

Revista Médica

IATREIA

Universidad de Antioquia

ISSN 0121-0793 / ISSN-e 2011-7965
VOLUMEN 36 / SUPLEMENTO 1 / 2023

Director

CARLOS ANDRÉS RODRÍGUEZ JARAMILLO

Secretaria

NORHA ESTELLA MARTÍNEZ VALLEJO

Bibliotecóloga

LUISA FERNANDA PALACIO PUERTA

Corrección de estilo

LAURA MARÍA CORREA LOPERA

Auxiliar

ANA MARÍA LONDOÑO GIRALDO

Comité Científico Intenacional

ÁNGELA M. LIS, PT, Ph. D., CEU. Universidad Seton Hall, EE. UU.
FLÁVIA RIBEIRO MACHADO, Ph. D. Universidad de São Paulo, Brasil.
ISABELLE SCHRAUWEN, Ph. D. Universidad de Columbia, EE. UU.
JAN E. CONN, Ph. D. Centro Wadsworth, EE.UU.
JORGE I. ÁLVAREZ, Ph. D. Universidad de Pensilvania, EE UU.
RUSSELL DAVID HAMER, Ph. D. Universidad Atlántica de Florida, EE.UU.

Comité Editorial

DIANA PAOLA CUESTA-CASTRO, M.D., MSc, Ph. D. Universidad Pontificia Bolivariana, Colombia
DIEGO FERNANDO ROJAS-GUALDRÓN, MSc, Ph. D. Universidad CES, Colombia
GLORIA LILIANA DUQUE-CHICA, MSc, Ph. D. Universidad de Medellín, Colombia
GLORIA VÁSQUEZ-DUQUE, M.D., Ph. D. Universidad de Antioquia, Colombia
LINA ANDREA GUTIÉRREZ-BUILES, Bact., Ph. D. Universidad Pontificia Bolivariana, Colombia
LUIS CARLOS DOMÍNGUEZ-TORRES, M.D., Ph. D. Universidad de la Sabana, Colombia
MIRYAN MARGOT SÁNCHEZ-JIMÉNEZ, Ph. D. ICMT, Universidad CES, Colombia
ZULMA VANESSA RUEDA, M.D., Ph. D. Universidad de Manitoba, Canadá

Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia

Decano

CARLOS ALBERTO PALACIO ACOSTA

Vicedecano

LUIS MIGUEL ACEVEDO ARROYAVE

Jefe de Educación Médica

LUIS GUILLERMO DUQUE RAMÍREZ

Jefa de Posgrado

LINA MARÍA VÉLEZ CUERVO

Jefa de Pregrado

VIVIANA MOLINA

Directora del Instituto de Investigaciones Médicas

JENNY GARCÍA VALENCIA

Oficina de Comunicaciones

JUAN DAVID CASTRO QUINTERO

Jefa del Centro de Extensión

ADRIANA DEL SOCORRO MIRA BUSTAMANTE

Directora de la Biblioteca Médica

MARIA ARACELLY OROZCO

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

Rector

JOHN JAIRO ARBOLEDA CÉSPEDES

Vicerrector General

ÉLMER DE JESÚS GAVIRIA RIVERA

Vicerrectora de Docencia

ELVIA MARÍA GONZÁLEZ AGUDELO

Vicerrector Administrativo

RAMÓN JAVIER MESA CALLEJAS

Vicerrectora de Investigación

LUZ FERNANDA JIMÉNEZ SEGURA

Vicerrector de Extensión Universitaria

DAVID HERNÁNDEZ GARCÍA

Directora de Relaciones Internacionales

MARCELA GARCÉS VALDERRAMA

Secretario General

WILLIAM FREDY PÉREZ TORO

Directora del Departamento de Publicaciones

GLORIA PATRICIA NIETO NIETO



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

1 8 0 3

IATREIA

Revista trimestral de la Facultad de Medicina

Universidad de Antioquia

VOLUMEN 36 / SUPLEMENTO 1 / 2023

IATREIA: Nombre reservado para la Universidad de Antioquia, por Resolución No. 1.974 de abril 27 de 1989 del Ministerio de Gobierno, Dirección Nacional del Derecho de Autor.

IATREIA está indexada en PUBLINDEX, SCOPUS, SCIELO, EMBASE, LILACS, PERIÓDICA, IMBIOMED, DOAJ, BIBLAT, ESCI, LATINDEX, MIAR, REDIB, ULRICHSWEB, GOOGLE SCHOLAR Y REDALYC

Diseño, diagramación e impresión: Taller Artes y Letras S.A.S. Medellín

Correspondencia

IATREIA

FACULTAD DE MEDICINA / UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

APARTADO AÉREO 1226 - MEDELLÍN, COLOMBIA

TELÉFONO: (574) 219 69 19

Dirección electrónica: revistaiatreia@udea.edu.co

Página web: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/iatreia>

Canjes

BIBLIOTECA MÉDICA / FACULTAD DE MEDICINA / UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

APARTADO AÉREO 1226 - MEDELLÍN, COLOMBIA. Teléfono (574) 219 69 10

Dirección electrónica: aracelly.orozco@udea.edu.co

Recomendaciones basadas en guías de práctica clínica sobre definición, diagnóstico y tratamiento de la enuresis monosintomática en pacientes pediátricos

Richard Baquero-Rodríguez^{1,2}, Zilac Espitaleta^{3,4}, Víctor Hugo Figueroa^{5,6}, Adriana Isabel Meza-Martínez^{7,8}, Jimena Adriana Cáceres-Mosquera^{9,10}, Yeferson Álvarez-Gómez¹¹, Johanna Ovalle-Díaz¹², Diana Carolina Bello-Márquez^{14,15}, Carlos Alberto Rodríguez-Ibarra^{13,16}, Gustavo Adolfo Guerrero-Tinoco^{17,18}, Martha Isabel Carrascal-Guzmán^{19,20}, Lorena Freyle-Fraija²¹, Luz Esthella González^{22,23}, Héctor Jairo Motato-Moscoso²⁴, Alejandro Quintero-Espinosa²⁴, Yesica Quiroz²⁶, Ehimy Marcela Suárez-Barajas²⁷, Lorena Quiñones-Ríos²⁸, Andrea Bolaños-Gómez^{29,30}, Mariangel Castillo³¹, Kelly Chacón-Acevedo³², Yair Cadena³³, Nicolás Fernández³⁴, Camilo Orjuela^{33,35}, Juan Páez³⁶, Juan Vanegas³⁷, Claudia Irene Pinto³⁷, Natalia Mejía^{39,40}

- ¹ Pediatra Nefrólogo, Facultad de Medicina, Departamento de Pediatría y Puericultura, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia
- ² Pediatra Nefrólogo, Hospital Universitario San Vicente Fundación, Medellín, Colombia
- ³ Pediatra Nefróloga, Facultad de ciencias de la Salud, Universidad Simon Bolivar, Barranquilla, Atlántico
- ⁴ Pediatra Nefróloga, Clínica de la Costa, Barranquilla, Atlántico
- ⁵ Urólogo Pediatra, Clínica FOSCAL, Floridablanca, Colombia
- ⁶ Urólogo Pediatra, Facultad de Ciencias de la Salud, Departamento de Urología, Universidad Autónoma de Bucaramanga, Bucaramanga, Santander
- ⁷ Pediatra Nefróloga, Instituto Roosevelt, Bogotá, Colombia
- ⁸ Pediatra Nefróloga, Hospital infantil universitario de San José, Bogotá, Colombia.
- ⁹ Pediatra Nefróloga, Clínica Infantil Santa María del Lago Keralty, Bogotá, Colombia
- ¹⁰ Pediatra Nefróloga, Unidad Renal Davita, Bogotá, Colombia
- ¹¹ Pediatra Nefrólogo, Fresenius MC, Pereira, Colombia
- ¹² Uróloga Pediatra, Hospital Militar Central
- ¹³ Uróloga Pediatra, Instituto Roosevelt
- ¹⁴ Pediatra Nefróloga, Clínica las Américas, Medellín, Colombia
- ¹⁵ Pediatra Nefróloga, EPS Suramericana, Medellín, Colombia
- ¹⁶ Urólogo Pediatra, Clínica del Country
- ¹⁷ Pediatra Nefrólogo, Servicio de Nefrología pediátrica, Hospital Infantil Napoleón Franco Pareja, Cartagena, Colombia
- ¹⁸ Pediatra Nefrólogo, Facultad de Medicina, Departamento de pediatría, Universidad de Cartagena, Cartagena, Colombia
- ¹⁹ Pediatra Nefróloga Facultad de Medicina, Departamento de pediatría, Universidad del valle, Cali, Colombia
- ²⁰ Pediatra Nefróloga, Fundación clínica Infantil Club Noel, Cali, Colombia
- ²¹ Pediatra Nefróloga, Fresenius MC, Barranquilla, Colombia
- ²² Pediatra Nefróloga, Fundación Cardioinfantil, Bogotá, Colombia
- ²³ Pediatra Nefróloga, Clínica los Cobos, Bogotá, Colombia
- ²⁴ Urólogo Pediatra, Fundación clínica Infantil Club Noel, Cali, Colombia
- ²⁶ Urólogo Pediatra, Fundación Puigvert, Barcelona, España
- ²⁷ Pediatra Nefróloga, Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona, España
- ²⁸ Pediatra Nefróloga, Facultad de Medicina, Departamento de pediatría y puericultura, Universidad del Quindío, Armenia, Colombia
- ²⁹ Urólogo Pediatra, Facultad de Medicina, Departamento de Urología, Fundación Universitaria de ciencias de la salud, Bogotá, Colombia
- ³⁰ Urólogo Pediatra, Hospital Infantil Universitario de San José, Bogotá, Colombia
- ³¹ Pediatra Nefróloga, Hospital San Ignacio, Bogotá, Colombia
- ³² Epidemiología Clínica, Instituto Global de Excelencia Clínica, Keralty, Bogotá, Colombia
- ³³ Urólogo Pediatra, Fundación Cardioinfantil, Bogotá, Colombia
- ³⁴ Urólogo Pediatra, Seattle Children's Hospital, Seattle, Estados Unidos
- ³⁵ Urólogo Pediatra, Fundación Hospital de la Misericordia, Bogotá, Colombia
- ³⁶ Urólogo, Clínica Reina Sofía, Bogotá, Colombia
- ³⁷ Pediatra Nefrólogo, Docente de cátedra Programa Living Lab telemedicina, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.
- ³⁸ Pediatra Nefróloga, Clínica San Luis, Bucaramanga, Colombia
- ³⁹ Pediatra Nefróloga, Fundación Santa Fe de Bogotá, Bogotá, Colombia
- ⁴⁰ Pediatra Nefróloga, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes, Bogotá, Colombia

INFORMACIÓN ARTÍCULO

Palabras clave

Enuresis;
Incontinencia Urinaria;
Guías de Práctica Clínica

Recibido: mayo 8 de 2022

Aceptado: diciembre 12 de 2022

Correspondencia:

Richard Baquero Rodríguez
richard.baquero@udea.edu.co

Cómo citar: Baquero-Rodríguez R, Espitaleta Z, Figueroa VH, Meza-Martínez AI, Cáceres-Mosquera JA, Álvarez-Gómez Y, et al. Recomendaciones basadas en guías de práctica clínica sobre definición, diagnóstico y tratamiento de la enuresis monosintomática en pacientes pediátricos. *Iatreia* [Internet]. 2023;36(1-Supl):3-22. <https://doi.org/10.17533/udea.iatreia.212>.



Copyright: © 2023
Universidad de Antioquia.

RESUMEN

Introducción: la enuresis es una enfermedad relativamente frecuente, multifactorial, que puede afectar significativamente la calidad de vida de los pacientes y sus familias. Por esto, el personal de salud debe estar actualizado y entrenado en su identificación y correcto manejo. La Asociación Colombiana de Nefrología Pediátrica (ACONEPE) y la Sociedad Colombiana de Urología (SCU) capítulo urología pediátrica, aunaron esfuerzos para generar recomendaciones aplicables al contexto colombiano que puedan implementarse de manera práctica, integral y unificada en los diferentes niveles de atención médica a nivel nacional y regional.

Objetivo: generar recomendaciones sobre la definición, el diagnóstico y el tratamiento de la enuresis monosintomática primaria en pacientes pediátricos, a partir de guías de práctica clínica.

Materiales y métodos: se realizó una revisión sistemática de las guías de práctica clínica producidas entre el año 2010 y el 2 de diciembre del 2020, en las bases de datos Embase, Pubmed, Epistemonikos, grupos desarrolladores y compiladores de guías y ministerios de salud. La selección de la evidencia que soportó las recomendaciones se basó en los criterios definidos por el Ministerio de Salud y el Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud de Colombia. La calificación de las guías de práctica clínica (GPC) se realizó mediante la aplicación pareada de la herramienta Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation (AGREE II) por un experto clínico y un experto metodológico. La información (recomendaciones) de las guías fue analizada por el grupo desarrollador, considerando la pertinencia de la recomendación para responder las preguntas, la vigencia y la implementabilidad en el contexto colombiano.

Se formularon recomendaciones preliminares sometidas a la revisión y aprobación de un panel externo, inicialmente a través de una consulta virtual y posteriormente en una sesión formal de consenso. Se definió el acuerdo como la aprobación de, al menos, el 80 % de los expertos. La fuerza de las recomendaciones fue gradada como fuerte o condicional, considerando la calidad de la evidencia, la relación riesgo-beneficio, la equidad en el acceso y los costos asociados. Tanto el grupo desarrollador como el panel consultado declararon sus conflictos de interés.

Resultados: a partir de tres GPC seleccionadas con calificación en AGREE en dominio 3 y 6 superior al 60 %, se formularon 54 recomendaciones distribuidas en las categorías de definición, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la enuresis monosintomática. El panel revisor estuvo conformado por siete expertos en el tema. Las recomendaciones fueron aprobadas con puntuaciones entre 85.7 % y 100 %.

Conclusiones: las recomendaciones propuestas y avaladas por expertos en el tema permitirán orientar la toma de decisiones clínicas respecto a la atención de pacientes con enuresis monosintomática, garantizando un cuidado centrado en las personas, con altos estándares de calidad, y la generación de políticas de seguridad, salud y bienestar para los equipos multidisciplinarios de atención.

Recommendations based on clinical practice guidelines on the definition, diagnosis and treatment of monosymptomatic enuresis in pediatric patients

Richard Baquero-Rodríguez^{1,2}, Zilac Espitaleta^{3,4}, Víctor Hugo Figueroa^{5,6}, Adriana Isabel Meza-Martínez^{7,8}, Jimena Adriana Cáceres-Mosquera^{9,10}, Yeferson Álvarez-Gómez¹¹, Johanna Ovalle-Díaz¹², Diana Carolina Bello-Márquez^{14,15}, Carlos Alberto Rodríguez-Ibarra^{13,16}, Gustavo Adolfo Guerrero-Tinoco^{17,18}, Martha Isabel Carrascal-Guzmán^{19,20}, Lorena Freyle-Fraija²¹, Luz Esthella González^{22,23}, Héctor Jairo Motato-Moscoco²⁴, Alejandro Quintero-Espinosa²⁴, Yesica Quiroz²⁶, Ehimy Marcela Suárez Barajas²⁷, Lorena Quiñones-Ríos²⁸, Andrea Bolaños-Gómez^{29,30}, Mariangel Castillo³¹, Kelly Chacón-Acevedo³², Yair Cadena³³, Nicolás Fernández³⁴, Camilo Orjuela^{33,35}, Juan Páez³⁶, Juan Vanegas², Claudia Irene Pinto³⁸, Natalia Mejía^{39,40}

¹ Pediatrician Nephrologist, School of Medicine, Department of Pediatrics and Pediatrics, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

² Pediatric Nephrologist, Hospital Universitario San Vicente Fundación, Medellín, Colombia.

³ Pediatrician Nephrologist, Faculty of Health Sciences, Universidad Simón Bolívar, Barranquilla, Atlántico.

⁴ Pediatrician Nephrologist, Clínica de la Costa, Barranquilla, Atlántico

⁵ Pediatric Urologist, Clínica FOSCAL, Floridablanca, Colombia

⁶ Pediatric Urologist, Faculty of Health Sciences, Department of Urology, Universidad Autónoma de Bucaramanga, Bucaramanga, Santander.

⁷ Pediatric Nephrologist, Instituto Roosevelt, Bogotá, Colombia

⁸ Pediatric Nephrologist, San José University Children's Hospital, Bogotá, Colombia.

⁹ Pediatric Nephrologist, Clínica Infantil Santa María del Lago Keralty, Bogota, Colombia

¹⁰ Pediatrician Nephrologist, Davita Renal Unit, Bogota, Colombia

¹¹ Pediatrician Nephrologist, Fresenius MC, Pereira, Colombia

¹² Pediatric Urologist, Hospital Militar Central, Buenos Aires, Argentina

¹³ Pediatric Urologist, Roosevelt Institute

¹⁴ Pediatrician Nephrologist, Clínica las Américas, Medellín, Colombia

¹⁵ Pediatrician Nephrologist, EPS Suramericana, Medellín, Colombia

¹⁶ Pediatric Urologist, Country Clinic

¹⁷ Pediatric Nephrologist, Pediatric Nephrology Service, Napoleon Franco Pareja Children's Hospital, Cartagena, Colombia.

¹⁸ Pediatrician Nephrologist, School of Medicine, Department of Pediatrics, University of Cartagena, Cartagena, Colombia.

¹⁹ Pediatrician Nephrologist, School of Medicine, Department of Pediatrics, Universidad del Valle, Cali, Colombia.

²⁰ Pediatric Nephrologist, Fundación clínica Infantil Club Noel, Cali, Colombia.

²¹ Pediatrician Nephrologist, Fresenius MC, Barranquilla, Colombia

²² Pediatric Nephrologist, Fundación Cardioinfantil, Bogotá, Colombia.

²³ Pediatric Nephrologist, Clínica los Cobos, Bogota, Colombia

²⁴ Urologist Pediatrician, Fundación clínica Infantil Club Noel, Cali, Colombia

²⁶ Pediatric Urologist, Fundació Puigvert, Barcelona, Spain

²⁷ Pediatric Nephrologist, Vall d'Hebron University Hospital, Barcelona, Spain

²⁸ Pediatrician Nephrologist, Faculty of Medicine, Department of Pediatrics and Child Care, Universidad del Quindío, Armenia, Colombia.

²⁹ Pediatric Urologist, School of Medicine, Department of Urology, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Bogotá, Colombia.

³⁰ Pediatric Urologist, Hospital Infantil Universitario de San José, Bogotá, Colombia.

³¹ Pediatric Nephrologist, Hospital San Ignacio, Bogota, Colombia

³² Clinical Epidemiology, Global Institute of Clinical Excellence, Keralty, Bogota, Colombia.

³³ Pediatric Urologist, Fundación Cardioinfantil, Bogota, Colombia

³⁴ Pediatric Urologist, Seattle Children's Hospital, Seattle, U.S.A.

³⁵ Pediatric Urologist, Fundación Hospital de la Misericordia, Bogotá, Colombia.

³⁶ Urologist, Clínica Reina Sofía, Bogotá, Colombia

³⁷ Pediatrician Nephrologist, Professor of the Living Lab Telemedicine Program, School of Medicine, University of Antioquia, Medellín, Colombia.

³⁸ Pediatrician Nephrologist, Clínica San Luis, Bucaramanga, Colombia

³⁹ Pediatric Nephrologist, Fundación Santa Fe de Bogotá, Bogotá, Colombia.

⁴⁰ Pediatric Nephrologist, School of Medicine, Universidad de los Andes, Bogotá, Colombia.

ARTICLE INFORMATION

Keywords

Enuresis;
Urinary incontinence;
Clinical Practice Guidelines

Received: May 8, 2022

Accepted: December 12, 2022

Correspondence:

Richard Baquero Rodríguez:
richard.baquero@udea.edu.co

How to cite: Baquero-Rodríguez R, Espitaleta Z, Figueroa VH, Meza-Martínez AI, Cáceres-Mosquera JA, Álvarez-Gómez Y, et al. Recommendations based on clinical practice guidelines on the definition, diagnosis and treatment of monosymptomatic enuresis in pediatric patients. *Iatreia* [Internet]. 2023;36(1-Suppl):3-22. <https://doi.org/10.17533/udea.iatreia.212>.



Copyright: © 2023
Universidad de Antioquia.

ABSTRACT

Introduction: Enuresis is a relatively frequent multifactorial condition that can significantly affect the quality of life of patients and their families. Therefore, the health care personnel must be updated and trained in the identification and correct management of this disorder. Having stated the above, the Colombian Association of Pediatric Nephrology (Asociación Colombiana de Nefrología pediátrica (ACONEPE)) and the Colombian Society of Urology Sociedad Colombiana de Urología (SCU) chapter of pediatric urology, committed to the health of the pediatric population, joined efforts to generate recommendations applicable to the Colombian context, which can be implemented in a practical, comprehensive and unified manner at the different levels of medical care for the patients with monosymptomatic enuresis.

Objective: To generate recommendations on the definition, diagnosis and treatment of primary monosymptomatic enuresis in pediatric patients, based on clinical practice guidelines.

Materials and methods: A systematic review of the clinical practice guidelines produced between 2010 and December 2, 2020; the electronic databases Medline (Pubmed), and Embase were consulted, as well as those of developer and compiler agencies of clinical practice guidelines (CPGs) and Ministries of Health. The selection of the evidence that supported the recommendations was based on the criteria defined by the Ministry of Health and the Institute for Health Technology Assessment of Colombia. The clinical practice guidelines (CPG) were rated by a paired application of the Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation (AGREE II) tool by a clinical expert and a methodological expert. The information (recommendations) of the guides was analyzed by the development group, considering the relevance of the recommendation to answer the questions, the validity and the implementability in the Colombian context.

Preliminary recommendations were submitted for review and approval by an external panel, initially through a virtual consultation and later in a formal consensus session. Agreement was defined as the approval of at least 80% of the experts. The strength of the recommendations was graded as strong or conditional, considering the quality of the evidence, the risk-benefit ratio, equity in access, and associated costs. Both the developer group and the consulted panel declared their conflicts of interest.

Results: From three selected CPGs with an AGREE score in domain 3 and 6 greater than 60%, 54 recommendations distributed in the categories of definition, diagnosis, treatment and follow-up of monosymptomatic enuresis were formulated. The review panel was made up of seven experts on the subject. The recommendations were approved with scores between 85.7% and 100%.

Conclusions: The recommendations proposed and endorsed by experts on the subject will guide clinical decision-making regarding the care of patients with monosymptomatic enuresis, guaranteeing people-centered care, with high quality standards, and the generation of safety policies, health and wellness for multidisciplinary care teams.

Introducción

La enuresis es una enfermedad relativamente frecuente, multifactorial, que puede afectar significativamente la calidad de vida de los pacientes y sus familias. Por esto, el personal de salud debe estar actualizado y entrenado en su identificación y correcto manejo.

De acuerdo con la Sociedad Internacional de Continencia en Niños (ICCS, siglas en inglés), la enuresis es un tipo de incontinencia urinaria caracterizada por ser intermitente y por presentarse exclusivamente durante los periodos de sueño (1). Se considera clínicamente significativa cuando ocurre con una frecuencia de al menos dos veces por semana por un periodo mínimo de tres meses consecutivos, o cuando genera malestar clínico significativo, deterioro social, académico o de otras áreas, teniendo en cuenta los criterios descritos por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (Siglas en inglés, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition [DSM-5]) (2).

La prevalencia de la enuresis en Colombia no ha sido evaluada. Sin embargo, se sabe que esta disminuye a medida que aumenta la edad. Se espera que a los 4 años un 20 % a 25 % de los niños puedan presentarla; a la edad de 7 años disminuye a un 5 % a 10 % y, a pesar de que en su gran mayoría se resuelve espontáneamente, en los adultos puede persistir en un 0,5 % a 3 % (3).

La etiología presenta un componente multifactorial cada vez mejor entendido. Se describe una herencia autosómica recesiva que explica por qué, cuando uno de los padres presentó enuresis, el niño tiene un riesgo adicional del 40 % de desarrollar la condición, y del 70 % cuando los dos padres la presentaron. Igualmente se ha descrito alteración en la capacidad vesical e incapacidad para despertarse, o bien la combinación de estos factores (3).

El impacto psicosocial de esta enfermedad es ampliamente conocido y representa un componente estresante que puede desencadenar problemas emocionales y comportamentales, como una menor participación en actividades sociales y la alteración en el desarrollo escolar y social del paciente. También se han descrito comportamientos ansiosos, depresivos y agresivos (4), así como disfunción familiar y disminución en la calidad de vida, todo lo cual puede mejorar al recibir orientación y tratamiento adecuados (5,6).

Únicamente un tercio de los pacientes con enuresis reciben atención médica para esta condición (7), por lo que desde las diferentes agremiaciones médicas se han realizado esfuerzos para llamar la atención sobre ella y promover su correcto diagnóstico y manejo. Desde el 2015, la ICCS y la Sociedad Europea de Urología Pediátrica (ESPU) declararon el último martes del mes de mayo como el Día Mundial de la Enuresis (8).

Expuesto lo anterior, la Asociación Colombiana de Nefrología Pediátrica (ACONEPE) y la Sociedad Colombiana de Urología (SCU) capítulo urología pediátrica, comprometidas con la salud de la población pediátrica, aunaron esfuerzos para generar recomendaciones aplicables al contexto colombiano que puedan implementarse de manera práctica, integral y unificada en los diferentes niveles de atención médica para la atención de pacientes con enuresis monosintomática (EM).

Metodología

Este documento tiene como objetivo generar recomendaciones sobre la definición, el diagnóstico y el tratamiento de la enuresis monosintomática (EM) primaria en pacientes pediátricos, a partir de guías de práctica clínica (GPC) en pacientes entre 5 y 18 años con sospecha o diagnóstico de enuresis monosintomática primaria, excluyendo pacientes con enuresis no monosintomática (EnoM).

El presente documento incluye recomendaciones acerca de la definición, el diagnóstico y el tratamiento de la enuresis monosintomática, dirigidas a médicos generales, pediatras, médicos familiares y demás profesionales de la salud involucrados en todos los niveles de atención en salud de pacientes pediátricos con diagnóstico o sospecha de enuresis monosintomática. El grupo desarrollador estuvo conformado por expertos clínicos especialistas en nefrología y urología pediátrica con experiencia en el manejo de pacientes con enuresis monosintomática y expertos metodológicos con formación en epidemiología clínica y experiencia en la búsqueda sistemática de la literatura, calificación de la calidad de evidencia y desarrollo de consenso de expertos. En la Tabla 1 se presenta cada integrante del grupo desarrollador y revisores, su perfil profesional y rol en el desarrollo de este documento.

Tabla 1. Conformación grupo desarrollador y revisores externos

Participante	Especialidad	Rol en el desarrollo de la guía
Grupo desarrollador		
Richard Baquero Rodríguez	Nefrología pediátrica	Líder clínico
Víctor Hugo Figueroa	Urología pediátrica	Líder clínico
Adriana Isabel Meza Martínez	Nefrología pediátrica	Experto clínico
Jimena Adriana Cáceres Mosquera	Nefrología pediátrica	Experto clínico
Zilac Espitaleta	Nefrología pediátrica, MSc Epidemiología clínica	Experto clínico y metodológico
Yeferson Álvarez Gómez	Nefrología pediátrica	Experto clínico
Johanna Ovalle Díaz	Urología pediátrica MSc(c) Ciencias de la salud	Experto clínico
Diana Carolina Bello Márquez	Nefrología pediátrica MSc Epidemiología clínica	Experto clínico y metodológico
Lorena Quiñones Ríos	Nefrología pediátrica	Experto clínico
Yesica Quiroz	Urología pediátrica	Experto clínico
Martha Isabel Carrascal Guzmán	Nefrología pediátrica	Experto clínico
Héctor Jairo Motato Moscoso	Urología pediátrica	Experto clínico
Gustavo Adolfo Guerrero Tinoco	Nefrología pediátrica	Experto clínico
Alejandro Quintero Espinosa	Urología pediátrica	Experto clínico
Ehimy Marcela Suárez Barajas	Nefrología pediátrica	Experto clínico
Luz Esthella González	Nefrología pediátrica	Experto clínico
Carlos Alberto Rodríguez	Urología pediátrica	Experto clínico
Lorena Freyle Fraija	Nefrología pediátrica	Experto clínico
Mariangel Castillo	Nefrología pediátrica	Experto clínico
Andrea Bolaños Gómez	Urología pediátrica	Experto clínico
Kelly Rocío Chacón Acevedo	Fisioterapeuta MSc Epidemiología Clínica	Líder metodológico
Revisores		
Nicolás Fernández	Urologo pediatra	Revisor externo, experto clínico
Yair Cadena	Urologo pediatra	Revisor externo, experto clínico
Claudia Pinto	Nefróloga pediatra	Revisor externo, experto clínico
Camilo Orjuela	Urologo pediatra	Revisor externo, experto clínico
Juan Manuel Páez	Urologo pediatra	Revisor externo, experto clínico
Natalia Mejía	Nefróloga pediatra	Revisor externo, experto clínico
Juan José Vanegas	Nefrólogo pediatra	Revisor externo, experto clínico

Fuente: elaboración propia

Preguntas clínicas

Las preguntas de interés propuestas por el grupo desarrollador fueron revisadas y ajustadas por el equipo metodológico. Las preguntas se categorizaron en función del aspecto clínico abordado en definición, diagnóstico y tratamiento.

Revisión sistemática de literatura

Las preguntas se resolvieron a través de una revisión sistemática de literatura de guías de práctica clínica. A partir de una estrategia de búsqueda diseñada con términos MeSH, Emtree, términos libres y operadores booleanos, se consultaron las bases de datos electrónicas Medline (Pubmed), Embase, Epistemonikos, de organismos desarrolladores y compiladores de GPC y Ministerios de Salud. Se utilizó el filtro de fecha para buscar desde el año 2010 hasta el 2 de diciembre del 2020. La estrategia de búsqueda se encuentra en la Tabla 2, más adelante.

Debido a la incertidumbre sobre las alarmas como alternativa de tratamiento no farmacológico en población pediátrica, se realizó una búsqueda complementaria en Pubmed, como aparece en la Tabla 2. Esta se restringió a revisiones sistemáticas y metaanálisis publicados desde el 2018 hasta junio del 2021, teniendo en cuenta las fechas de las guías incluidas. Un ejercicio similar se realizó para las vías de administración y presentación de desmopresina en población pediátrica. Se limitaron a publicaciones entre el 2015 y junio del 2021, lo cual también se detalla en la Tabla 2.

La tamización y selección de evidencia se realizó de manera pareada por expertos clínicos y epidemiólogos, y los desacuerdos se resolvieron por consenso entre ambas partes. Para la selección de la evidencia que soportó las recomendaciones se empleó la herramienta propuesta por el manual metodológico de adopción-adaptación de GPC del Ministerio de Salud y el Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud (9) (ver Anexo A). La calificación de las GPC se realizó mediante la aplicación pareada de la herramienta AGREE II (Anexo B).

Tabla 2. Estrategias de búsqueda

Base de datos consultada	Estrategia
	("bedwetting"[Title/Abstract] OR "enuresis"[Title/Abstract] OR "urinary incontinence"[Title/Abstract]) AND ("practice guideline"[Title/Abstract] OR "practice guidelines as topic"[Title/Abstract] OR "CPG"[Title/Abstract] OR "clinical practice guidelines"[Title/Abstract] OR "Guideline"[Title/Abstract] OR "guidelines as topic"[Title/Abstract] OR "Consensus"[Title/Abstract] OR "consensus development conferences as topic"[Title/Abstract] OR "health planning guidelines"[Title/Abstract]) AND ("pediatric"[Title/Abstract] OR "child"[Title/Abstract] OR "adolescent"[Title/Abstract]) filtro 5 años-
Pubmed	<p>Estrategias complementarias</p> <p>Alarmas: (("Enuresis"[Title/Abstract] OR "nocturnal enuresis"[Title/Abstract]) AND ("child"[Title/Abstract] OR "Pediatrics"[Title/Abstract] OR "child*"[Title/Abstract]) AND "alarm"[Title/Abstract]) AND ((meta-analysis[Filter] OR systematicreview[Filter]) AND (2018:2021[pdat]))</p> <p>Desmopresina: (("Enuresis"[Title/Abstract] OR "nocturnal enuresis"[Title/Abstract]) AND ("child"[Title/Abstract] OR "Pediatrics"[Title/Abstract] OR "child*"[Title/Abstract]) AND ("deamino arginine vasopressin"[Title/Abstract] OR "desmopressin"[Title/Abstract] OR "vasopressin analogue"[Title/Abstract]) AND (("Administration"[Title/Abstract] AND "dosage"[Title/Abstract]) OR "Pharmacokinetics"[Title/Abstract] OR "drug administration routes"[Title/Abstract])) AND (2015:2021[pdat]))</p>
Embase	#1 enuresis:ab,ti OR 'nocturnal enuresis':ab,ti OR 'urinary incontinence':ab,ti #2 child:ab,ti OR pediatric:ab,ti #3 1 AND #2
Epistemonikos	(title:(title:(enuresis) OR abstract:(enuresis)) OR title:(urinary incontinence) OR abstract:(urinary incontinence)) OR (title:(bedwetting) OR abstract:(bedwetting))) OR abstract:(title:(enuresis) OR abstract:(enuresis)) OR (title:(urinary incontinence) OR abstract:(urinary incontinence)) OR (title:(bedwetting) OR abstract:(bedwetting))) AND (title:(pediatric) OR abstract:(pediatric) OR title:(child) OR abstract:(child)) AND (title:(guidelines) OR abstract:(guidelines))

Fuente: elaboración propia

El proceso de extracción de información fue realizado por expertos clínicos y validado por el equipo metodológico. El resultado se presenta por medio de una síntesis narrativa y un resumen de la evidencia disponible para soportar las recomendaciones propuestas. La información extraída fue analizada por el grupo desarrollador, que consideró la pertinencia de la recomendación para responder las preguntas, la vigencia y la implementabilidad en el contexto colombiano.

A partir de esta información se formularon unas recomendaciones preliminares que fueron sometidas a la aprobación de un panel nacional experto en enuresis monosintomática. Se definió la aprobación como el acuerdo de al menos el 80 % del panel de expertos consultado. La consulta se llevó a cabo entre el 26 de julio y el 2 de agosto del 2021. En el caso de las recomendaciones que no alcanzaron el umbral establecido se realizó una sesión virtual de consenso el 18 de agosto del 2021 con la participación del grupo desarrollador y expertos clínicos externos consultados. El consenso requirió una ronda por cada recomendación para alcanzar el acuerdo entre los expertos (Anexos C y D).

Las recomendaciones elegidas fueron gradadas considerando la metodología GRADE en *fuertes a favor*, *fuertes en contra*, *condicionales a favor* y *condicionales en contra*, para lo cual se tuvieron en cuenta los juicios del grupo desarrollador sobre la calidad de la evidencia, el balance del riesgo-beneficio, la disponibilidad de la tecnología y la equidad en su acceso y los costos asociados (10).

Resultados

En total se seleccionaron tres GPC que responden a las preguntas de interés e incluyen los aspectos priorizados en el alcance de este documento (3). El proceso de selección de la evidencia se encuentra en el diagrama PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) descrito a continuación Figura 1. Las guías seleccionadas reúnen la evidencia de mejor calidad (dominios 3 y 6 > 60 % en AGREE II) y más actualizada sobre la definición, diagnóstico y tratamiento de pacientes pediátricos con enuresis monosintomática ver Tabla 3.

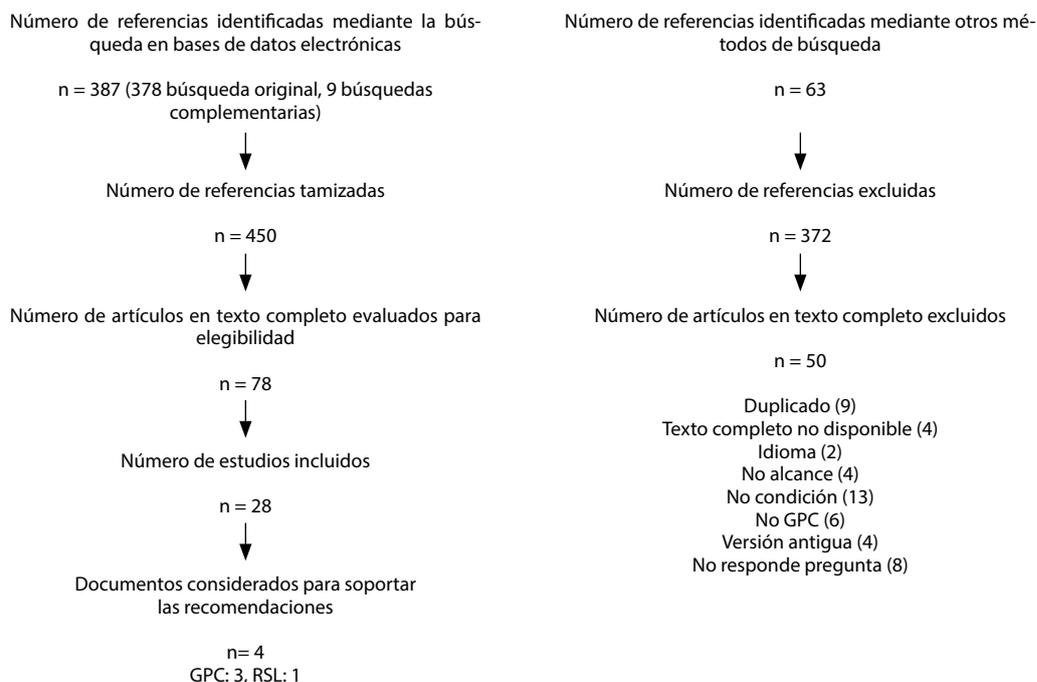


Figura 1. Diagrama PRISMA

Tabla 3. Herramienta de análisis y selección de GPC

Nombre de la GPC	Aspectos incluidos en las GPC seleccionadas posterior a la calificación AGREE II		Uso GRADE		Calificación de los dominios de rigor metodológico e independencia editorial del AGREE II	
	Aspecto	SÍ NO	SÍ NO	Rigor metodológico	Independencia editorial	
SAGER 2018 (11)	Prevención		x			
	Diagnóstico - tamización	X				
	Tratamiento	X		X	66 %	100 %
	Rehabilitación		x			
	Paliación		x			
TEKGÜL 2016 (12)	Prevención		x			
	Diagnóstico - tamización	X				
	Tratamiento	X		X	75 %	96 %
	Rehabilitación		x			
	Paliación		x			
EVANS 2010 (13)	Prevención		x			
	Diagnóstico - tamización	X				
	Tratamiento	X		X	94 %	100 %
	Rehabilitación		x			
	Paliación		x			

Fuente: adaptado de manual MINSALUD, IETS (9)

Definición

¿Cómo se define la enuresis monosintomática (EM)? y ¿cuáles son las manifestaciones clínicas de la enuresis monosintomática?

Las tres GPC seleccionadas coinciden en definir la EM como la incontinencia urinaria intermitente e involuntaria durante el sueño en niños mayores de 5 años y en ausencia de otros síntomas del tracto urinario (11-13). Solo una guía definió la frecuencia de presentación de los episodios de incontinencia de al menos dos veces por semana (13).

Recomendaciones:

- La EM corresponde a la incontinencia de orina intermitente o micción involuntaria durante el sueño, en ausencia de otros síntomas urinarios, en niños de 5 años de edad o mayores que no han logrado permanecer secos durante el sueño por 6 meses consecutivos.

Fuerte a favor

- En caso de presentar síntomas urinarios como urgencia miccional, polaquiuria, disuria y maniobras de retención miccional, entre otros síntomas del tracto urinario inferior, se considera como Enuresis No Monosintomática (EnoM), lo cual no corresponde al alcance de esta guía.

Fuerte a favor

¿Cómo se clasifica la enuresis monosintomática?

La clasificación de la EM se realiza dependiendo de si el paciente ha pasado por un periodo igual o mayor a 6 meses consecutivos libres de enuresis. En caso de que el paciente no haya

alcanzado dicho tiempo sin episodios de enuresis, se considera EM primaria. Por el contrario, la EM secundaria corresponde a la presentada tras un periodo igual o mayor a 6 meses consecutivos libres de episodios (11-13).

Recomendaciones:

- La EM puede ser primaria o secundaria. La primaria corresponde a la manifestación clínica de enuresis sin permanecer seco 6 meses consecutivos. La secundaria incluye manifestaciones de enuresis posteriores a un periodo seco de 6 meses consecutivos.

Fuerte a favor

¿Cuál es el diagnóstico diferencial de la enuresis monosintomática?

La definición de diagnóstico diferencial no es fácil, teniendo en cuenta que la EM puede ser el resultado de otras enfermedades (13). Dentro de los diagnósticos diferenciales descritos para la EM, las guías incluidas reportaron incontinencia urinaria, poliuria nocturna, diabetes insípida, alteraciones del comportamiento como desórdenes de hiperactividad y déficit de atención, maltrato infantil, disfunción vesical e infección del tracto urinario (11-13).

Recomendaciones:

- Se recomienda considerar dentro de los diagnósticos diferenciales de la EM incontinencia urinaria, (EnoM), diabetes insípida, diabetes mellitus, enfermedad renal crónica, entre otros (poliuria nocturna, alteraciones del comportamiento como desórdenes de hiperactividad y déficit de atención, maltrato infantil, disfunción vesical e infección del tracto urinario).

Fuerte a favor

¿Cuáles son los factores de riesgo para la enuresis monosintomática?

Dos de las guías incluidas describieron los factores de riesgo para la EM (11,13), entre los que se incluyen la apnea del sueño, la hipertrofia de adenoides, estreñimiento, conductas o alteraciones psicológicas como el desorden de hiperactividad con déficit de atención y los antecedentes familiares de EM (11,13).

Recomendaciones:

- Se recomienda considerar como factores de riesgo de EM los antecedentes familiares de EM, la obstrucción de las vías respiratorias superiores incluida la hipertrofia adenoidea y la desviación septal, el estreñimiento, alteraciones del desarrollo, atención o aprendizaje, trastornos de comportamiento o emocionales, maltrato infantil, entre otros.

Fuerte a favor

Diagnóstico

¿Cómo se realiza la evaluación clínica de pacientes con enuresis monosintomática?

Las guías incluidas coinciden en que el proceso de evaluación se basa principalmente en una historia clínica completa, con preguntas orientadoras realizadas a los niños y a sus familiares con el fin de identificar signos y síntomas sugestivos de EM, comorbilidades, factores desencadenantes y

para descartar diagnósticos diferenciales (11-13). Dos de las guías proponen cuestionarios específicos o preguntas orientadoras para la historia clínica (11,13).

Recomendaciones:

- Se recomienda realizar la evaluación clínica de la enuresis monosintomática a partir de una historia clínica completa y ordenada, incluyendo los antecedentes personales y familiares, con énfasis en la historia de enuresis en los padres, además de una revisión por sistemas orientada que considere, entre otros, síntomas de obstrucción de la vía aérea superior y estado del paciente en las últimas semanas o meses; se debe interrogar por astenia, adinamia, pérdida de peso, entre otros síntomas que sugieran enfermedades sistémicas de base.

Fuerte a favor

- Se recomienda realizar un interrogatorio dirigido que considere tiempo de evolución y patrón de la enuresis, factores desencadenantes, patrón y hábito miccional, estreñimiento, síntomas diurnos, entre otros.

Fuerte a favor

- Tiempo de evolución de la enuresis. Se recomienda indagar si el niño ha estado previamente libre de enuresis por lo menos durante 6 meses consecutivos, sin tratamiento relacionado.

Fuerte a favor

- Respecto al patrón de presentación de la enuresis, recomendamos tener en cuenta el número de noches por semana con enuresis, número de episodios de enuresis por noche, volumen subjetivo de los episodios de enuresis y hora de presentación de enuresis durante la noche.

Fuerte a favor

- Patrón y hábito miccional que incluya: frecuencia miccional, presentación de conductas retentivas miccionales voluntarias, maniobras de retención urinaria, presencia de pujo miccional o chorro miccional intermitente. Presentación de síntomas urinarios diurnos, considerando frecuencia miccional mayor o igual a 7 veces al día, urgencia miccional diurna, escape de orina durante el día, baja frecuencia miccional, disuria, o esfuerzo para la micción.

Fuerte a favor

- Presentación de estreñimiento: se sugiere utilizar los criterios de Roma IV para el diagnóstico de constipación funcional o trastornos funcionales intestinales (14).

Fuerte a favor

- Factores físicos, psicológicos o emocionales desencadenantes o perpetuadores potenciales de la enuresis, como un duelo, separación de los padres, cambio de colegio, acoso escolar o social o cambio de cuidadores. Otros factores, como alteraciones psicológicas o del comportamiento

del paciente y sus familiares, disfunción familiar, sospecha o evidencia de maltrato infantil relacionado, actitudes y comportamientos asumidos por el paciente y su familia frente a la enuresis (amenazas, castigos, comentarios descalificativos, repercusión en el estilo o calidad de vida del paciente y su familia, como la limitación para viajes, visitas o interacción con pares y familiares).

Condicional a favor

- Se sugiere el uso de herramientas estandarizadas para el análisis y diagnóstico de la EM, tales como la cartilla miccional y de enuresis propuestos en el Anexo H.

Condicional a favor

- Se recomienda la realización de un examen físico completo y ordenado como parte de la evaluación clínica, que incluya siempre la evaluación de la zona lumbosacra y examen genital. Debe tenerse en cuenta la búsqueda de signos de enfermedades sistémicas asociadas.

Fuerte a favor

¿Cuáles son los laboratorios y paraclínicos necesarios para el diagnóstico de enuresis monosintomática? y ¿Cuál es la indicación de realización de uroanálisis ante la sospecha de enuresis monosintomática?

El diagnóstico de enuresis monosintomática es clínico. A la fecha no se conocen pruebas diagnósticas para confirmarlo; sin embargo, sí se dispone de herramientas que permiten descartar posibles diagnósticos diferenciales.

Al respecto, la realización del uroanálisis fue aconsejado en las tres guías, las cuales coinciden en casos de sospecha de diabetes o infección urinaria en EM de reciente aparición (11-13), presencia de síntomas diurnos o signos de mala salud (13).

Recomendaciones:

- Se recomienda realizar uroanálisis en todos los casos de EM para descartar otras condiciones clínicas.

Fuerte a favor

¿Cuál es la indicación de ecografía renal y de vías urinarias ante la sospecha de enuresis?

En la guía de Sager *et al.* del 2018 se aconsejó considerar el ultrasonido renovesical para orientar el diagnóstico y manejo de la EM (11). Por su parte, en la guía de Tekgul *et al.* del 2016 no se aconsejó su uso, aunque ante la disponibilidad de la tecnología podría considerarse su utilización dentro del estudio de enuresis (12).

Recomendaciones:

- No se recomienda la ecografía del tracto urinario de manera rutinaria en el enfoque diagnóstico de la EM. Sin embargo, considere su uso ante la duda diagnóstica para excluir diagnósticos diferenciales y en pacientes con enuresis refractaria.

Fuerte en contra

¿Cuál es la indicación de uroflujometría en el diagnóstico de enuresis?

Una de las guías aconsejó la uroflujometría en casos de sospecha de disfunción del vaciado o incoordinación detrusor-esfínter en pacientes pediátricos resistentes a primera línea de tratamiento de EM (11), mientras que, en otra guía, este procedimiento, al igual que la medición del volumen urinario y la osmolaridad, se aconseja en casos de síntomas diurnos, síndrome de urgencia, disfunciones de tracto urinario bajo, entre otros (12).

Recomendaciones:

- No se recomienda el uso rutinario de uroflujometría para el diagnóstico de EM. Sin embargo, considere su uso para descartar micción disfuncional o disfunción del tracto urinario bajo.

Fuerte en contra

Tratamiento

¿Cuál es el manejo no farmacológico recomendado para pacientes con enuresis monosintomática?

Las guías sugieren como alternativas de manejo no farmacológico de la EM la consejería o educación en el problema, las alarmas, psicoterapia, terapia conductual (recompensas, etc.), y se resalta la participación activa de los padres (11,12). La restricción de líquidos, dieta y hábitos de vida saludable también son aconsejados (13). Para las terapias alternativas, como la hipnosis, la acupuntura, la quiropraxia y las hierbas medicinales, la evidencia es débil y no suficiente para recomendarlas en el manejo de la EM (11).

Recomendaciones:

- Se recomienda considerar como alternativas de tratamiento no farmacológico para pacientes pediátricos con enuresis monosintomática la orientación completa a padres o cuidadores, medidas previas al manejo, consejos de hidratación y alimentación, entre otras.

Fuerte a favor

Orientación completa a padres o cuidadores:

- Se recomienda explicar a los padres y pacientes que la EM es una condición transitoria y de resolución espontánea. Se deben explicar las alternativas de tratamientos, así como sus ventajas y desventajas, mecanismos o maneras de afrontar la condición. Se deben evitar amenazas y castigos.

Fuerte a favor

- Se recomienda la intervención del profesional en salud mental ante evidencia de ansiedad, irritabilidad, indiferencia, conducta antisocial, problemas escolares asociados, trastornos de conducta, deterioro de la autoestima, disfunción familiar o fallas en la adherencia.

Fuerte a favor

Antes de iniciar el manejo:

- Ante la sospecha de obstrucción de la vía aérea se sugiere remitir para valoración por otorrinolaringología.

Fuerte a favor

- Se recomienda controlar el estreñimiento, generando heces blandas sin malestar al defecar, aconsejando alimentos que sean ablandadores de las heces y, si fuera necesario, el uso de laxantes y medicamentos ablandadores de materia fecal.

Fuerte a favor

- Se recomienda aconsejar sobre las posturas óptimas para relajar los músculos del piso pelviano y facilitar la micción.

Fuerte a favor

Consejos sobre hidratación y alimentación:

- Se recomienda educar sobre la ingesta excesiva o insuficiente de líquidos.

Fuerte a favor

- Se recomienda indicar reducción de líquidos durante la noche cuando se utiliza desmopresina para evitar la intoxicación hídrica e hiponatremia secundarias, o como una alternativa que debe incentivarse si se logra una respuesta inicial favorable.

Fuerte a favor

- Recomendar al niño que vaya al baño a orinar con horarios regulares durante el día entre 4 y 7 veces o cada 2 o 3 horas.

Fuerte a favor

- Se recomienda eliminar el consumo de bebidas con cafeína y las bebidas con alta carga osmótica o alto contenido de azúcar, como jugos y gaseosas o alimentos con sal como sopas.

Fuerte en contra

Otras medidas:

- Se recomienda desaconsejar el uso de pañales/pull ups y, por el contrario, ofrecer alternativas para la cama mojada, tales como fundas, protectores de colchones, toallas absorbentes, etc.

Fuerte en contra

- No se recomienda despertar y levantar al niño enurético, ya que no representa una medida imprescindible para resolver la enuresis.

Condiciona en contra

- Se recomienda el uso de recompensas por las medidas cumplidas y la adherencia para hidratación, dieta y hábitos evacuatorios, y no para el resultado final de cama seca.

Fuerte a favor

Alarma:

- Se recomienda el uso de alarma simple cuando el entrenamiento para cama seca no ha sido exitoso.

Condicional a favor

Previo al uso de alarma:

- Se recomienda verificar la motivación, aceptación y disposición de los padres para la adquisición y uso de la alarma. Esto incluye explicar claramente su objetivo y la importancia de la constancia, ya que la respuesta no es inmediata y requerirá ser usada por mínimo dos o tres meses para lograr resultados adecuados.

Fuerte a favor

- Para niños con enuresis ocasional o periódica no debe considerarse la alarma como primera línea de tratamiento.

Fuerte en contra

- Se recomienda individualizar el tipo de alarma en pacientes con necesidades especiales, como alarma vibratoria en casos de pérdida de la audición. En pacientes con dificultades cognitivas o físicas se puede considerar el uso de alarma.

Fuerte a favor

Sobre el uso de la alarma:

- Se recomienda continuar de manera simultánea con las recomendaciones para cama seca.

Fuerte a favor

- Se recomienda discutir las responsabilidades del uso con los pacientes y cuidadores, incluyendo el registro de los resultados obtenidos en el calendario de enuresis para evaluar la respuesta, que puede incluir disminución en el volumen de pérdida, despertar con la alarma, reducción en el número de veces que se activa la alarma durante la noche o disminución de noches mojadas.

Fuerte a favor

- Se recomienda una cita para revisión de los aspectos técnicos y de seguimiento después entre 2 y 4 semanas desde el inicio del uso.

Fuerte a favor

- Se recomienda que al despertar con la alarma el niño asista al baño y, posteriormente, la reinicie al regresar a la cama, para lo que puede necesitar ayuda y apoyo de los cuidadores durante las primeras semanas.

Fuerte a favor

- Si se obtuvo respuesta, se recomienda continuar el uso de la alarma hasta alcanzar las 14 noches consecutivas secas.

Fuerte a favor

- Se recomienda que, si tras mínimo 6 semanas de uso de alarma no se obtuvo ninguna respuesta, se considere retirar o complementar con otras terapias como desmopresina.

Condicional en contra

Retiro de la alarma

- Para disminuir el riesgo de recaída al suspender la terapia se recomienda usar la modalidad de reentrenamiento (*overlearning*), que consiste en incrementar la hidratación durante las noches, y continuar con la alarma por mínimo 50 días o hasta que el niño permanezca seco por 7 noches, antes de considerar el fracaso de la terapia con alarma.

Condicional a favor

¿Cuál es el manejo farmacológico recomendado para pacientes con enuresis?

Las guías seleccionadas incluyen la terapia farmacológica con desmopresina como primera línea de tratamiento farmacológico de enuresis. Dos de las guías incluyen recomendaciones de antidepresivos tricíclicos (imipramina) y antimuscarínicos (oxibutinina y tolterodina) y advierten sobre eventos secundarios y consideraciones para su prescripción (11,13). Al respecto, en la GPC desarrollada por Sagner *et al.*, se resalta la utilidad de la desmopresina en presentación liofilizada, teniendo en cuenta que los comprimidos requieren la ingesta de hasta 60 ml de agua o líquido, que representa un 25 % de la capacidad vesical de un niño de 7 años de edad (11). No se incluyó la desmopresina en *spray* dada la toxicidad asociada (15) y disponibilidad de información al respecto en las guías incluidas, que posterior a la integración de ensayos clínicos de alarmas y diferentes presentaciones de desmopresina (*melt*, comprimidos orales y *spray* nasal) en pacientes pediátricos con enuresis monosintomática, encontraron que la presentación liofilizada tenía menores tasas de abandono y de recaída respecto a la alarma y a las demás presentaciones de desmopresina.

En cuanto a eventos adversos, hallazgos de esta revisión sistemática sugieren que la alarma produce erupción cutánea, ansiedad y molestias a la familia, asociadas únicamente al mal funcionamiento de la misma, mientras que para la desmopresina se describió dentro de los eventos adversos la debilidad muscular, espasmos, hiponatremia, síntomas gastrointestinales, convulsiones y otros síntomas neurológicos, condiciones que llevaron a la FDA a eliminar la indicación de la presentación en *spray* nasal para enuresis monosintomática (16).

Recomendaciones:

- Se recomienda educar al paciente y familia sobre los beneficios, la tasa de éxito, mecanismo y tiempo de acción de la desmopresina.

Fuerte a favor

- Se recomienda el uso de la desmopresina como primera de línea de tratamiento farmacológico en pacientes pediátricos con EM primaria en dosis de:

- Entre 120 a 240 $\mu\text{g}/\text{día}$ en presentación liofilizada (polvo para administración sublingual directa sin reconstituir) por vía de administración sublingual
- Entre 0.2 a 0.4 mg en presentación de tabletas por vía de administración oral (requiere consumo de agua).
Fuerte a favor
- Se recomienda evaluar la respuesta a la desmopresina entre las semanas 2 y 6 de instaurado el tratamiento y continuar el tratamiento durante 3 meses si hay signos de respuesta, como parches húmedos más pequeños, menos episodios de enuresis por noche y menos noches húmedas.
Fuerte a favor
- En casos de respuesta parcial o no tener respuesta a la desmopresina, se recomienda considerar la administración del medicamento 1 o 2 horas antes de dormir y aumentar la dosis (comprimido: 0.2 mg a 0.4 mg; liofilizada: 120 μg a 240 μg)
Fuerte a favor
- Se recomienda reducir la dosis de desmopresina de 0.2 mg/mes o 120 $\mu\text{g}/\text{mes}$ hasta la discontinuación, con el fin de disminuir los porcentajes de recaídas posteriores a su retiro.
Fuerte a favor
- No se recomienda la titulación de medicamentos por parte de padres de familia.
Fuerte en contra
- Se sugiere considerar el uso de la desmopresina en pacientes con anemia de células falciformes o problemas emocionales, cognitivos y de atención cuando sea posible garantizar la restricción de líquidos durante la noche.
Condicional a favor
- No se recomienda el uso de antidepresivos tricíclicos (imipramina) en el manejo de pacientes con EM, debido a los potenciales eventos cardiacos adversos.
Fuerte en contra
- Se recomienda el uso de terapia anticolinérgica (oxibutinina) en casos de fracaso a terapia estándar o en combinación con desmopresina ante la presencia de síntomas diurnos.
Condicional a favor

¿Cuál es el pronóstico o complicaciones de los pacientes pediátricos con enuresis monosintomática?

La evidencia incluida reafirma que la EM es una condición de resolución espontánea en la mayoría de casos; sin embargo, existe la posibilidad de que pacientes enuréticos permanezcan con esta condición en la adultez (11,12).

Recomendaciones:

- Se sugiere considerar las complicaciones psicosociales, como baja autoestima, disfunción social y disfunción familiar dentro de las complicaciones del paciente pediátrico con enuresis.

Fuerte a favor

¿Cuáles son las indicaciones de derivación a urología pediátrica y nefrología pediátrica?

La evidencia recopilada y analizada considera la remisión a urología en casos de hiperactividad vesical, disfunciones del vaciado, enuresis refractaria a manejo, micción disfuncional, disfunción del tracto urinario bajo u otras comorbilidades, como enuresis asociada a infecciones urinarias o malformaciones del tracto urinario (11,13). Dada la disponibilidad de especialistas en nefrología y urología pediátrica en Colombia, el grupo desarrollador considera pertinente y necesaria la remisión a estos profesionales para el manejo de la enuresis.

Recomendaciones:

- Se recomienda la derivación a nefrología pediátrica y urología pediátrica en aquellos pacientes en los que la respuesta clínica a la primera línea de tratamiento no fue satisfactoria y en aquellos niños con EnoM.

Punto de buena práctica clínica.

- Se recomienda la derivación a nefrología pediátrica y urología pediátrica en aquellos pacientes en los que la respuesta clínica al tratamiento no farmacológico (uroterapia) no fue satisfactoria y en aquellos niños con EnoM.

Punto de buena práctica clínica.

Conflictos de intereses

- Los expertos declararon el siguiente conflicto de interés:
- El Dr. Víctor Hugo Figueroa declaró un conflicto de interés: honorario por charla académica de Coloplast.
- Los demás autores del grupo desarrollador no declararon ninguno.

Financiación

Las recomendaciones basadas en guías de práctica clínica sobre la definición, el diagnóstico y tratamiento de la enuresis monosintomática en pacientes pediátricos han sido apoyadas por la farmacéutica Biopas. El contenido y recomendaciones del presente documento se han elaborado con la participación de sus autores y sin interferencias por parte de externos; la farmacéutica en cuestión

no ha participado en ninguna de las fases del diseño, toma de decisiones, elaboración del material, análisis de la bibliografía, selección de los miembros del panel o su dinámica, ni en la elaboración del informe de consenso final.

Referencias

1. Austin PF, Bauer SB, Bower W, Chase J, Franco I, Hoebeke P, et al. The standardization of terminology of lower urinary tract function in children and adolescents: Update report from the standardization committee of the International Children's Continence Society. *Neurourol Urodyn* [Internet]. 2016 Abr;35(4):471–81. <https://doi.org/10.1002/nau.22751>
2. Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington: VA; 2013. 1–492 p.
3. Docimo SG, Canning D, Khoury A, Pipi-Salle JL. *The Kelalis--King--Belman Textbook of Clinical Pediatric Urology*. CRC Press: 2018.
4. Roccella M, Smirni D, Smirni P, Precenzano F, Operto FF, Lanzara V, et al. Parental Stress and Parental Ratings of Behavioral Problems of Enuretic Children. *Front Neurol* [Internet]. 2019;10:1054. <https://doi.org/10.3389/fneur.2019.01054>
5. Yaradılmış RM, Büyükkaragöz B, Yılmaz AÇ, Tayfur AÇ. Severity of self-reported depressive symptomatology and relevant factors in children with primary monosymptomatic nocturnal enuresis and their mothers. *Pediatr Nephrol* [Internet]. 2020 Jul;35(7):1277–85. <https://doi.org/10.1007/s00467-020-04512-8>
6. Iscan B, Ozkayın N. Evaluation of health-related quality of life and affecting factors in child with enuresis. *J Pediatr Urol* [Internet]. 2020;16(2):195.e1-195.e7. <https://doi.org/10.1016/j.jpurol.2019.12.018>
7. Shreeram S, He JP, Kalaydjian A, Brothers S, Merikangas KR. Prevalence of enuresis and its association with attention-deficit/hyperactivity disorder among U.S. children: results from a nationally representative study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. 2009 Ene;48(1):35–41. <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e318190045c>
8. International Children's Continence Society, European Society of Paediatric Urology, Asia Pacific Association of Paediatric Urology, International Paediatric Nephrology Association, European Society of Paediatric Nephrology, Sociedad Iberoamericana de Urología Paediatrica, et al. World Bedwetting Day [Internet]. 2021. Disponible en: <https://www.worldbedwettingday.com/>
9. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Guía Metodológica, Adopción Adaptación de Guías de Práctica Clínica Basadas en Evidencia [Internet]. 2017. Disponible en: https://www.iets.org.co/Archivos/79/Guia_de_Adopcion_VF.pdf
10. Sanabria AJ, Rigau D, Rotaache R, Selva A, Marzo-Castillejo M, Alonso-Coello P. Sistema GRADE: metodología para la realización de recomendaciones para la práctica clínica. *Atención Primaria* [Internet]. 2015;47(1):48–55. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2013.12.013>
11. Sager C. Adaptación en español de la "Guía de enuresis monosintomática" Adaptation of Monosymptomatic Enuresis Guide in Spanishs. 2018. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/328578632_Adaptacion_en_espanol_de_la_Guia_de_enuresis_monosintomatica_Adaptation_of_Monosymptomatic_Enuresis_Guide_in_Spanishs
12. Tekgül S, Dogan HS, Hoebeke P, Kocvara R, Nijman JM, Radmayr C. Eau - Espu Guidelines on Paediatric Urology. *Eur Assoc Urol*. 2016
13. Evans J, Wright A, Mawby C, Chippinton-Derrick D, Wooton J, Hall P, et al. Nocturnal Enuresis: The management of Bedwetting in Children and Young People. NICE Heal Institute for Health and Care Excellence [Internet]. 2010;(111):1–43. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg111>
14. Rome Foundation. Rome IV Criteria [Internet]. Raleigh; 2016 [consultado 2016 Jun 16]. Disponible en: <https://theromefoundation.org/rome-iv/rome-iv-criteria>

15. Peng CCH, Yang SSD, Austin PF, Chang SJ. Systematic Review and Meta-analysis of Alarm versus Desmopressin Therapy for Pediatric Monosymptomatic Enuresis. *Sci Rep* [Internet]. 2018 Nov 13;8(1):16755. <https://doi.org/10.1038/s41598-018-34935-1>
16. FDA. MEDICATION GUIDE NOCTIVATM (nok-tee-va) (desmopressin acetate) nasal spray [Internet]. 2018. Disponible en: https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2017/201656lbl.pdf