

¿Qué hacemos si aún moja la cama?

Isabel Úbeda Sansano

Pediatra de Atención Primaria
C.S. La Eliana. Valencia

Roberto Martínez García

Urólogo
H. Clínico Universitario. Valencia

17^o congreso
actualización
pediatría
AEPap 2020

fPS
Fundación Pediatría y Salud



AEPap 2020



Enuresis

Equivale al término enuresis nocturna.
Es el escape de orina durante el sueño
(involuntario) a una edad y frecuencia
socialmente inaceptables.

La edad mínima para el diagnóstico es **5 años**

Martínez R. y col. Actas Urol Esp. 2008; 32:371-389

Austin PF. et al. (ICCS) Neurourol Urodynam. 2016; 35: 471-481



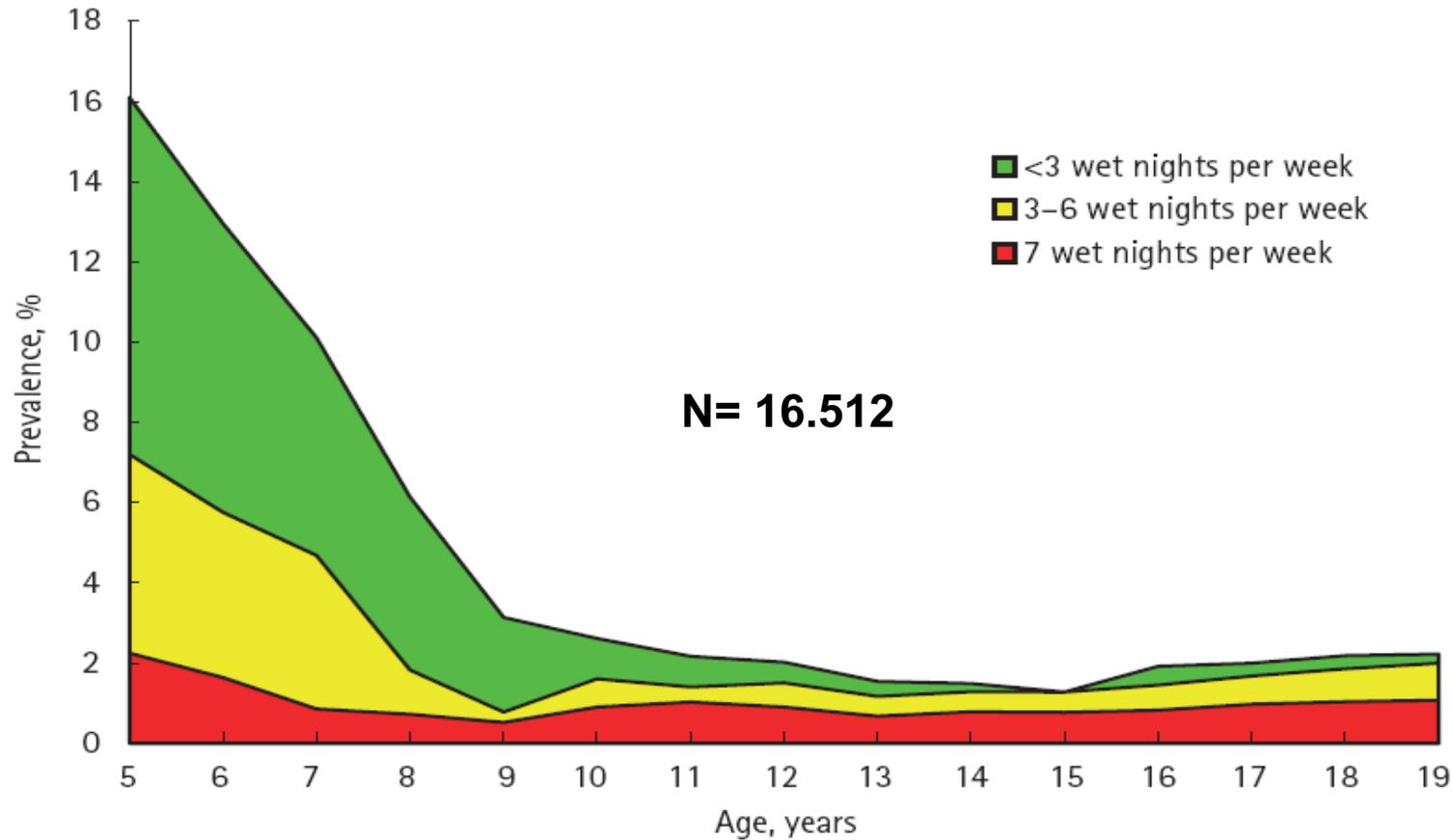
Tipos de enuresis

- **Primaria:** Nunca ha existido un periodo de sequedad \geq a 6 meses.
- **Secundaria:** Aparece después de un periodo seco de al menos 6 meses seguidos.
- **Monosintomática:** el único síntoma urinario es el escape de orina durante el sueño.
- **No monosintomática:** la enuresis se acompaña de otros síntomas urinarios diurnos.

Martínez R. y col. Actas Urol Esp. 2008; 32:371-389

Austin PF. et al. (ICCS) Neurourol Urodynam. 2016; 35: 471-481

Prevalencia y gravedad



Yeung CK, et al. *BJU Int.* 2006; 97:1069-73.

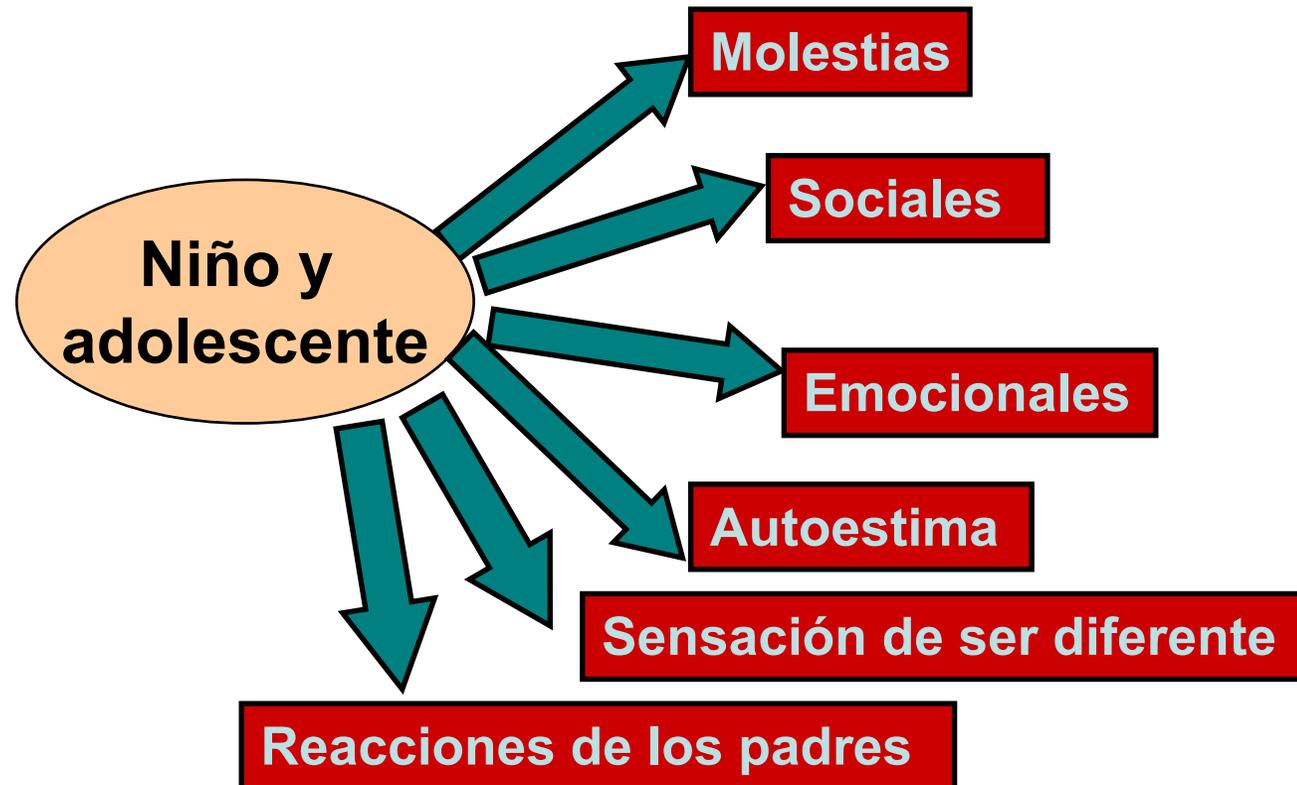
Enuresis se asocia con...

- Familiar primer grado
OR: 6,79; IC95% (4,05-11,39)
- TDAH
OR: 4,22; IC95% (1,92-9,28)
- Alteraciones sueño
OR: 2,84; IC95% (1,75-4,61)
- Obesidad
OR: 6,49; IC95% (2,67-15,78)
- Género (Varones)
OR: 2,52; IC95% (1,53-4,14)
- Bajo rendimiento escolar
OR: 4,25; IC95% (2,26-7,28)
- Estreñimiento (enuresis secundaria). Datos contradictorios con la primaria

*Gutiérrez Abad C. y col.
Rev Pediatr Aten Primaria
2015; 17: 227-34*

*Weintraub Y. et al.
Int J Obesity. 2013; 37: 75-78*

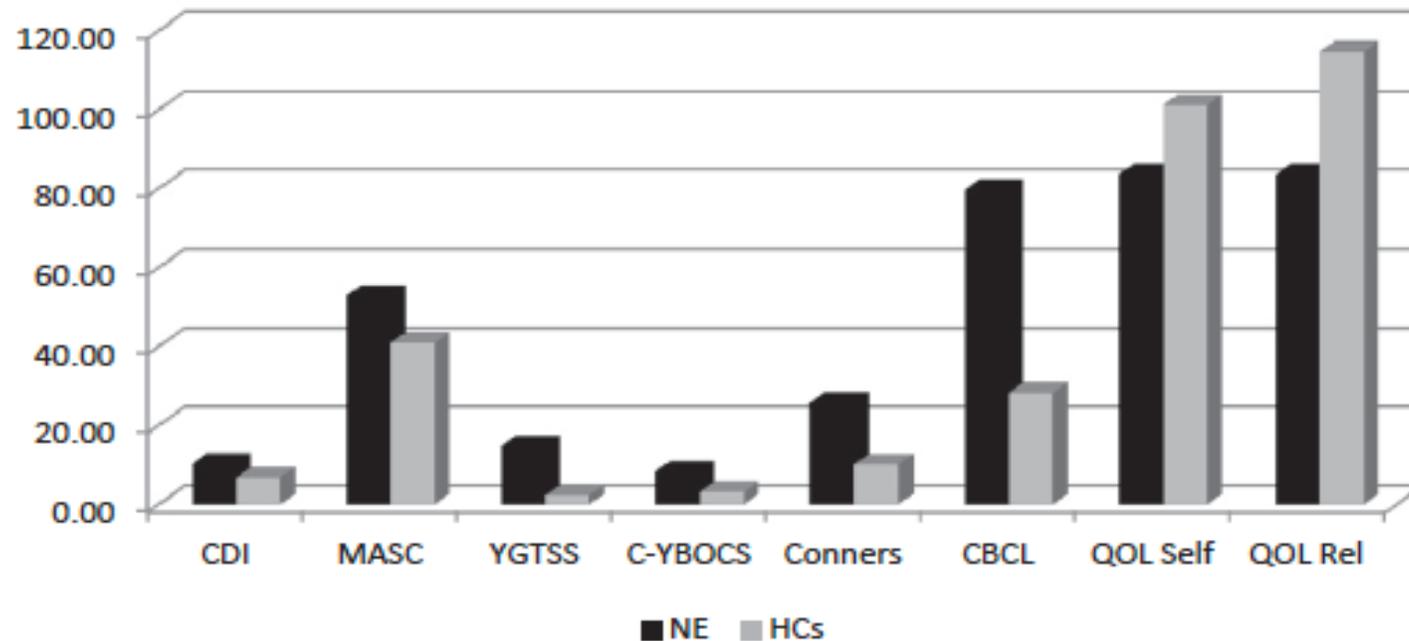
Impacto individual y familiar



Butler RJ. Scand J Urol Nephrol. 2001; 35:169-176

Butler RJ. BJU International. 2002; 89:295-297

Impacto psicológico



Comparison between nocturnal enuresis patients (NE) and healthy control (HCs) children ($p \leq 0.000$).
CDI=Child Depression Inventory; MASC=Multidimensional Anxiety Scale for Children; YGTSS=Yale
Global Tic Severity Score; C-YBOCS=Children-YaleeBrown Obsessive Compulsive Scale; Conners'
Multidimensional Anxiety Scale; CBCL=Child Behavior Check-List; QoL=Quality of life; Rel=relationship.

Gulisano M et al. J Pediatr Urol. 2017;13:36.e1-36.e6

Enuresis Primaria Monosintomática (EPM)

- Tipo de enuresis más frecuente.
- Motivo de consulta por enuresis más frecuente en Atención Primaria.
- 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

SUPL. 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 de la EPM

- Anamnesis  **Clave**
- Exploración  **Normal**
 - ✓ Inspección espalda y genitales
 - ✓ Palpación abdominal
 - ✓ Marcha (punta/talón) } Se recomienda
- Calendario de noches secas/mojadas
- Diario miccional  **Imprescindible**
(volumen/frecuencia) 3-4 días

Úbeda I, Martínez R, Díez J.
Rev Pediatr Aten Primaria. 2005; Supl 3: S1-151

Diario Miccional

	PRIMER DÍA	SEGUNDO DÍA	TERCER DÍA	CUARTO DÍA								
	Fecha: / /	Fecha: / /	Fecha: / /	Fecha: / /								
HORA DE LEVANTARME												
MICCIÓN	HORA	VOLUMEN ml.	PRISA ESCAPE AGUANTA	HORA	VOLUMEN ml.	PRISA ESCAPE AGUANTA	HORA	VOLUMEN ml.	PRISA ESCAPE AGUANTA	HORA	VOLUMEN ml.	PRISA ESCAPE AGUANTA
1.ª ORINA DE LA MAÑANA												
2.ª												
3.ª												
4.ª												
5.ª												
6.ª												
7.ª												
8.ª												
9.ª												
10.ª												
11.ª												
12.ª												
	¿En algún momento vio la ropa interior mojada?	¿En algún momento vio la ropa interior mojada?	¿En algún momento vio la ropa interior mojada?	¿En algún momento vio la ropa interior mojada?	¿En algún momento vio la ropa interior mojada?	¿En algún momento vio la ropa interior mojada?	¿En algún momento vio la ropa interior mojada?	¿En algún momento vio la ropa interior mojada?	¿En algún momento vio la ropa interior mojada?	¿En algún momento vio la ropa interior mojada?	¿En algún momento vio la ropa interior mojada?	¿En algún momento vio la ropa interior mojada?
	HORA DE ACOSTARME											
	¿Me levanté a orinar?											
	¿Me oriné durmiendo?											
	N.º de deposiciones:											
	Tipo:											
	¿Se escapó o se manchó la ropa de caca?	¿Se escapó o se manchó la ropa de caca?	¿Se escapó o se manchó la ropa de caca?	¿Se escapó o se manchó la ropa de caca?	¿Se escapó o se manchó la ropa de caca?	¿Se escapó o se manchó la ropa de caca?	¿Se escapó o se manchó la ropa de caca?	¿Se escapó o se manchó la ropa de caca?	¿Se escapó o se manchó la ropa de caca?	¿Se escapó o se manchó la ropa de caca?	¿Se escapó o se manchó la ropa de caca?	¿Se escapó o se manchó la ropa de caca?

VMMD

Síntomas urinarios diurnos

Heces

Aclaraciones:

- El día comienza cuando se levanta y la noche comienza al acostarse. Los días pueden no ser consecutivos.
- En la columna "Hora" ha de anotar la hora a la que orina, por ejemplo 10:30.
- En la columna "Volumen", cada vez que orine, ha de anotar los ml. Para ello tiene que orinar en una jarra de medir (no guardar la orina).
- En la columna Prisa, Escape, Aguanta, debe anotar IP, E y/o A) si ocurre algo de lo siguiente:
 - "P" de Prisa: si muestra deseo repentino de orinar, casi no le da tiempo a llegar y tiene que ir corriendo al baño.
 - "A" de Aguantar: si retiene hasta el límite porque está concentrado en un juego, película... y se olvida de ir al baño a orinar.
 - "E" de Escape: si ha mojado (orina) algo la ropa. Ejemplo: si se le escapa orina con prisa para orinar, anota dos letras "E P".

TIPOS DE HECES:

1

Como excrementos de conejo. Trozos duros y separados que pasan con dificultad.

2

Como racimo de uvas, con forma de salchicha, pero gruesa.

3

Como una mazorca de maíz. Como "salchicha", pero con grietas en su superficie.

4

Como una salchicha o serpente, lisa y blanda.

RELLENAR POR SU PEDIATRA:

VMMD (volumen miccional máximo diario) se selecciona sólo la micción de mayor volumen de todos los días evaluados (sin contar la 1ª orina de la mañana, que pertenece a la noche);
 VMMD teórico [(Edad+2) x 30];
 % del VMMD teórico [VMMD x 100 / VM MD teórica];

©Isabel Úbeda, Roberto Martínez, Javier Díez.



Tratamiento EPM

Se recomienda...

- Desmitificar el problema.
- Evitar acciones punitivas.
- Ir al baño antes de acostarse.

TuND, Baskin LS. UpToDate 2019

Úbeda MI, Martínez R, Díez J. Rev Pediatr Aten Primaria. 2005; 7 Suppl3:s7-s152



Tratamiento EPM

No se recomienda...

- Levantar al niño/a de forma programada por la noche.
- Entrenamiento para la retención vesical.
- Técnica de corte del chorro.

Kuwertz-Bröking E, von Gontard A. Pediatr Nephrol. 2018; 33: 1145-1154.

Úbeda MI, Martínez R, Díez J. Rev Pediatr Aten Primaria. 2005; 7 Suppl3:s7-s152.



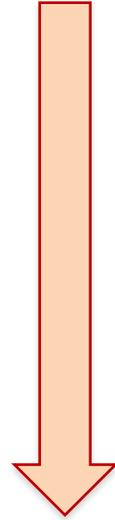
Tratamiento EPM

Terapia
conductual simple
(calendarios)

Alarma

Desmopresina

“Cada interacción puede tener un impacto sobre la recuperación del paciente”



Importancia de las visitas frecuentes
No se puede pautar un tratamiento y olvidarnos



Criterios evaluación del tratamiento

Recibiendo tratamiento

- No respuesta: < 50% de reducción de noches mojadas.
- Respuesta parcial: 50-99% de reducción.
- **Respuesta completa: 100% de reducción.**

Tras finalizar el tratamiento

- Recaída (fracaso a largo plazo): > 1 episodio al mes.
- **Curación:**
 - Éxito continuado: **No recaída tras 6 meses sin tratamiento.**
 - Éxito completo: **No recaída tras 2 años sin tratamiento.**

Austin PF, Bauer S, Bower W. et al. NeuroUrol Urodynam. 2016; 35:471-481

Tratamiento EPM

Ventajas

Alarma

- Mayor porcentaje de curación (menor tasa recaídas).

Desmopresina

- Respuesta rápida.
- No precisa colaboración.

TuND, Baskin LS. UpToDate 2019

Úbeda MI y col. Rev Pediatr Aten Primaria. 2005; 7 Suppl3:s7-s152.

Inconvenientes

Alarma

- Respuesta lenta.
- Precisa colaboración del paciente/familia.

Desmopresina

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



Precauciones con desmopresina



- No administrar líquidos desde 1 h antes hasta 8 después de tomar la medicación.
- Restringir líquidos con la cena a menos de 250 ml salvo haga mucho calor o deporte intenso por la tarde.
- Suspender temporalmente si infecciones sistémicas con riesgo de hiponatremia como vómitos o diarrea.
- Suspender tto y consultar si síntomas de retención hídrica (cefalea, náuseas, vómitos, ganancia de peso rápida, letargo, desorientación)..



Objetivos del tratamiento

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



Factores de respuesta al tratamiento

Buenos

- Mayor nº noches mojadas (≥ 4 /sem) [IIa]
- Preocupación padres y niño [Ib]
- Motivación [Ib]

Alarma

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

Malos

Desmopresina

- Menor nº noches mojadas/ semana [Ib]

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

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

Úbeda MI, Martínez R, Díez J. Rev Pediatr Aten Primaria. 2005; 7 Suppl3:s7-s152.

Mejoran los resultados

- **Alarma:** Si finaliza tratamiento con la técnica de refuerzo con líquidos.

Glazener CMA et al. Cochrane Database Systematic Review 2005

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

Butler RJ et al. J Urol. 2001; 166:2463-2466.



ESQUEMA DE RETIRADA ESTRUCTURADA DE DESMOPRESINA EN LA ENURESIS*

SEMANA	DOMINGO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
1. ^a	Desm	-	Desm	Desm	-	Desm	-
2. ^a	Desm	Desm	-	Desm	-	-	Desm
3. ^a	-	Desm	-	-	Desm	-	Desm
4. ^a	Desm	-	Desm	-	-	Desm	-
5. ^a	-	Desm	-	-	Desm	-	-
6. ^a	-	Desm	-	-	-	Desm	-
7. ^a	-	-	Desm	-	-	-	Desm
8. ^a	-	-	-	Desm	-	-	-
9. ^a	-	-	-	-	-	-	-
10. ^a	-	-	-	-	-	-	-

Desm: desmopresina.

Todos los días que recibe tratamiento se administra desmopresina a la misma dosis que consiguió la sequedad. Los otros días se estimula para que se atribuya el éxito a sí mismo en vez de a la medicación.

*Modificado de Butler RJ, Holland P, Robinson J. Examination of the structured withdrawal program to prevent relapse of nocturnal enuresis. J Urol. 2001;166:2463-6.

REGISTRO DE CONTROL DEL TRATAMIENTO DE ALARMA DE ENURESIS

NOMBRE:
 EDAD:
 FECHA DE INICIO (DÍA, MES Y AÑO):

SÍNTOMAS (escribe el número de veces que te ha ocurrido cada situación)

	L	M	X	J	V	S	D	L	M	X	J	V	S	D
No he oído la alarma y me he mojado														
No he hecho caso a la alarma y me he mojado														
He respondido a la alarma y me he mojado pero he terminado en el váter														
He respondido pronto a la alarma y casi no me he mojado (gotas o chorrito)														
Me he despertado para orinar antes de que sonara la alarma														
No me he mojado y he dormido toda la noche. (ni ha sonado, ni me he levantado)														
Fallo de la alarma														

L M X J V S D L M X J V S D

MEDICACIÓN O MEDIDAS (marca con una cruz los días que lo hayas hecho)

Bebí poco														
Bebí 1 vaso de agua al acostarme														
Bebí 2 vasos de agua al acostarme														
Tomé medicación:														
Tomé medicación:														



©Isabel Úbeda, Roberto Martínez, Javier Díez.

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 y estimular al paciente siempre debe asociarse a la alarma o desmopresina.



¿Cuándo derivar desde AP?

- Imposibilidad de iniciar tratamiento
- Fracaso terapéutico reiterado de la EPM
- Enuresis secundaria (casos más complejos)
- Enuresis NO monosintomática