



## ANEXOS

### A. Preselección de guías

Selección de GPC candidatas para ser utilizadas en el proceso adopción/adaptación de una GPC					
Nombre de la guía:	Practical recommendations of the EAU-ESPU guidelines committee for monosymptomatic enuresis-Bedwetting.			Debe ser evaluada con AGREE II	
Criterios de una GPC	Si	No	Comentarios evaluadores	Si	No
¿Los alcances y objetivos de nuestra guía están incluidos en la guía evaluada?	x			x	
¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es la búsqueda de evidencia primaria confiable, fue desarrollada en al menos dos bases de datos y es replicable?	x				
¿Tiene un proceso de desarrollo y grupo desarrollador?		x	No es claro		
¿Establece recomendaciones?		x			
Fecha de ultima búsqueda (idealmente publicada en los últimos 5 años*)	x				
Utiliza el sistema GRADE para calificación global de la evidencia		x			

Nombre de la guía:	[Adaptation of Monosymptomatic Enuresis Guide in Spanish].			Debe ser evaluada con AGREE II	
Criterios de una GPC	Si	No	Comentarios evaluadores	Si	No
¿Los alcances y objetivos de nuestra guía están incluidos en la guía evaluada?	x			x	
¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es la búsqueda de evidencia primaria confiable, fue desarrollada en al menos dos bases de datos y es replicable?	x				
¿Tiene un proceso de desarrollo y grupo desarrollador?	x				
¿Establece recomendaciones?	x				
Fecha de ultima búsqueda (idealmente publicada en los últimos 5 años*)	x				
Utiliza el sistema GRADE para calificación global de la evidencia		x			
Nombre de la guía:	Management of nocturnal enuresis in Taiwan: Consensus statements of the Taiwan enuresis expert committee.			Debe ser evaluada con AGREE II	
Criterios de una GPC	Si	No	Comentarios evaluadores	Si	No
¿Los alcances y objetivos de nuestra guía están incluidos en la guía evaluada?	x				x
¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es la búsqueda de evidencia primaria confiable, fue desarrollada en al menos dos bases de datos y es replicable?		x			
¿Tiene un proceso de desarrollo y grupo desarrollador?		x			
¿Establece recomendaciones?		x			
Fecha de ultima búsqueda (idealmente publicada en los últimos 5 años*)	x				
Utiliza el sistema GRADE para calificación global de la evidencia		x			
Nombre de la guía:	Treatment of daytime urinary incontinence: A standardization document from the International Children's Continenence Society.			Debe ser evaluada con AGREE II	
Criterios de una GPC	Si	No	Comentarios evaluadores	Si	No
¿Los alcances y objetivos de nuestra guía están incluidos en la guía evaluada?	x				x

¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es la búsqueda de evidencia primaria confiable, fue desarrollada en al menos dos bases de datos y es replicable?		x	consenso		
¿Tiene un proceso de desarrollo y grupo desarrollador?		x			
¿Establece recomendaciones?	x				
Fecha de ultima búsqueda (idealmente publicada en los últimos 5 años*)		x	No es claro		
Utiliza el sistema GRADE para calificación global de la evidencia		x			
Nombre de la guía:	Brazilian consensus in enuresis-recommendations for clinical practice.			Debe ser evaluada con AGREE II	
Criterios de una GPC	Si	No	Comentarios evaluadores	Si	No
¿Los alcances y objetivos de nuestra guía están incluidos en la guía evaluada?	x				
¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es la búsqueda de evidencia primaria confiable, fue desarrollada en al menos dos bases de datos y es replicable?		x	Consenso		x
¿Tiene un proceso de desarrollo y grupo desarrollador?	x				
¿Establece recomendaciones?		x			
Fecha de ultima búsqueda (idealmente publicada en los últimos 5 años*)	x				
Utiliza el sistema GRADE para calificación global de la evidencia		x			
Nombre de la guía:	Management and treatment of nocturnal enuresis-an updated standardization document from the International Children's Continenence Society.			Debe ser evaluada con AGREE II	
Criterios de una GPC	Si	No	Comentarios evaluadores	Si	No
¿Los alcances y objetivos de nuestra guía están incluidos en la guía evaluada?	x				
¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es la búsqueda de evidencia primaria confiable, fue desarrollada en al menos dos bases de datos y es replicable?		x			x
¿Tiene un proceso de desarrollo y grupo desarrollador?		x			
¿Establece recomendaciones?	x				

Fecha de ultima búsqueda (idealmente publicada en los últimos 5 años*)		x	No es claro		
Utiliza el sistema GRADE para calificación global de la evidencia		x			
Nombre de la guía:	Bedwetting in under 19s			Debe ser evaluada con AGREE II	
Criterios de una GPC	Si	No	Comentarios evaluadores	Si	No
¿Los alcances y objetivos de nuestra guía están incluidos en la guía evaluada?	x			x	
¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es la búsqueda de evidencia primaria confiable, fue desarrollada en al menos dos bases de datos y es replicable?	x				
¿Tiene un proceso de desarrollo y grupo desarrollador?	x				
¿Establece recomendaciones?	x				
Fecha de ultima búsqueda (idealmente publicada en los últimos 5 años*)		x			
Utiliza el sistema GRADE para calificación global de la evidencia		x			
Nombre de la guía:	Enuresis - Bed wetting and Monosymptomatic Enuresis			Debe ser evaluada con AGREE II	
Criterios de una GPC	Si	No	Comentarios evaluadores	Si	No
¿Los alcances y objetivos de nuestra guía están incluidos en la guía evaluada?	x			x	
¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es la búsqueda de evidencia primaria confiable, fue desarrollada en al menos dos bases de datos y es replicable?		x	No es claro		
¿Tiene un proceso de desarrollo y grupo desarrollador?			No es claro		
¿Establece recomendaciones?	x				
Fecha de ultima búsqueda (idealmente publicada en los últimos 5 años*)		x	No es claro		
Utiliza el sistema GRADE para calificación global de la evidencia		x			

Nombre de la guía:	The South African guidelines on Enuresis—2017			Debe ser evaluada con AGREE II	
Criterios de una GPC	Si	No	Comentarios evaluadores	Si	No
¿Los alcances y objetivos de nuestra guía están incluidos en la guía evaluada?	x				
¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es la búsqueda de evidencia primaria confiable, fue desarrollada en al menos dos bases de datos y es replicable?		x	No es claro		x
¿Tiene un proceso de desarrollo y grupo desarrollador?		x	No es claro		
¿Establece recomendaciones?	x				
Fecha de ultima búsqueda (idealmente publicada en los últimos 5 años*)	x				
Utiliza el sistema GRADE para calificación global de la evidencia		x			
Nombre de la guía:	Diagnóstico y tratamiento de la enuresis no orgánica en pacientes pediátricos. Guía de práctica clínica			Debe ser evaluada con AGREE II	
Criterios de una GPC	Si	No	Comentarios evaluadores	Si	No
¿Los alcances y objetivos de nuestra guía están incluidos en la guía evaluada?	x				
¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es la búsqueda de evidencia primaria confiable, fue desarrollada en al menos dos bases de datos y es replicable?		x			x
¿Tiene un proceso de desarrollo y grupo desarrollador?		x			
¿Establece recomendaciones?	x				
Fecha de ultima búsqueda (idealmente publicada en los últimos 5 años*)		x	No es claro		
Utiliza el sistema GRADE para calificación global de la evidencia		x			
Nombre de la guía:	EAU Guidelines on Paediatric Urology			Debe ser evaluada con AGREE II	
Criterios de una GPC	Si	No	Comentarios evaluadores	Si	No

¿Los alcances y objetivos de nuestra guía están incluidos en la guía evaluada?	x				
¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es la búsqueda de evidencia primaria confiable, fue desarrollada en al menos dos bases de datos y es replicable?	x				
¿Tiene un proceso de desarrollo y grupo desarrollador?	x			x	
¿Establece recomendaciones?	x				
Fecha de ultima búsqueda (idealmente publicada en los últimos 5 años*)	x				
Utiliza el sistema GRADE para calificación global de la evidencia		x			
Nombre de la guía:	"Enuresis: practical guidelines for primary care"			Debe ser evaluada con AGREE II	
Criterios de una GPC	Si	No	Comentarios evaluadores	Si	No
¿Los alcances y objetivos de nuestra guía están incluidos en la guía evaluada?	x				
¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es la búsqueda de evidencia primaria confiable, fue desarrollada en al menos dos bases de datos y es replicable?		x			x
¿Tiene un proceso de desarrollo y grupo desarrollador?		x			
¿Establece recomendaciones?	x				
Fecha de ultima búsqueda (idealmente publicada en los últimos 5 años*)		x	No es claro		
Utiliza el sistema GRADE para calificación global de la evidencia		x			

## B. Evaluación calidad - AGREE II

Autor	Nombre de la GPC	DOMINIO 1	DOMINIO 2	DOMINIO 3	DOMINIO 4	DOMINIO 5	DOMINIO 6	GLOBAL
BOGAERT2019	Practical recommendations of the EAU-ESPU guidelines committee	75 %	50 %	35 %	53 %	33 %	67 %	3

	for monosymptomatic enuresis-Bedwetting.							
SAGUER2018	[Adaptation of Monosymptomatic Enuresis Guide in Spanish].	97 %	81 %	66 %	83 %	60 %	100 %	6
Tekgul2016	EAU Guidelines on Paediatric Urology	92 %	64 %	75 %	97 %	50 %	96 %	6
NICE2010	Bedwetting in under 19s	100 %	94 %	94 %	92 %	83 %	100 %	7

### C. Recomendación y resultados de consulta virtual

Las recomendaciones resaltadas en amarillo no pasaron el 80 % de las votaciones y se resolvieron en la sesión de consenso de expertos descritos en el anexo D.

<b>Recomendación</b>	<b>Porcentaje de acuerdo (%)</b>
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.	85,7
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 EnoM, que no corresponde al alcance de esta guía.	100,0
La EM puede ser primaria o secundaria. La EM primaria corresponde a la manifestación clínica de la EM sin permanecer seco 6 meses consecutivos. La EM secundaria incluye manifestaciones de la EM posteriores a un periodo seco de 6 meses consecutivos.	100,0
Se recomienda considerar dentro de los diagnósticos diferenciales de la EM, incontinencia urinaria, enuresis no monosintomática (EnoM), diabetes insípida, diabetes Mellitus, enfermedad renal crónica, entre otros (poliuria nocturna, alteraciones del comportamiento como desordenes de hiperactividad y déficit de atención, maltrato infantil, disfunción vesical e infección del tracto urinario).	85,7
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.	100,0



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, considerando entre otros, síntomas de obstrucción de la vía aérea superior, estado del paciente en las últimas semanas o meses, interrogando por astenia, adinamia, pérdida de peso, entre otros, que sugieran patologías sistémicas de base.	100,0
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.	100,0
o 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.	100,0
o 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.	100,0
o 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.	71,4
o Presentación de estreñimiento: Se sugiere utilizar los criterios de Roma IV para el diagnóstico de estreñimiento asociado.	100,0
o Factores físicos, psicológicos o emocionales, desencadenantes o perpetuadores potenciales de la enuresis como duelo, separación de los padres, cambio de colegio, acoso escolar o social, o cambio de cuidadores. Otros factores tales como alteraciones psicológicas o del comportamiento del paciente y sus familiares, presentación de 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).	100,0

Se sugiere el uso de herramientas estandarizadas para el análisis y diagnóstico de la EM, tales como cartilla miccional y de enuresis propuestos en ANEXO H.	71,4
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 patologías sistémicas asociadas.	100,0
Se recomienda realizar uroanálisis en todos los casos de EM para descartar otras condiciones clínicas.	100,0
No se recomienda la ecografía del tracto urinario de manera rutinaria en el enfoque diagnóstico de EM. Sin embargo, considere su uso para excluir otra condición clínica, patologías, diagnósticos diferenciales cuando esté disponible la tecnología.	57,1
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.	85,7
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.	100,0
o Se recomienda explicar a los padres y pacientes que la EM es una condición transitoria y de resolución espontánea, las alternativas de tratamientos, así como sus ventajas y desventajas, mecanismos o maneras de afrontar la condición evitando amenazas y castigos	100,0
Se recomienda la intervención de profesional en salud mental ante evidencia ansiedad, irritabilidad, indiferencia, conducta antisocial, problemas escolares asociados, trastornos de conducta, deterioro de la autoestima, disfunción familiar y/o fallas en la adherencia.	100,0
o Ante la sospecha de obstrucción de la vía aérea se sugiere remitir para valoración por otorrinolaringología.	100,0
o 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.	100,0
o Se recomienda aconsejar sobre las posturas óptimas para relajar los músculos del piso pelviano y facilitar la micción.	100,0

o Se recomienda educar sobre la ingesta excesiva o insuficiente de líquidos.	85,7
o 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.	85,7
o 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.	100,0
o 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.	85,7
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.	85,7
o No se recomienda despertar y levantar al niño enurético ya que no representa una medida imprescindible para resolver la enuresis.	85,7
o 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”.	100,0
o Se recomienda el uso de alarma simple cuando el entrenamiento para cama seca no ha sido exitoso.	85,7
o 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 uso por mínimo dos o tres meses para lograr adecuados resultados.	100,0
o Para niños con enuresis ocasional o periódica no debe considerarse la alarma como primera línea de tratamiento.	85,7
o Se recomienda individualizar el tipo de alarma en pacientes con necesidades especiales como, alarma vibratoria en pérdida de la audición. En pacientes con dificultades cognitivas o físicas se puede considerar el uso de alarma.	85,7
o Se recomienda continuar de manera simultánea con las recomendaciones para cama seca.	100,0

o 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.	100,0
o Se recomienda una cita para revisión de los aspectos técnicos y de seguimiento después entre 2 y 4 semanas de inicio del uso.	100,0
o Se recomienda que al despertar con la alarma el niño asista al baño y posteriormente reinicie esta al regresar a la cama, para lo que puede necesitar ayuda y apoyo de los cuidadores durante las primeras semanas.	85,7
o Si se obtuvo respuesta, se recomienda continuar su uso hasta alcanzar las 14 noches consecutivas secas.	100,0
o Se recomienda que sí, tras mínimo 6 semanas de uso de alarma no se obtuvo ninguna respuesta considere retirar o complementar con otras terapias como desmopresina.	100,0
o Para disminuir el riesgo de recaída al suspender la terapia, se recomienda usar la modalidad de overlearning, que consiste en incrementar la hidratación durante las noches continuando con la alarma por mínimo 50 días o hasta que el niño permanezca seco por 7 noches.	57,1
Se recomienda educar al paciente y familia sobre los beneficios, la tasa de éxito, mecanismo y tiempo de acción de la desmopresina.	100,0
Se recomienda el uso de la desmopresina como primera de línea de tratamiento farmacológico en pacientes pediátricos con EM primaria en dosis de: o Entre 120 a 240 microgramos/día en presentación liofilizada (polvo para no reconstituir) por vía de administración sublingual o Entre 0.2 a 0.4 mg en presentación de tabletas comprimidas por vía de administración oral (requiere consumo de agua).	85,7
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/o menos noches húmedas.	100,0

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/o aumentar la dosis (comprimido: 0.2 mg a 0.4 mg; liofilizada: 120 microgramos a 240 microgramos)	100,0
Se recomienda reducir la dosis de desmopresina 0.2 mg/mes o 120 microgramos/mes hasta la discontinuación, con el fin de disminuir los porcentajes de recaídas, posteriores a su retiro.	100,0
No se recomienda la titulación de medicamentos por parte de padres de familia.	100,0
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.	100,0
No se recomienda el uso de tricíclicos (imipramina) en el manejo de pacientes con EM, debido a los potenciales eventos adversos cardiacos.	85,7
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.	85,7
Se sugiere considerar las complicaciones psicosociales, como baja autoestima, disfunción social, disfunción familiar dentro de las complicaciones de paciente pediátrico con enuresis.	100,0
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.	85,7

#### D. Recomendaciones y resultados de consenso

<b>Recomendación</b>	<b>% acuerdo</b>
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 a 7 veces al día, urgencia miccional diurna, escape de orina durante el día, baja frecuencia miccional, disuria, o esfuerzo para la micción.]	100
Se sugiere el uso de herramientas estandarizadas para el análisis y diagnóstico de la EM, tales como cartilla miccional y de enuresis propuestos en ANEXO H.	100
No se recomienda la ecografía del tracto urinario de manera rutinaria en el enfoque diagnóstico de EM. Sin embargo, considere su uso ante duda diagnóstica, para excluir diagnósticos diferenciales, y en pacientes con enuresis refractaria	100
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, continuando 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.]	100



## Glosario

**Incontinencia urinaria** es la pérdida involuntaria de orina que puede ser continuo o intermitente e incontinencia que puede presentarse en el día y la noche.

**Incontinencia continua** se refiere a la pérdida constante de orina (día y noche) y esto generalmente se asocian a malformaciones congénitas.

**Incontinencia intermitente** es la pérdida de orina en cantidades discretas. Cuando esta pérdida de orina ocurre mientras se está despierto se denomina incontinencia diurna, Cuando ocurre exclusivamente durante los períodos de sueño se denomina enuresis.

**Urgencia** se refiere a la experiencia repentina e inesperada de una necesidad inmediata y apremiante de miccionar. Su término es aplicable en los niños con control de esfínter.

**Nicturia** es la queja de que el niño tiene que despertar noche para orinar, es común entre los escolares y no es necesariamente indicativo de disfunción de LUT o una condición patológica. A diferencia de la enuresis la nocturia no es el resultado de la incontinencia. Tenga en cuenta que la nocturia no se aplica a los niños que se despiertan por motivos distintos a la necesidad de orinar, por ejemplo, niños que se despiertan después de un episodio enurético.

**Esfuerzo** es la necesidad que el niño se queja, de hacer un trabajo intenso para aumentar la presión intraabdominal (por ejemplo, valsalva) para iniciar y mantener la micción.

**Intermitencia** implica una micción que no es continua, sino que tiene varios chorros de inicio y parada discretos.

**Disuria** es la queja de ardor o malestar durante la micción. El momento de la disuria se puede observar durante evacuación. La disuria al comienzo de la micción sugiere que la uretra es la fuente del dolor, mientras que la disuria al completar la evacuación sugiere la vejiga.

**Maniobras de sujeción o retención** son estrategias observables que se utilizan para posponer la micción o suprimir la urgencia que pueda estar asociada con hiperactividad de la vejiga. El niño puede o no estar completamente consciente del propósito de estas maniobras, pero por lo general son claras para los cuidadores. Los comportamientos comunes incluyen pararse de puntillas, cruzar con fuerza las piernas, agarrar o empujar los genitales o abdomen y ejercer presión sobre el perineo (p. ej., en cuclillas con el talón presionado contra el perineo o sentado sobre el borde de una silla).

**Sensación de vaciado incompleto** es la queja de que la vejiga no se siente vacía después de orinar y puede resultar en la necesidad de volver al baño para orinar nuevamente.

**Diario de vejiga** es el registro objetivo y la documentación de la función de la vejiga. Un diario completo de vejiga consiste en un registro de 7 noches de episodios de incontinencia y mediciones del volumen de orina durante la noche para evaluar enuresis, y una tabla de volumen y frecuencia diurna de 48 hora (no necesariamente registrado en dos días consecutivos) para evaluar para la disfunción LUT.

**Disfunción intestino vejiga** es una combinación de alteraciones de la vejiga y del intestino. La disfunción intestino vejiga grave se caracteriza por disfunción del tracto urinario bajo y disfunción intestinal. Esta condición se observa frecuentemente en niños con trastornos neurológicos, aunque también se puede identificar en pacientes sin patología neurológica identificable o reconocible.



**Vejiga hiperactiva** es la condición caracterizada por urgencia urinaria, generalmente acompañada de frecuencia miccional aumentada y nicturia, con o sin incontinencia urinaria, en ausencia de infección de vías urinarias u otras patologías que explique esto. Los niños con vejiga hiperactiva generalmente tienen hiperactividad del detrusor.

**Aplazamiento miccional** es la condición en la que los niños habitualmente posponen o aplazan la micción mediante maniobras de sujeción, por lo que aplazan la micción.

Este comportamiento está asociado a una frecuencia de micción baja, una sensación de urgencia miccional y posiblemente incontinencia por vejiga llena.

**Vejiga hipoactiva** término clínico está reservado para niños que necesitan aumentar la presión intraabdominal para iniciar, mantener o completar la evacuación, es decir, esforzarse. Los niños pueden tener una frecuencia miccional baja en el marco de una adecuada hidratación, pero también puede tener una frecuencia miccional baja debido a la falta de vaciado vesical.

**Micción disfuncional** condición en la que el niño (a) contrae habitualmente el esfínter uretral o el suelo pélvico durante la micción y demuestra un patrón entrecortado. Este es un término asociado con un paciente neurológicamente intacto.

**Obstrucción de la salida de la vejiga** se refiere a un impedimento del flujo de orina durante la micción. Puede ser mecánico o funcional, estático o fásico y se caracteriza por un aumento de presión del detrusor y un flujo urinario reducido durante el estudio de presión-flujo.

**Incontinencia de esfuerzo** corresponde a la incontinencia de esfuerzo es la pérdida involuntaria de pequeñas cantidades de orina con esfuerzos que aumentan la presión intrabdominal por ejemplo al toser o estornudar.