¿Y qué hacemos si aún moja la cama?

Mª Isabel Úbeda Sansano
Roberto Martínez García
(Valencia)

Los autores no tienen conflicto de intereses con la enuresis

12º curso actualización pediatría AEPap 2015

Enuresis

Equivale al término enuresis nocturna.

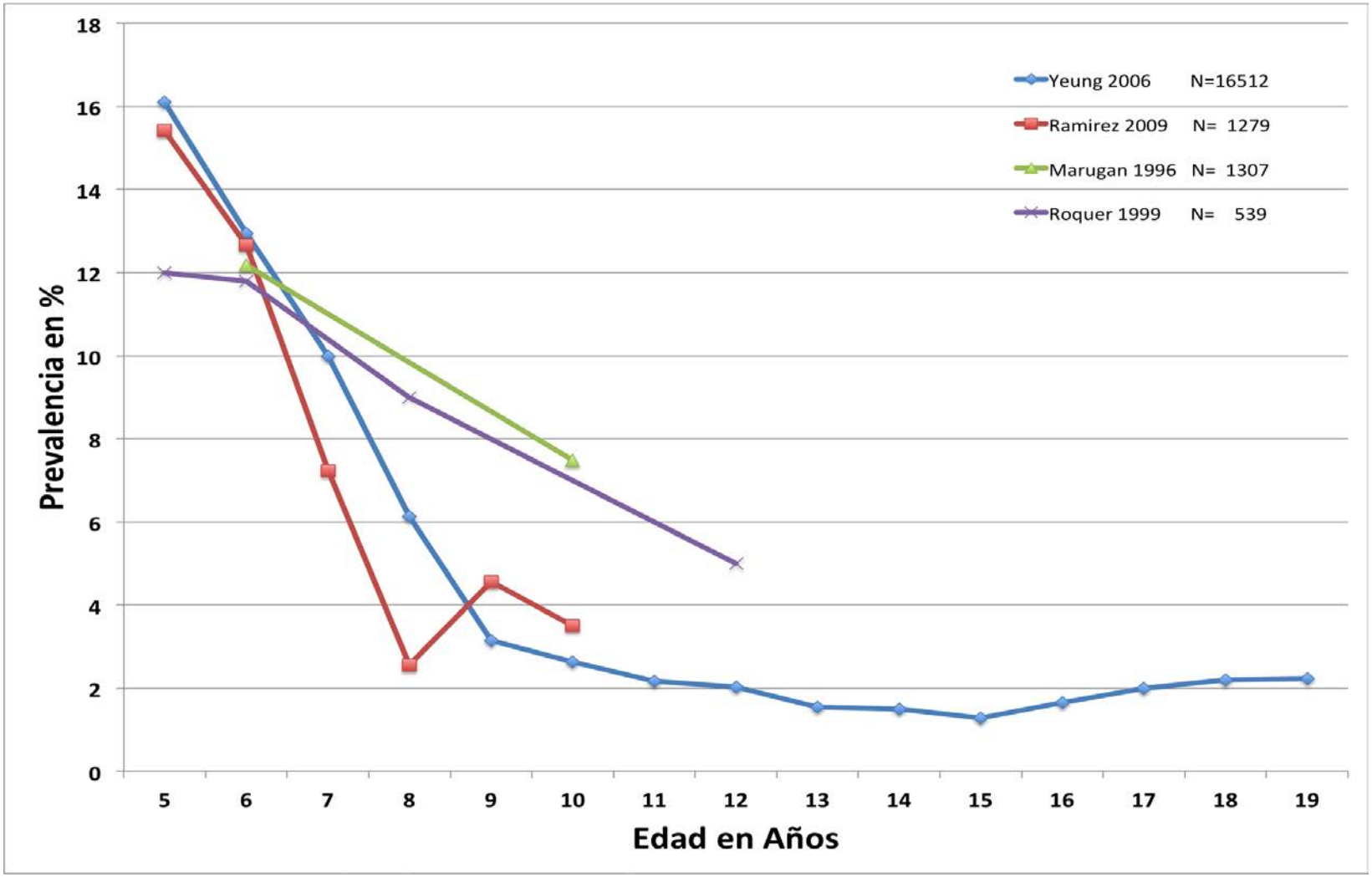
Es el escape de orina durante el sueño a una edad y frecuencia socialmente inaceptables.

Para el diagnóstico se requiere una **edad mínima de 5 años**

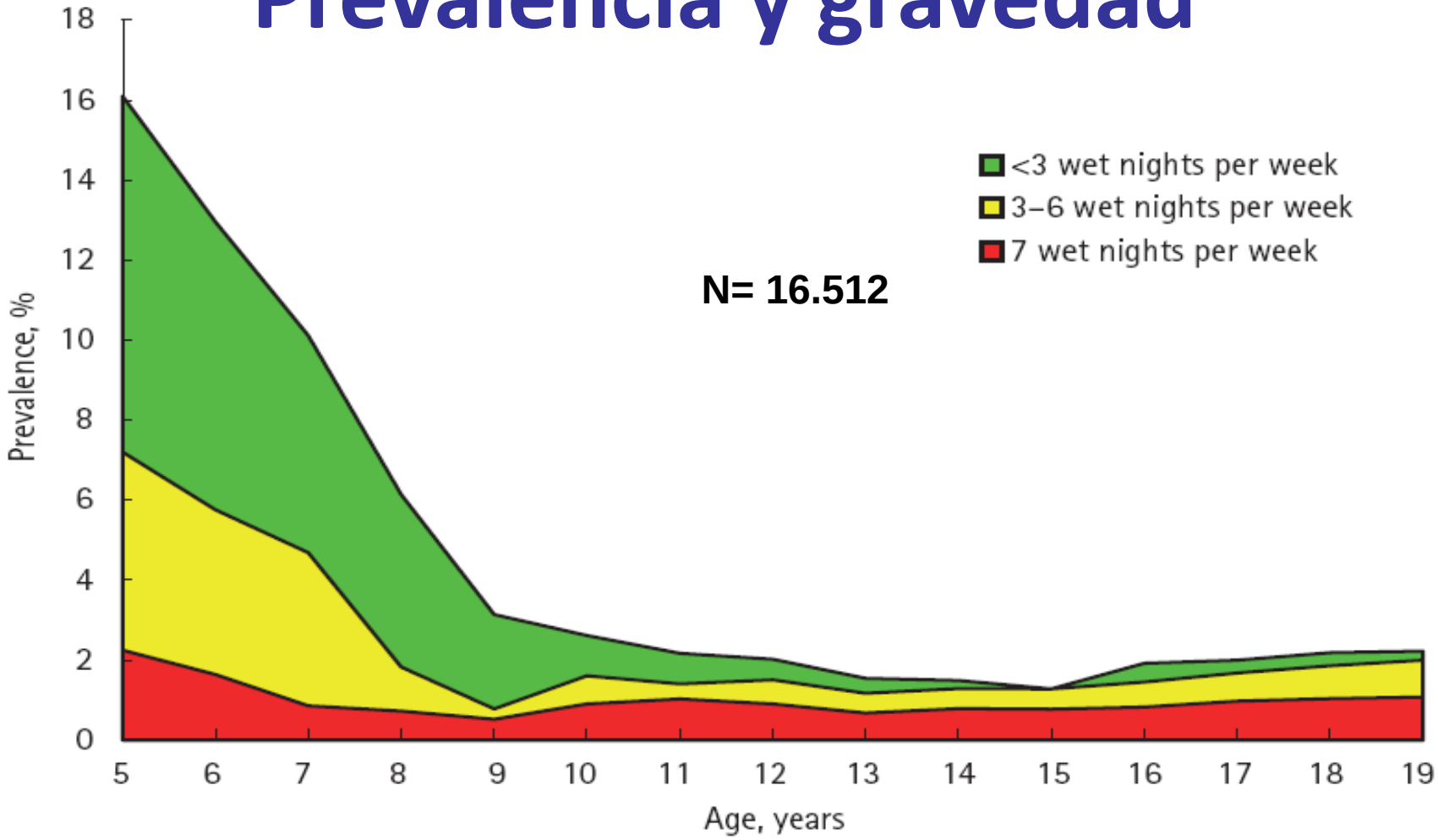
Tipos de enuresis

- **Primaria:** Nunca ha existido un periodo de sequedad ≥ a 6 meses.
- **Secundaria:** Aparece después de un periodo seco de al menos 6 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.

Prevalencia



Prevalencia y gravedad



Yeung CK, et al. BJU Int. 2006 May;97(5):1069-73.

Enuresis se asocia con…

- Historia familiar

OR: 4,24; IC95% (1,62-11,08)

- Género (Varones)

OR: 2,48; IC95% (1,10-5,58)

- TDAH

OR: 2,31; IC95% (0,99-5,34)

- Obesidad

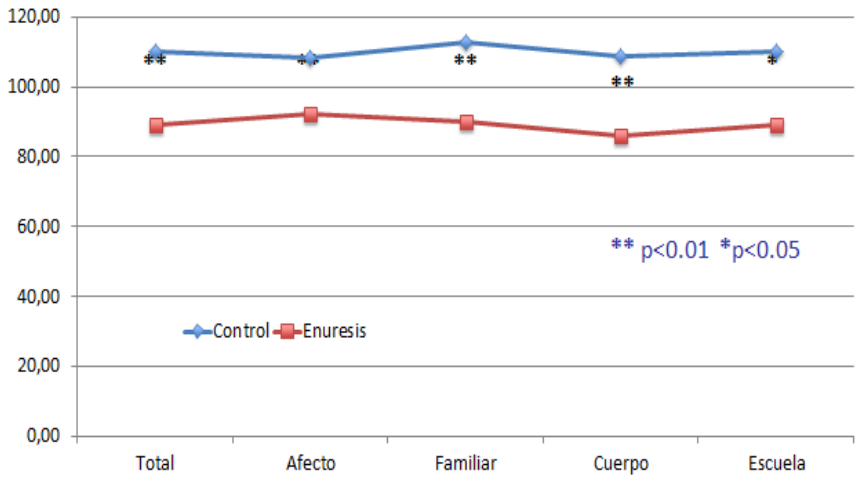
OR: 6,49; IC95% (2,67-15,78)

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

Impacto psicológico

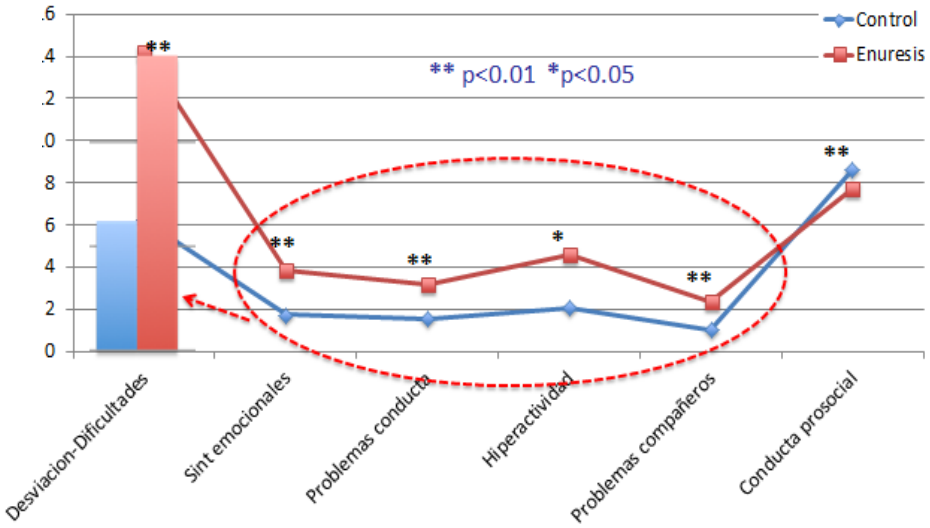
Autoestima

Multidimensional self-concept scales (MSCS)



Conducta

Strengths and difficulties questionnaire (SDQ)



Coppola G et al. Pediatr Nephrol. 2011;26:1829-1836.

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 AEPap www.pap.es

¿Cómo hacer el diagnóstico en AP?

- **Anamnesis** → Clave
- **Exploración** → Normal
  - Inspección espalda, genitales
  - Palpación abdominal
  - Marcha (punta/talón)

  } Se recomienda (D)
- **Diario miccional** → Imprescindible (A)

  (volumen /frecuencia) mín 3 días
- **Pruebas complementarias** → NO se recomiendan

Úbeda I, Martínez R, Díez J.
Rev Pediatr Aten Primaria2005; 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?		
	HORA DE ACOSTARME			HORA DE ACOSTARME			HORA DE ACOSTARME			HORA DE ACOSTARME		
	¿Me levanté a orinar?			¿Me levanté a orinar?			¿Me levanté a orinar?			¿Me levanté a orinar?		
	¿Me oriné durmiendo?			¿Me oriné durmiendo?			¿Me oriné durmiendo?			¿Me oriné durmiendo?		
	N.º de deposiciones:			Nº de deposiciones:			Nº de deposiciones:			Nº de deposiciones:		
	Tipo:			Tipo:			Tipo:			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?		

VMM

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 (P, 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 racima de uvas, con forma de salchicha, pero grumosa
3. Como una mazorca de maíz. Como "salchicha", pero con grietas en su superficie
4. Como una salchicha o serpiente, lisa y blanda

A RELLENAR POR SU PEDIATRA:

VMMD (volumen miccional máximo diurno) 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 teórico]:

©Isabel Úbeda, Roberto Martínez, Javier Díez.

Exibris Ediciones

Tratamiento EPM

Se recomienda…

- 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 EPM

No se recomienda…

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

Objetivos del tratamiento EPM

- **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).

Tratamiento EPM

- Tratamiento conductual simple (calendarios)
- **Alarma**
- **Desmopresina**

Factores de respuesta EPM

Buenos

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

Alarma

Malos

- 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]

Desmopresina

- Menor nº noches mojadas/ semana [Ib]
- ↓Capacidad vesical: ≤ 75% [Ib] (según la fórmula de Koff)

  mL =[(Edad en años + 2) x 30]

Úbeda MI. y col. 2005

Mejoran los resultados

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

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

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.

Exibris Ediciones

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, nauseas, vómitos, ganancia de peso rápida, letargo, desorientación)..

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														

MEDICACIÓN O MEDIDAS (marca con una cruz los días que lo hayas hecho)	L	M	X	J	V	S	D	L	M	X	J	V	S	D
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.

Exibris Ediciones

Tratamiento EPM

Ventajas

Alarma

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

Desmopresina

- Respuesta rápida.
- No precisa colaboración.
- Financiada por Stma 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.

Criterios evaluación del Tratamiento

Recibiendo tratamiento (Éxito inicial)

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

Tras finalizar el tratamiento (Éxito a largo plazo)

- Recidiva (fracaso a largo plazo): > 1 episodio al mes
- Curación:
  - Éxito continuado: No recidiva tras 6 meses sin tto.
  - Éxito completo: No recidiva tras 2 años sin tto.

Neveus T, Gontard A, Hoebeke P et al. J Urol 2006; 176:314-324.

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.

¿Cuándo derivar?

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