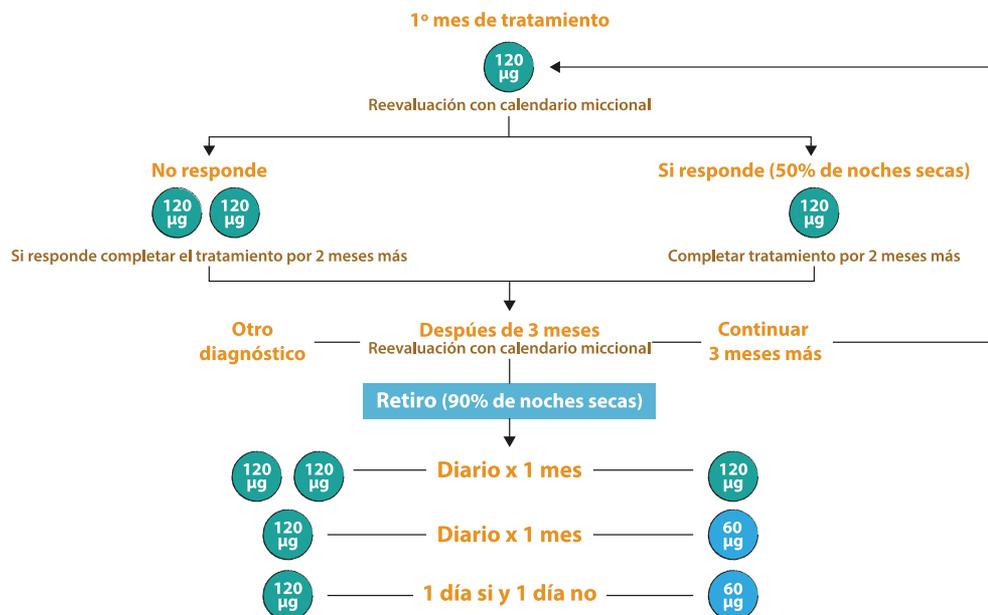


Enuresis:

incontinencia intermitente en un niño > 5 años de edad durante el sueño.¹

- Hasta 16% de los niños de 5 años mojan la cama frecuentemente.²

Esquema de tratamiento y de retiro³



- Los ciclos de tratamiento pueden ser continuados indefinidamente mientras los síntomas persistan.

Importante: La ingesta de líquido debe estar limitada a un mínimo de 1 hora antes y hasta 8 horas después de la administración de MINIRIN®.³

Minirin MELT⁴

agonista selectivo de los receptores V2 de vasopresina. Fácil **administración sublingual**, sin necesidad de líquidos para su ingesta. **60% mayor biodisponibilidad** que la presentación en tabletas.



Registro No.: 143M2009 SSA IV

No. de Aviso: 183300202C1543

"Para uso exclusivo de profesionales de la salud del sector privado"

REFERENCIAS:

1. YEUNG C, ET. ALL. (2005) DIFFERENCES IN CHARACTERISTICS OF NOCTURNAL ENURESIS BETWEEN CHILDREN AND ADOLESCENTS;
2. VANDE J. ET ALL. (2012) PRACTICAL CONSENSUS GUIDELINES FOR MANAGEMENT OF ENURESIS;
3. YOSHIYUKI O. ET ALL. (2015) GRADUAL TAPERING OF DESMOPRESSIN LEADS TO BETTER OUTCOME IN NOCTURNAL ENURESIS;
4. VINTER K. ET ALL (2013) DESMOPRESSIN MELT IMPROVES RESPONSE AND COMPLIANCE COMPARED WITH TABLET OF PRIMARY MONOSYPTOMATIC NOCTURNAL ENURESIS.

FERRING
PHARMACEUTICALS

Diario Miccional²



Por favor anote las características de las micciones al día. Debe de llenarlo durante 3 días, de preferencia que no sean fines de semana.

IMPORTANTE: Recuerde llevar esta hoja en su próxima consulta.

Nombre del paciente: _____

Nombre del médico: _____

Hora	Cantidad en ml	Ingesta de líquido		Urgencia		Pujó		Vaciado Incompleto		Interrupciones en el chorro		Flujo débil		Fuga de orina			Actividad en el momento de la fuga	
		Qué	Cantidad	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	Gotas	Chorro	Totalmente húmedo		
EJEMPLO	340	AGUA	1 TAZA			X			X		X		X	X				CAMINANDO

Día 1

6:00-7:00																		
7:00-8:00																		
9:00-10:00																		
11:00-12:00																		
12:00-13:00																		
13:00-14:00																		
14:00-15:00																		
15:00-16:00																		
16:00-17:00																		
18:00-19:00																		
19:00-20:00																		
20:00-21:00																		
21:00-22:00																		

Día 2

6:00-7:00																		
7:00-8:00																		
9:00-10:00																		
11:00-12:00																		
12:00-13:00																		
13:00-14:00																		
14:00-15:00																		
15:00-16:00																		
16:00-17:00																		
18:00-19:00																		
19:00-20:00																		
20:00-21:00																		
21:00-22:00																		

Día 3

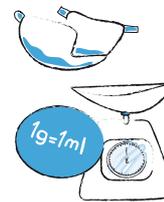
6:00-7:00																		
7:00-8:00																		
9:00-10:00																		
11:00-12:00																		
12:00-13:00																		
13:00-14:00																		
14:00-15:00																		
15:00-16:00																		
16:00-17:00																		
18:00-19:00																		
19:00-20:00																		
20:00-21:00																		
21:00-22:00																		

Medición de capacidad vesical²



Se debe de realizar por 3 días de preferencia que no sean fines de semana,

Por favor anote el peso del pañal antes de medición: _____



Cama (mojada/seca)	Peso de pañal/volumen de orina (ml)	Se levantó al baño (si/no)	Despertó (si/no)	1ª micción mañana (ml)
MOJO	100 ML	NO	NO	140 ML

Día 1 - de noche Fecha _____ Hora de dormir _____ Hora de despertar _____

Cama (mojada/seca)	Peso de pañal/volumen de orina (ml)	Fue al baño (si/no)	Despertó (si/no)	1ª micción mañana (ml)

Día 2 - de noche Fecha _____ Hora de dormir _____ Hora de despertar _____

Día 3 - de noche Fecha _____ Hora de dormir _____ Hora de despertar _____

Calendario miccional²

MES _____ AÑO _____

Se debe de llenar diario de manera indefinida.
Muestra el número de **noches secas** que se tienen al mes.

Debe de poner la fecha y marcar con una cruz la nube si fue una noche mojada o el sol si fue una noche húmeda.

DOMINGO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO



Para un mejor control del calendario miccional, se recomienda descargar la APP **Pipi en la cama LITE**, la cual le permitirá tener un **reporte mensual** sobre la evolución de la enuresis. Este reporte puede compartirlo por correo electrónico a quien se lo solicite.

Disponible en AppStore y GooglePlay



Paso 1²



Interpretación de capacidad vesical esperada (CVE)

- Calcule la capacidad vesical esperada para el paciente

$$CVE = (\text{edad} * 30) + 30$$

- Revise la medición de capacidad vesical que le entregará su paciente.
- Ubique en la tabla el parámetro en el que se encuentra el paciente.

Edad	Capacidad vesical normal para la edad	Capacidad vesical reducida	Poliuria nocturna
5 años	180 ml	< 117 ml	> 234 ml
6 años	210 ml	< 136 ml	> 273 ml
7 años	240 ml	< 156 ml	> 312 ml
8 años	270 ml	< 175 ml	> 351 ml
9 años	300 ml	< 195 ml	> 390 ml
10 años	330 ml	< 214 ml	> 429 ml
11 años	360 ml	< 234 ml	> 468 ml
12 años	390 ml	< 253 ml	> 507 ml

A partir de los 13 años la Capacidad Vesical Esperada es de 390 mL.

Paso 2²

Llenar el cuestionario de acuerdo a los datos obtenidos de la interpretación de CVE y la historia clínica del paciente.

Diagnóstico	Sí	No	Notas
1. Poliuria Nocturna (PN)			
Medición alta de la diuresis ⁽²⁾			La poliuria nocturna se define como una sobreproducción de orina durante la noche de más del 130% de la Capacidad Vesical Esperada. ² La poliuria nocturna, en algunos niños puede ser resultado de patrones de ingesta de líquidos inadecuados. ⁽¹⁾
Si el gasto urinario no puede ser medido			
Se moja tan pronto se queda dormido ⁽⁴⁾			
Grandes áreas mojadas en la cama ⁽⁴⁾			
2. Desórdenes de almacenamiento vesical			
Capacidad vesical reducida ⁽²⁾			Si los síntomas lo indican, considerar la necesidad de un escaneo de la vejiga para confirmar el vaciado vesical antes de medicar al paciente. El Volumen Miccional Máximo medido durante varios días es por lo menos 35% menor a la Capacidad Vesical Esperada para la edad. ⁽²⁾
Frecuencia urinaria ^(2,3)			8 o más micciones por día en presencia de ingesta "normal" de líquidos. ⁽²⁾
Escapes diurnos ^(2,3)			Cuantificar el mojado como 'húmedo' (sólo los pantalones), pantalones mojados (incluyendo secciones en la ropa) o ropa mojada (con derrame en el piso).
Urgencia ^(2,3)			Incapacidad para posponer la micción, posición incorrecta, incontinencia de urgencia.
3. Vaciado vesical			
Historia de micción anormal ⁽¹⁾			La necesidad de evaluación por parte del especialista debe de ser considerada para todos los niños con desórdenes de vaciado vesical. Micción poco frecuente, esfuerzo abdominal, chorro débil o intermitente, micción prolongada. ⁽²⁾
Historia de vaciamiento incompleto ⁽¹⁾			Evidencia/ sospecha de orina residual.
Historia de Infecciones del Tracto Urinario ^(1,3)			Evaluación y documentación del cuadro infeccioso.
Investigaciones anormales ⁽²⁾			Residuo post-miccional de más de 20 ml, uroflujo anormal, ultrasonido vesical o renal anormal. ⁽²⁾
Constipación ^(1,3)			La constipación, independientemente de un desorden vesical, siempre debe de ser tratada. ⁽¹⁾
4. Screening negativo			
Ninguno de los factores del 1 al 3 aplican.			
5. Desórdenes mixtos			
Tanto poliuria nocturna como desorden de almacenamiento vesical están presentes.			
Otros factores que afectan el manejo			
Condiciones co-existentes			
Desorden emocional/ de comportamiento			Estos factores están comúnmente asociados con desórdenes de vaciamiento vesical y existe mayor dificultad en lograr la adherencia de estos niños al tratamiento.
Desorden del espectro acústico, TDA			
Dificultades de aprendizaje leves/ moderadas			

Decidir la mejor estrategia para el paciente.

Tratamiento

Categoría	Diagnóstico	Enfoque terapéutico								
Todos los pacientes		<p>1. Normalizar la ingesta de líquido ^(1,3) Las guías NICE para el tratamiento de la enuresis recomiendan la siguiente ingesta de líquido:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Edad</th> <th>Cantidad de líquido al día</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>4-8 años</td> <td>1000-1400 mls.</td> </tr> <tr> <td>9-13 años</td> <td>1200-2300 mls.</td> </tr> <tr> <td>14-18 años</td> <td>1400-3200 mls.</td> </tr> </tbody> </table> <p>Estos volúmenes deben ser considerados como el objetivo a ingerir de niños con enuresis, tratando de tomar la mayor proporción del líquido durante la mañana y temprano en la tarde.</p> <p>2. Optimizar el vaciado vesical ^(1,3) 3. Tratar la constipación ^(1,3)</p>	Edad	Cantidad de líquido al día	4-8 años	1000-1400 mls.	9-13 años	1200-2300 mls.	14-18 años	1400-3200 mls.
Edad	Cantidad de líquido al día									
4-8 años	1000-1400 mls.									
9-13 años	1200-2300 mls.									
14-18 años	1400-3200 mls.									
1. Poliuria nocturna	Enuresis nocturna primaria (ENP) con poliuria nocturna (PN)	Siempre abordar primero la ingesta de líquidos. La respuesta a la desmopresina es mejor en este tipo de pacientes. La respuesta a la alarma puede ser menor, anexar desmopresina al tratamiento puede ser útil. ^(1,3)								
2. Desórdenes de almacenamiento vesical	Vejiga pequeña/ hiperactiva	El entrenamiento vesical es la primera línea de tratamiento para una vejiga con baja capacidad, los medicamentos anticolinérgicos pueden ser útiles. Añadir desmopresina al tratamiento puede incrementar la tasa de respuesta. La alarma puede ser utilizada pero la tasa de respuesta puede ser menor.								
3. Desórdenes de vaciado	Micción disfuncional o desorden estructural/ neurológico	Se debe de referir al especialista en el área.								
4. Screening negativo		Este grupo responde mejor a la alarma. La desmopresina puede ser efectiva también pero la tasa de respuesta puede ser menor que en el grupo de pacientes que cursa con poliuria. ⁽¹⁾								
5. Desorden mixto	ENP con poliuria nocturna y desorden de almacenamiento vesical	Lo mejor es referirlo a un especialista de clínica de enuresis. La terapia combinada como desmopresina + anticolinérgico o desmopresina + alarma puede tener buenos resultados. ⁽¹⁾								
Problemas múltiples detectados en el screening		Los pacientes con problemas múltiples, como lo son las comorbilidades psiquiátricas o psicológicas, una combinación de anomalías sistemáticas, o fallas previas en el tratamiento, serán más difíciles y tendrán que ser referidos al especialista.								