



Protocol d'actuació enfront l'enuresi a pediatria d'Atenció Primària

2026

Pediatria ACEBA





L'enuresi a pediatria d'Atenció Primària

Concepte

Anamnesi

Exploració física en l'enuresi

Valoració del Volum Miccional Màxim Diürn (VMMD)

Estudis complementaris

Recomanacions generals per a famílies

Tractament



Pediatría CAP Les Hortes

Almudena Sánchez Vázquez

Pediatra

EAP Poble Sec (CAP Les Hortes)

Data elaboració: 15/07/2025

CONCEPTE

Emissió d'orina durant la nit en individus a partir dels 5 anys, sense que es desperti. Es considera enuresi si les fuites es produeixen al menys un cop al mes o sempre que influeixi en el benestar emocional del nen sense una duració mínima establerta.

ANAMNESI

- Freqüència de les fuites urinàries al llarg del mes.
- Nombre de fuites d'orina que es produeixen durant la nit (més d'una fuita fa pensar en baixa capacitat de la bufeta).
- Coexistència de simptomatologia diürna: informació clau per a diferenciar l'enuresi monosimptomàtica (MNE) de la no monosimptomàtica (NMNE).
- Síntomes per a valorar: flux deficient, vacil·lació, necessitat d'esforçar-se per a orinar, urgència miccional, maniobres retentives, incontinença, freqüència diürna de miccions anormalment baixa o alta (<4 o >7 vegades al dia).
- Restrenyiment associat. Almenys en la NMNE, el tractament de l'enuresi no ha d'iniciar-se abans que s'hagi descartat o tractat amb èxit el restrenyiment.
- Roncs i apnees. El SAHOS provoca la secreció de peptid natriurètic atrial pels canvis en el volum toràcic que es produeixen. Aproximadament el 50% dels nens enurètics amb trastorns respiratoris del somni deixaran de mullar el llit després de sotmetre's a una adenotonsilectomia.
- El creixement i el desenvolupament han estat normals? Pèrdua de pes? Nàusees? Set excessiva amb necessitat de beure a la nit? (diabetis?).
- Ingesta de fàrmacs depressors del SNC o amb efecte diürètic.

EXPLORACIÓ FÍSICA EN L'ENURESI

- Descartar disrafismes
- Explorar marxa de puntetes i de talons
- Tensió arterial, pes i talla
- Masses abdominals (incloent corda còlica que suggereixi restrenyiment)

VALORACIÓ DEL VOLUM MICCIONAL MÀXIM DIÜRN (VMMD)

Mesura la capacitat d'emmagatzematge de la bufeta.

La normalitat es calcula segons la fórmula de Koff: $(\text{edat} + 2) \times 30$, fins a un màxim de 400ml

Els VMMD <75% del teòric suggereixen una baixa capacitat vesical.

ESTUDIS COMPLEMENTARIS

Tira reactiva en orina (només en individus amb NMNE d'aparició recent amb un període continent previ d'almenys 6 mesos) La glucosúria obliga a descartar la diabetis mellitus. La leucocitúria, o una prova de nitrits positiva, obliga a descartar la infecció del tracte urinari només si existeix una sospita clínica (per a evitar tractar bacteriúries asimptomàtiques).

Calciúria: determinació del quocient calci/creatinina en mostra aïllada d'orina. La hipercalciúria pot provocar enuresi i símptomes diürns propis de bufeta hiperactiva, Normal: <0.2 mg/mg de creatinina. Un valor elevat obliga a determinació de calci en orina de 24 hores, sent normal < 4mg/kg/dia. La hipercalciúria es diagnostica si >4 mg/kg/dia en 2 determinacions separades per 1 mes. No indicat d'entrada, però sí en cas de no haver-hi una bona resposta als tractaments prescrits.

Ecografia renovesical: només indicada si se sospita un buidatge incomplet de la bufeta o prèviament a l'ús d'anticolinèrgics.

Estudis urodinàmics: només indicats en casos de dificultat per a l'inici de la micció.

RECOMANACIONS GENERALS PER A LES FAMÍLIES

- El nen ha de saber que no és culpa seva.
- Els pares que desperten regularment al nen a la nit han de saber que aquesta estratègia no té cap base mèdica ni és curativa.
- No ha de restringir-se la ingesta de líquids del nen a les nits, tret que vegin un benefici clar.
- El valor de la uroteràpia en l'enuresi nocturna (a diferència de la incontinença diürna) no és clar.

TRACTAMENT

I. Enuresi monosimptomàtica

Hi ha dues teràpies de primera línia establertes per a la ENM:

- **Alarma d'enuresi**

La taxa d'èxit se situa entre el 50 i el 70%.

Especialment indicada per a l'enuresi freqüent (fuites totes les nits) i amb una gran motivació per part del nen i la família.

Menor grau de recomanació amb TDAH concomitant, enuresi amb baixa freqüència de fuites i en individus que mullen moltes vegades a la nit.

L'alarma ha d'utilitzar-se de manera contínua, totes les nits sense interrupció.

Control evolutiu pel professional al cap de 1-3 setmanes per a reforç positiu i resoldre els problemes tècnics que puguin sorgir. Si no hi ha signes de progrés després de 6 setmanes, s'ha de suspendre la teràpia.

Si hi ha progrés (taca més petita, nits seques ocasionals), llavors la teràpia ha de continuar fins que s'hagin aconseguit 14 nits seques consecutives. Per a evitar recaigudes, es pot realitzar una tècnica de "sobre-aprenentatge": consisteix a indicar al nen, després d'haver aconseguit 14 nits consecutives sense mullar el llit, que begui 1 o 2 gots d'aigua addicionals cada nit. Quan s'han aconseguit 14 nits consecutives sense mullar el llit malgrat el líquid addicional, es pot suposar que han augmentat les possibilitats d'una remissió o curació a llarg termini.

Alarmes més utilitzades: Pipistop™, DRI Sleeper Excel, Wet-Stop 3™, DryEasy Plus Sense fil™, Dimpo™, Rodger™.

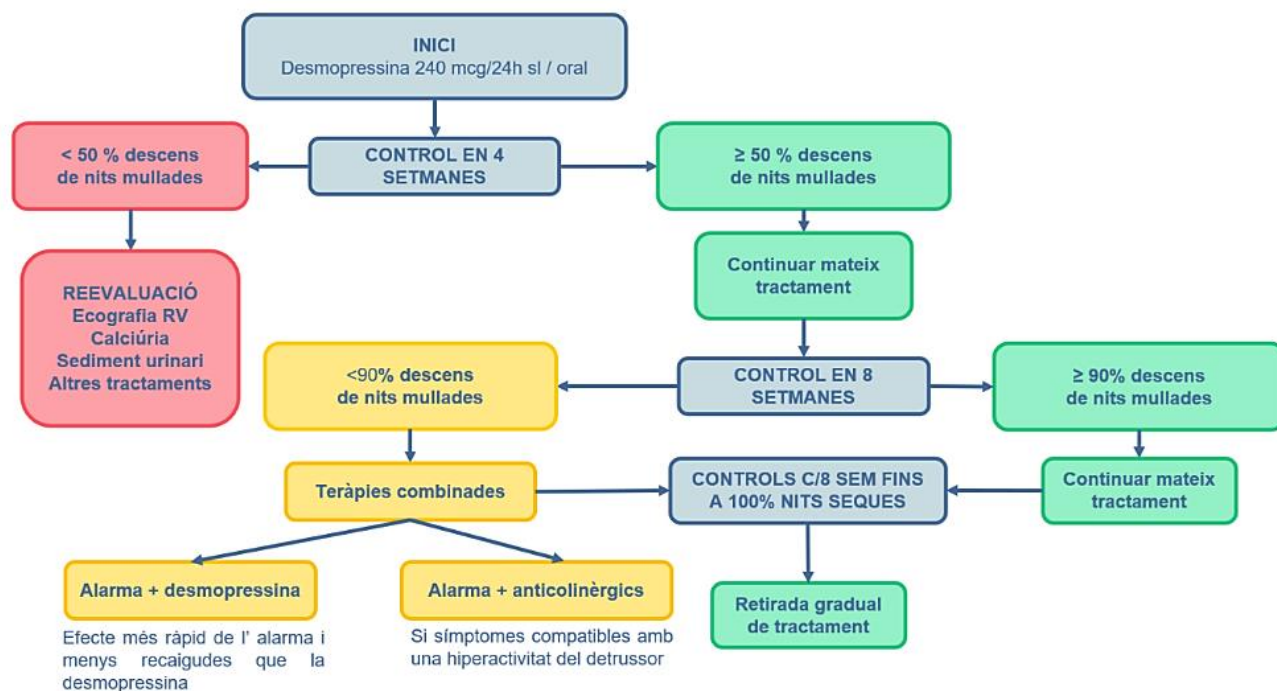
- **Desmopressina sublingual:**

Per raons de farmacocinètica es prefereix l'ús de liofilitzat d'administració sublingual, 240mcg a l'hora de ficar-se al llit. Aproximadament un terç dels nens enurètics responen a la desmopressina, un terç no obtindrà cap benefici i un altre terç tindrà una resposta intermèdia. La probabilitat de resposta és major en els nens amb MNE que presenten poliúria nocturna i volums d'orina diürns normals. Una ingesta elevada de sal i/o proteïnes a la nit influeix negativament en la resposta a la desmopressina.

La desmopressina pot utilitzar-se a llarg termini sense riscos substancials, encara que s'ha de restringir la ingesta de líquids no bevent entre 1 hora abans de l'administració i fins a 8 hores després, excepte en cas de nens que estan deshidratats o assedegats a causa d'un exercici intens o a la sudoració, que poden calmar la seva set.

Els efectes secundaris són poc freqüents. L'única contraindicació és la polidípsia habitual o l'ús concomitant de fàrmacs d'acció diürètica o hipotensors (cardiopaties, HTA).

Esquema d'ús de la desmopressina



2. Enuresi no monosimptomàtica

Instruir al nen amb NMNE perquè estableixi hàbits de micció regulars amb micció aproximadament 6 vegades al dia i adoptar una bona postura per a orinar amb les cuixes ben recolzades a terra.

No hi ha cap raó recolzada per l'evidència per a retardar la teràpia antienurètica específica en el nen amb símptomes diürns lleus i que no són motiu de preocupació per a la família (una certa urgència, episodis d'incontinència marginal i/o freqüència miccional alta/baixa).

- **Anticolinèrgics:** abans de considerar el tractament anticolinèrgic, és necessari descartar o tractar amb èxit el restrenyiment i l'orina residual.

Els anticolinèrgics s'utilitzen com a teràpia antienurètica de segona línia, habitualment en combinació amb desmopressina ja que la hiperactivitat del detrusor és un mecanisme patogènic crucial en l'enuresi, especialment en la NMNE o en l'enuresi que no respon al

tractament amb desmopressina. No existeixen riscos greus associats a aquests fàrmacs i són més ben tolerats que pels adults.

Anticolinèrgics més utilitzats:

- **Solifenacina oral**

Dosificació:

Pes (kg)	Dosis inicial (ml)	Dosis màxima (ml)
9 a 15	2	4
>15 a 30	3	5
>30 a 45	3	6
>45 a 60	4	8
>60	5	10

- **Tolterodina oral**

Dosi: 4 mg/dia.

Urotrol – 2mg®: 1 comprimit cada 12 hores.

Urotrol-*Neo – 4mg d'alliberament prolongat®: 1 comprimit cada 24h.

- **Oxibutinina oral o transdèrmica**

Dosi oral: 10mg/dia, 0,1-0,4 mg/kg/dia (màx: 10-20 mg/dia).

Ditropan: 5 mg, 2 vegades al dia, espaiades almenys 4 hores.

Dosi transdèrmica: 1 pegat 36 mg / 3-4 dies.

Altres tractaments de segona línia per a l'enuresi:

- **Atomoxetina** té efecte antienurètic (nivell d'evidència Ib) i es pot plantejar en nens amb TDAH associat.
- **Nous intents amb alarma** d'enuresi: Independentment dels antecedents, és una estratègia assenyada animar als nens a fer nous intents amb la teràpia amb alarma cada dos anys aproximadament. Si hi ha poliúria nocturna, afegir desmopressina, fins i tot si no va funcionar com a monoteràpia.
- **Teràpies combinades** individualitzades que incloguin components com la desmopressina, l'alarma per a l'enuresi, els anticolinèrgics o els antidepressius.