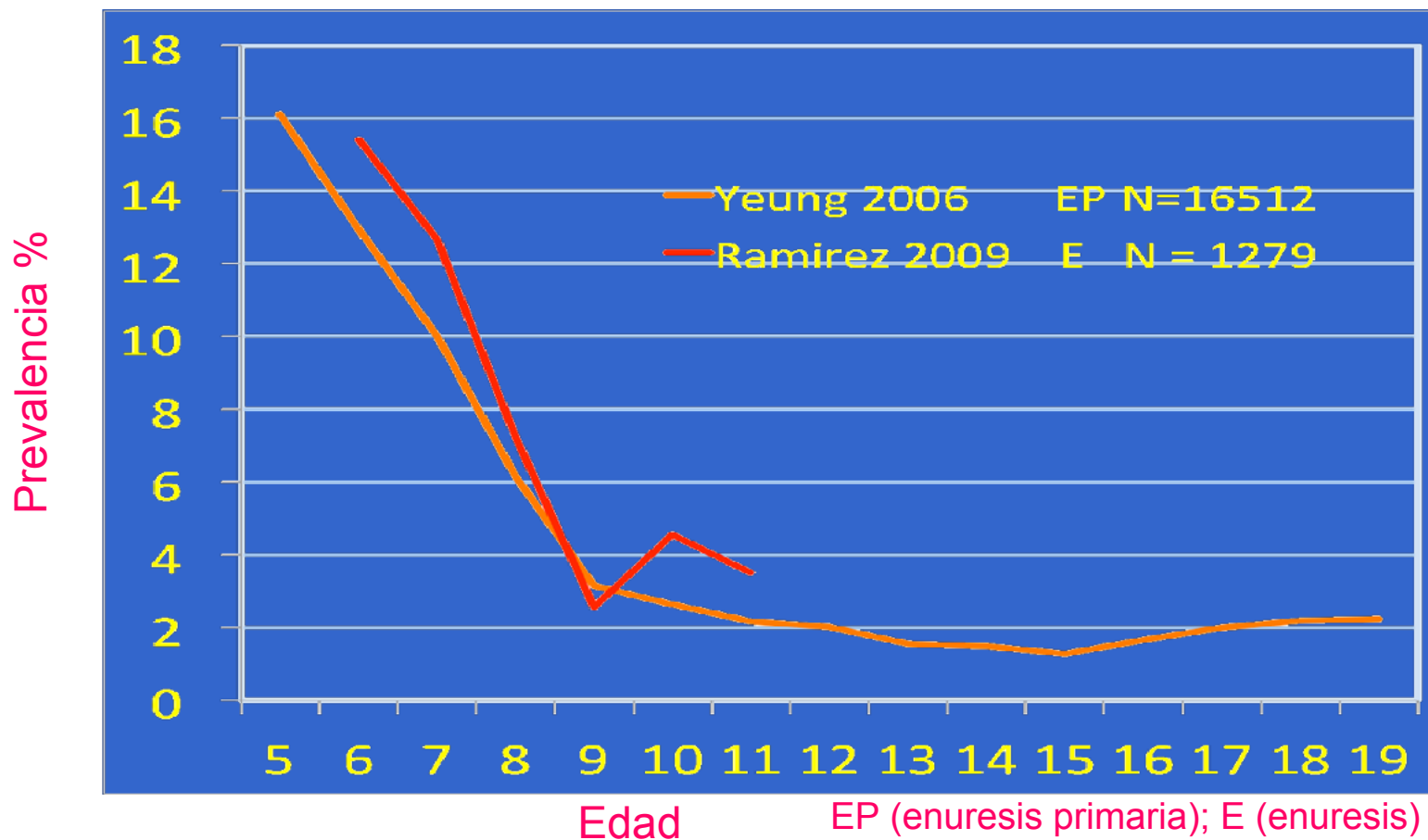
Diciembre 2011

Enuresis

Equivale al término enuresis nocturna, es la micción involuntaria durante el sueño a una edad y frecuencia socialmente inaceptables.

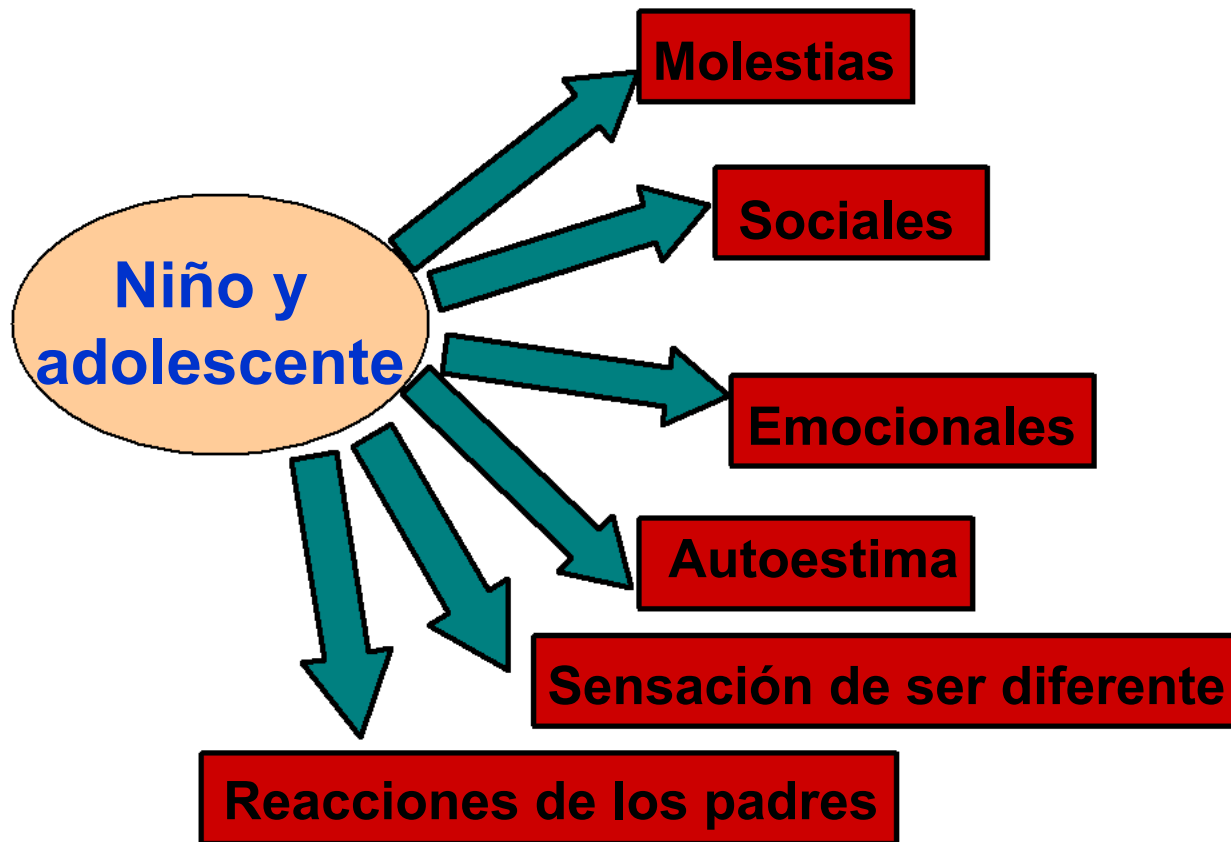
Para el diagnóstico se requiere una edad mínima de cinco años.

Prevalencia de enuresis



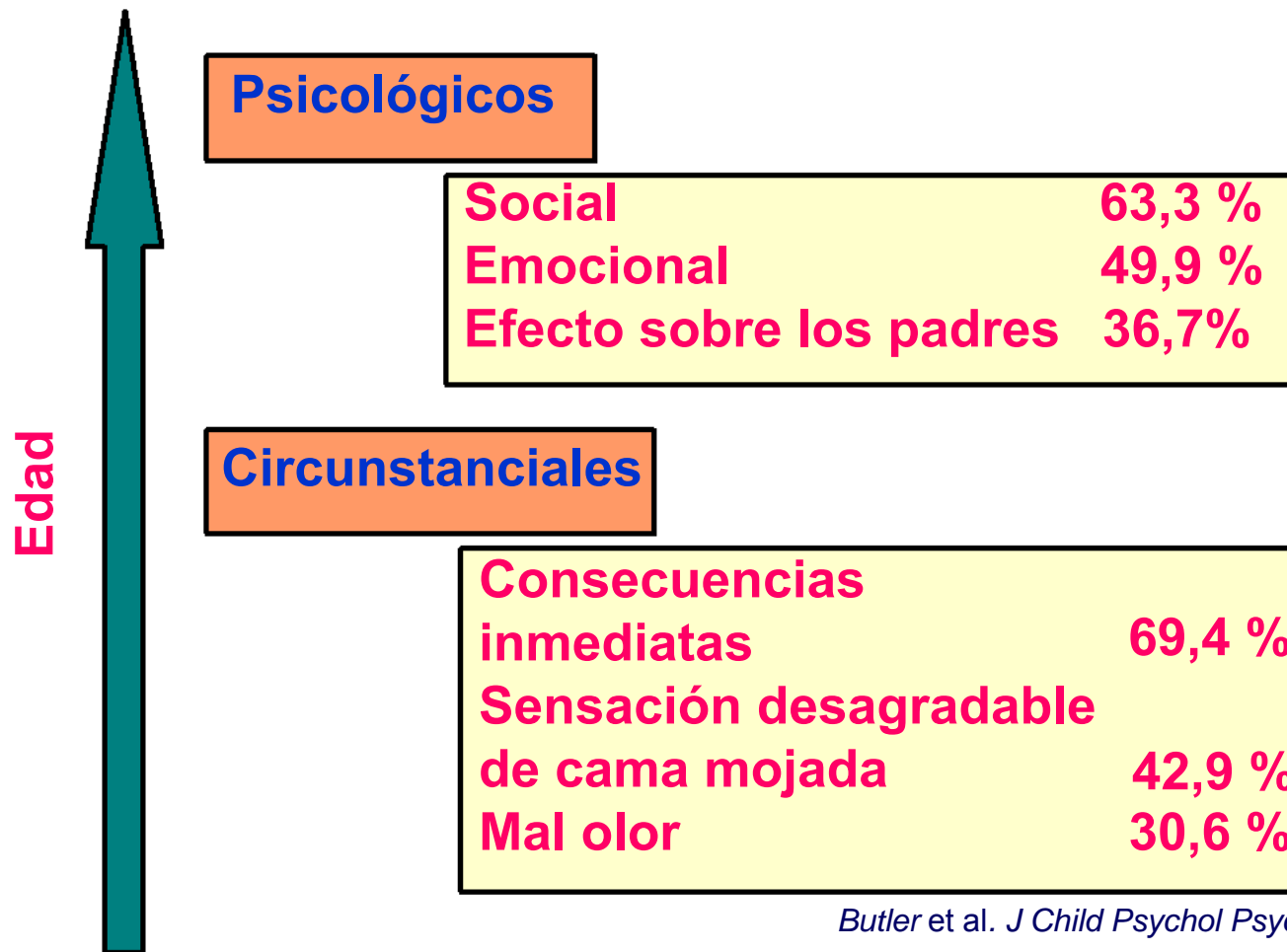
Ramírez-Backhaus M, et al. Estudio EPICC. *Actas Urol Esp.* 2009;33(9):1011-8.
 Yeung CK, et al. *BJU Int.* 2006 May;97(5):1069-73.

Impacto individual y familiar



Butler RJ. Impact of nocturnal enuresis on children and young people. Scand J Urol Nephrol 2001;35;169-176.

Problemas con la enuresis desde el punto de vista de los jóvenes



Butler et al. *J Child Psychol Psychiatry* 1990;31:447-454

Tipos de enuresis

- **Primaria:** nunca ha existido un periodo de sequedad ≥ 6 meses.
- **Secundaria:** aparece después de un periodo seco de al menos seis meses.
- **Monosintomática:** el único síntoma urinario es el escape de orina durante el sueño.
- **No monosintomática:** la enuresis se acompaña de otros síntomas urinarios diurnos.

Enuresis primaria monosintomática (EPM)

- Tipo de enuresis más frecuente.
- Motivo de consulta por enuresis más frecuente en Atención Primaria.
- Posibilidad de diagnóstico y tratamiento sencillos.

Guía de enuresis

<http://www.pap.es/files/1116-456-pdf/475.pdf>

PEDIATRÍA ATENCIÓN PRIMARIA



REVISTA PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA
PUBLICACIÓN OFICIAL DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA
VOL. VII OCTUBRE 2005 SEPT. 3

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA: ENURESIS NOCTURNA PRIMARIA MONOSINTOMÁTICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

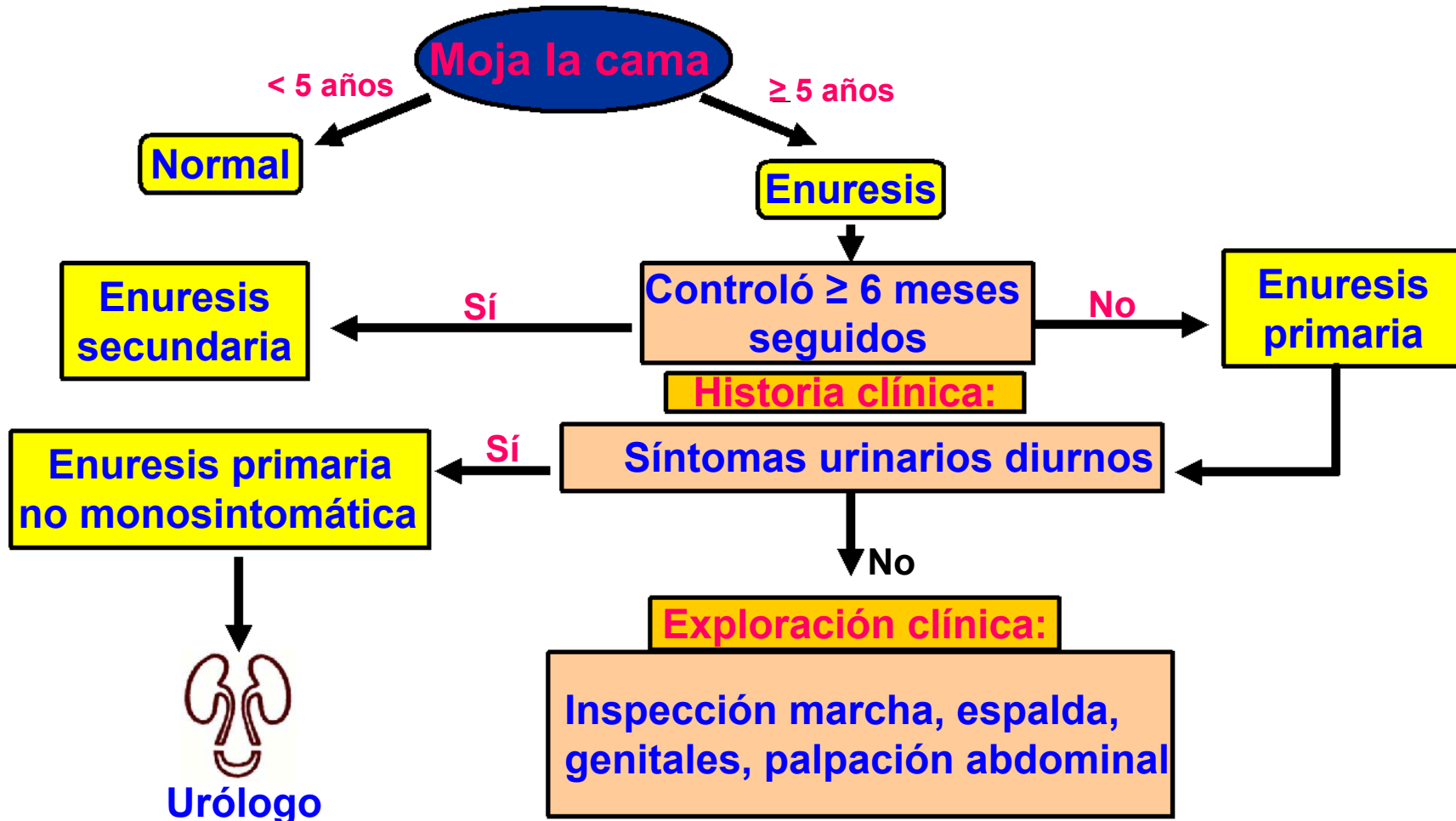
RESUMEN ESTRUCTURADO
ALGORITMO DIAGNÓSTICO
ALGORITMO DE TRATAMIENTO
GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA
Introducción
Objetivos generales de la guía
Ámbito de aplicación
Definiciones
Material y métodos
Resultados de la revisión sistemática
Prevención
Factores de riesgo y asociados a la enuresis nocturna primaria monosintomática
Diagnóstico
Tratamiento
ANEXOS
BIBLIOGRAFÍA

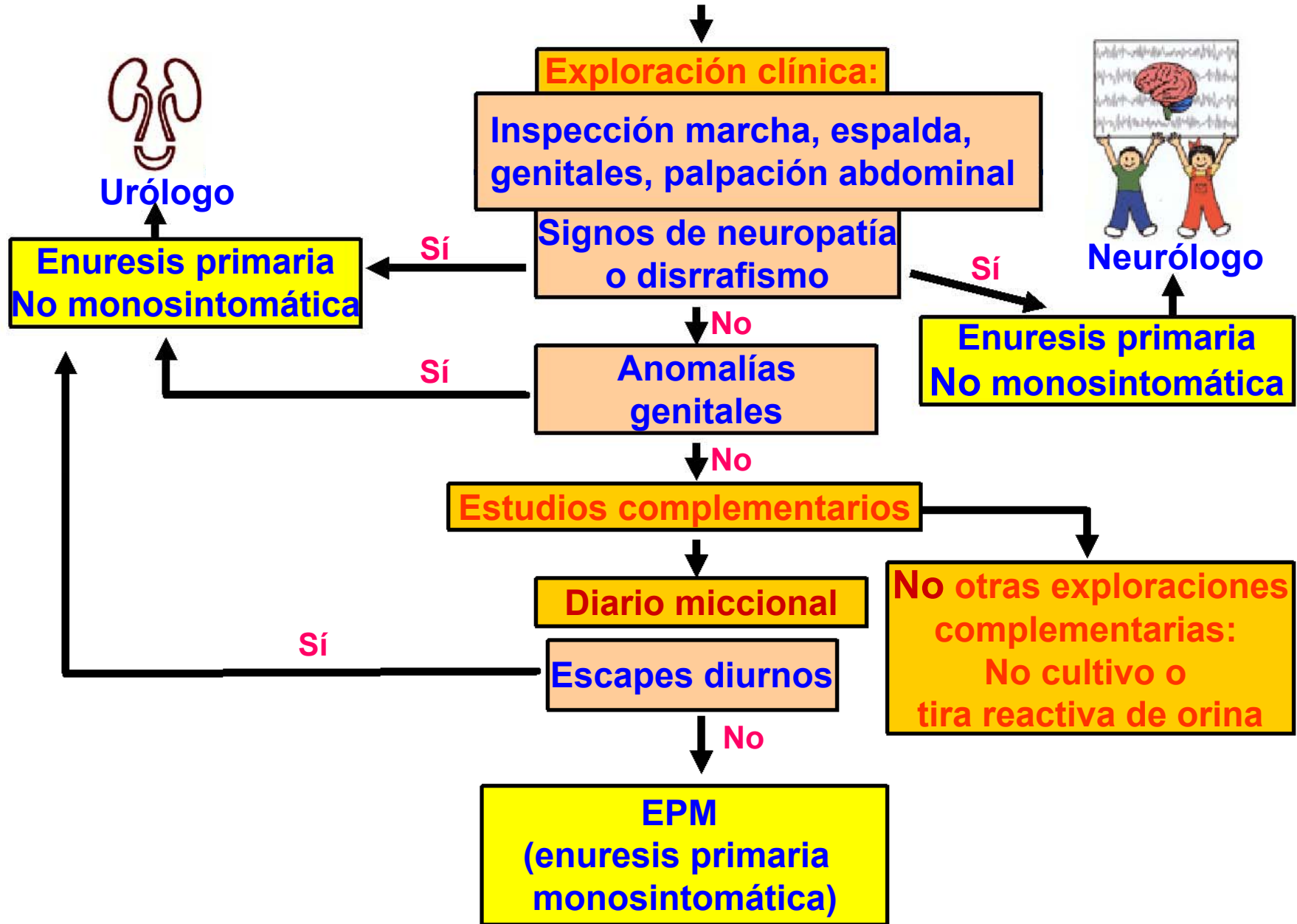
www.aepap.org



www.pap.es

Diagnóstico














Diario miccional

Nombre
Apellidos

N.º H.ª
Fecha del primer día

	Primer día				Segundo día				Tercer día			
	Medida	Anotaciones		Medida	Anotaciones		Medida	Anotaciones				
	Orina 	Orina 	Heces 	Orina 	Orina 	Heces 	Orina 	Orina 	Heces 			
5-6												
6-7												
7-8												
8-9												
9-10												
10-11												
11-12												
12-13												
13-14												
14-15												
15-16												
16-17												
17-18												
18-19												
19-20												
20-21												
21-22												
22-23												
23-24												
24-01												
01-02												
Máximo		¿Se levantó a orinar?			¿Se levantó a orinar?			¿Se levantó a orinar?				

VMMD

Síntomas urinarios diurnos

Heces

ANOTACIONES

E = escape, ha manchado (heces) o mojado (orina) la ropa.	C = va al baño y hace caca
A = aguanta hasta el límite porque está concentrado en un juego, película... y se olvida de ir al baño (orina o heces).	N = normales D = heces duras como de cabra
P = prisa, deseo repentino, no le da tiempo a llegar al baño desde que nota el deseo de orinar o defecar, tiene que ir corriendo y se le puede escapar o se le escapa.	B = blandas

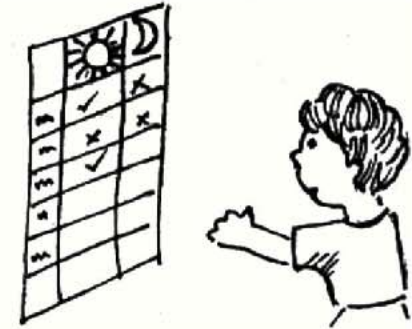
Tratamiento de la enuresis

Medidas generales

- Desmitificar el problema.
- Evitar acciones punitivas.
- Restringir líquidos vespertinos y evitar bebidas con cola durante la tarde/noche.
- Ir al baño antes de acostarse.

Tratamiento de la enuresis

- Tratamiento conductual simple (calendarios noches secas/mojadas)



- Alarma



- Desmopresina



0,2 mg
oral



120µg
sublingual

Objetivos del tratamiento

Desde el punto de vista práctico...

- **Curación:** sequedad completa definitiva tras finalizar el tratamiento.
- **Control a corto plazo:** situaciones esporádicas o campamentos.
- **Control a largo plazo** con tratamiento (se debe reevaluar cada 3-6 meses).

Antes de instaurar el tratamiento...

- Valorar el objetivo terapéutico.
- Revisar factores conocidos de buena/mala respuesta de los distintos tratamientos.
- Informar sobre las ventajas/inconvenientes.
- Consensuar con el paciente/familia el más adecuado (alarma o desmopresina).
- El tratamiento conductual simple se asocia siempre a la alarma o desmopresina.

Factores de respuesta al tratamiento

Buenos

- Mayor n.º de noches mojadas(4/sem) [IIa]
- Preocupación padres y niño [Ib]
- Motivación [Ib]

Alarma

- Capacidad vesical < 45% [IV]
- Situación estresante de niño y familia [Ib]
- Intolerancia de los padres con la enuresis [Ib]
- Déficit atención-hiperactividad u otro trastorno psiquiátrico [IIb]

Malos

Desmopresina

- Menor n.º de noches mojadas/semana [Ib]

- ↓ Capacidad vesical: $\leq 75\%$ [Ib]
(según la fórmula de Koff)

$$\text{mL} = [(\text{edad en años} + 2) \times 30]$$

Tratamiento de la enuresis

Ventajas

Alarma

- Mayor porcentaje de curación (tasa de recaídas menor).

Desmopresina

- Respuesta rápida.
- No precisa colaboración.
- Financiada por el sist. sanitario.

Inconvenientes

Alarma

- Respuesta lenta.
- Precisa colaboración del paciente/familia.
- No financiada.

Desmopresina

- Mayor tasa de recaídas al suspender el tratamiento.
- Precaución con la ingesta de líquidos.

Mejoría de resultados

- **Alarma:** técnica de refuerzo con líquidos al acostarse.



- **Desmopresina:** calendario de retirada estructurada.

Esquema de retirada estructurada

		Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Semana	1. ^a	DDAVP		DDAVP	DDAVP		DDAVP	
	2. ^a	DDAVP	DDAVP		DDAVP			DDAVP
	3. ^a		DDAVP			DDAVP		DDAVP
	4. ^a	DDAVP		DDAVP			DDAVP	
	5. ^a		DDAVP			DDAVP		
	6. ^a		DDAVP				DDAVP	
	7. ^a			DDAVP				DDAVP
	8. ^a				DDAVP			
	9. ^a							
	10. ^a							

DDAVP = Desmopresina

Butler J, Holland P y Robinson J, *JUrol* 2001; 166:2463-6.

Los días sin medicación se estimula para que se atribuya el éxito a sí mismo en lugar de a la medicación.

Criterios evaluación del tratamiento

Recibiendo tratamiento (éxito inicial)

- **Fracaso:**
 - ✓ No respuesta < 50% de reducción
 - ✓ Respuesta parcial (farmacológica) 50-89% de reducción
- **Respuesta (clínica):**
 - ✓ Respuesta > 89% de reducción
 - ✓ **Respuesta completa** **100% de reducción o**
< 1 episodio al mes

Tras finalizar el tratamiento (éxito a largo plazo)

- **Recidiva (fracaso a largo plazo):** > 1 episodio al mes
- **Curación:**
 - ✓ **Éxito continuado:** no recidiva tras seis meses sin tratamiento.
 - ✓ **Éxito completo:** no recidiva tras dos años sin tratamiento.

Neveus T, Gontard A, Hoebeke P et al. J Urol 2006; 176:314-24.