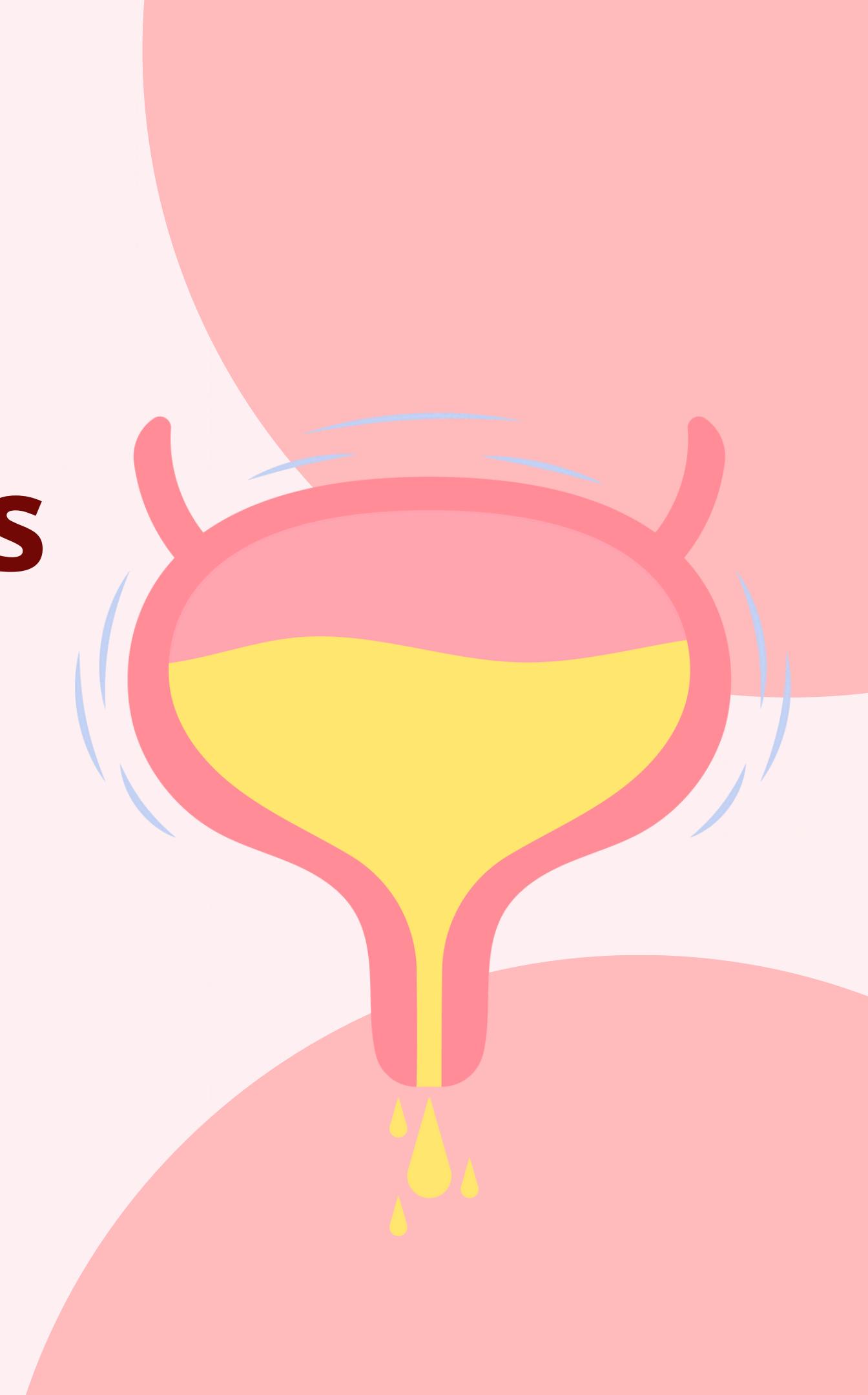


# Cómo abordar los problemas miccionales desde Atención Primaria



# Índice

Anamnesis

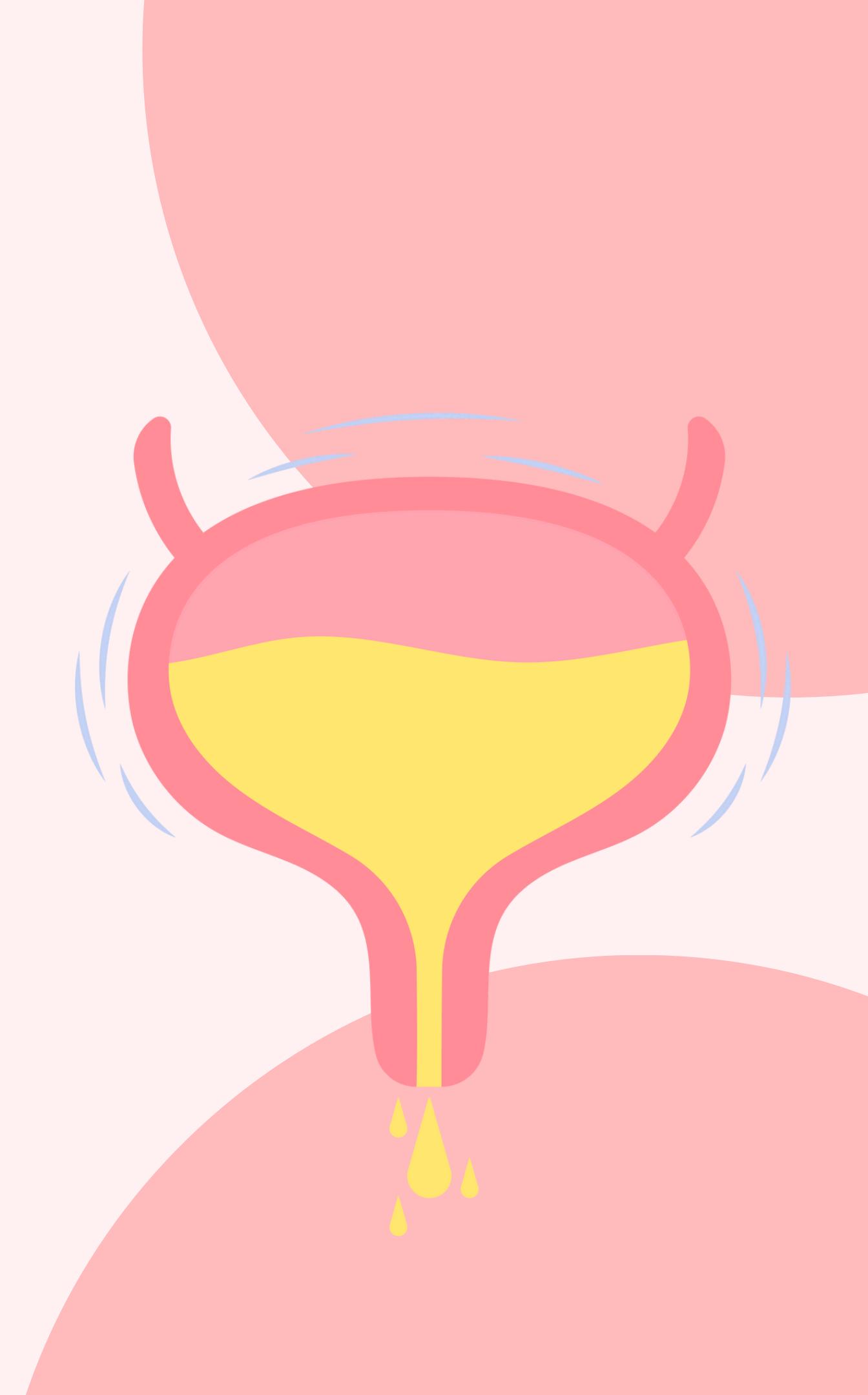
Exploración física

Registros y diarios

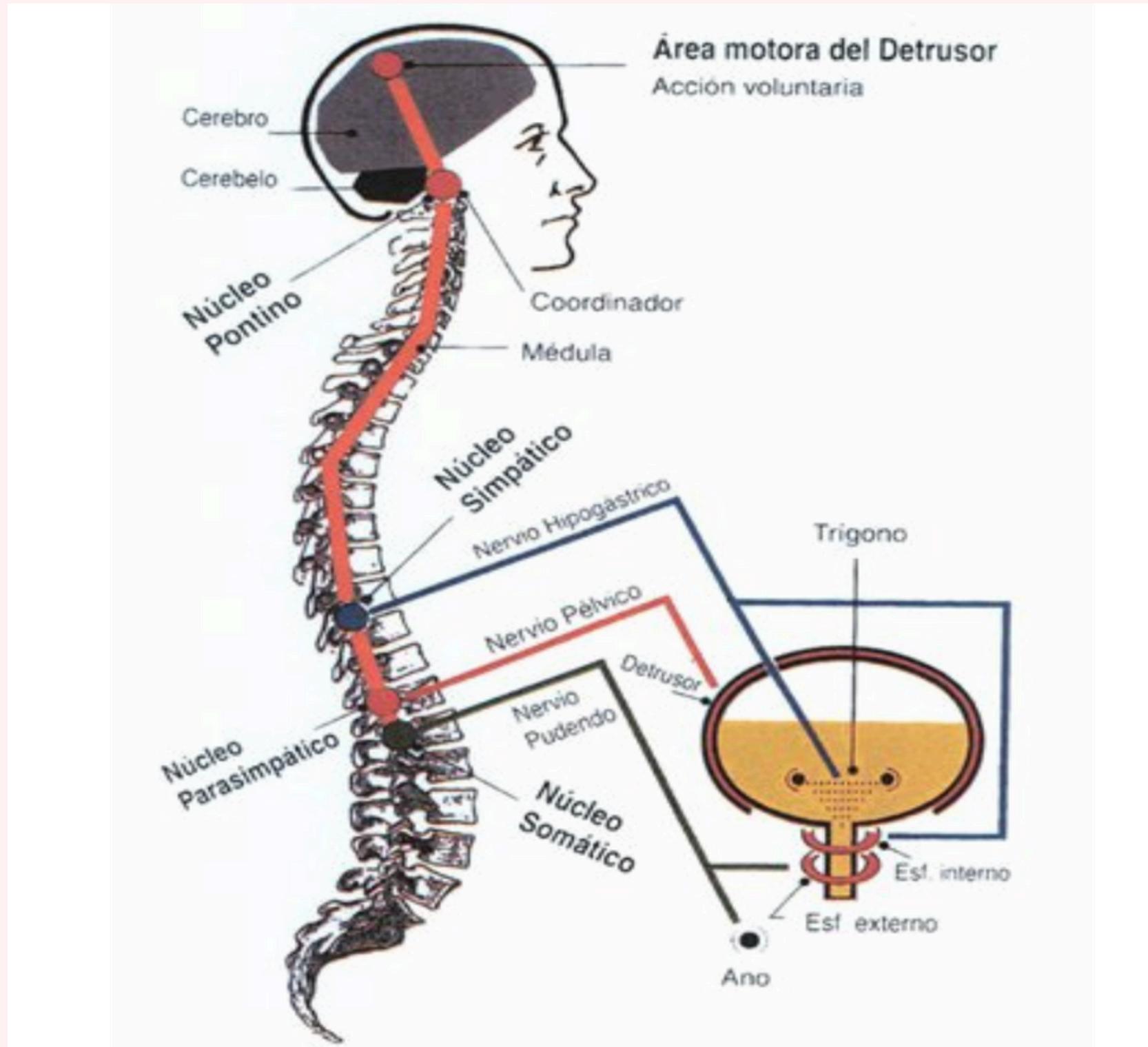
Estudios complementarios

Tratamiento

Indicación derivación

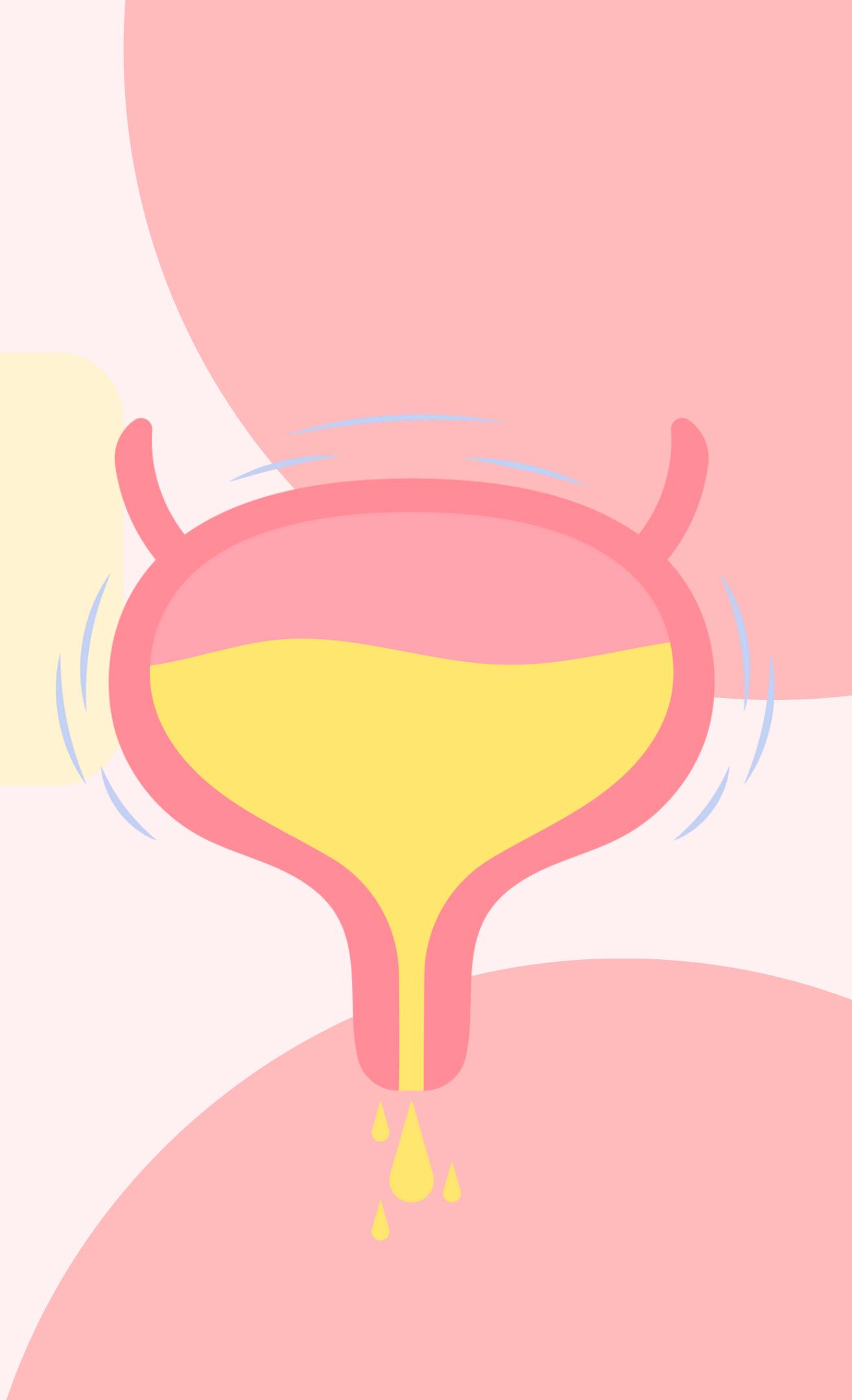


# Esquema nuero-urológico



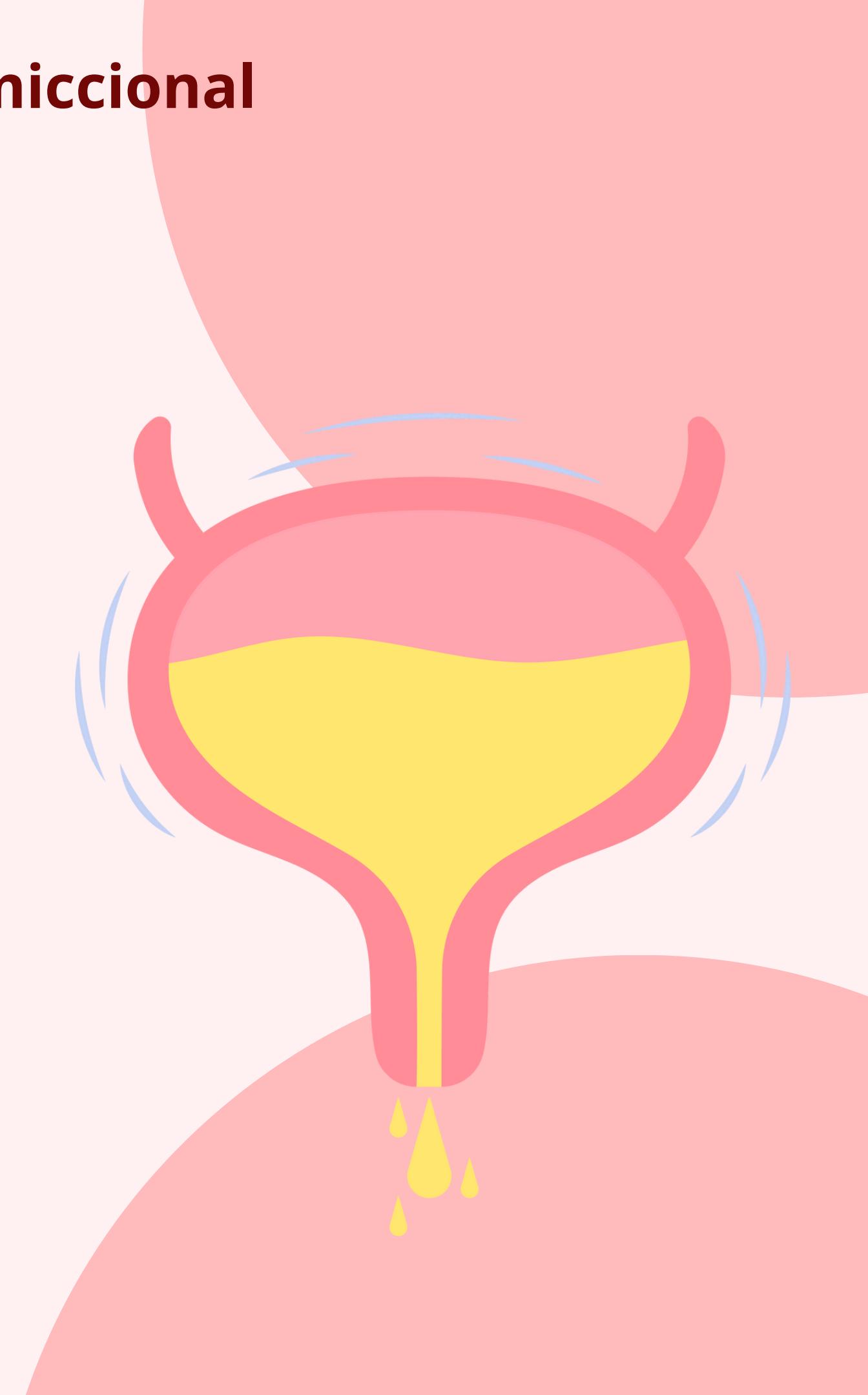
# Caso 1. Enuresis primaria monosintomática

- Niña de 6 años, sin antecedentes médicos de interés.
- Embarazo, perinatal así como crecimiento y desarrollo normal.
- Escapes de orina durante el sueño 5-7 noches/semana
- Madre enurética hasta los 8 años.



## Caso 2. Aumento frecuencia miccional y urgencias miccional

- Niña de 6 años. Sin antecedentes relevantes
- Aumento de frecuencia miccional (15-20/día)
- Escapes diurnos escaso y ocasional
- Enuresis nocturna 5-7 noches/semana



## Caso 3. Infecciones orina repetición, urgencias miccional y escapes orina

- Niña de 6 años, sin antecedentes relevantes interés
- Fiebre y disuria en niña con antecedentes de trastorno miccional.
- Episodios de disuria, mal olor de orina y fiebre hasta 38,5 °C.
- Escapes diurnos que empeoran con los episodios disuria.
- 



# Anamnesis

## Hábito miccional diurno

### -Inicio control de esfínteres

¿Cuándo inició el control de esfínter urinario diurno? ¿Tuvo dificultades?

### -Frecuencia miccional

¿Con qué frecuencia orina? ¿Cuántas veces orina al día? (Normal de 3-7 micciones/día)

### -Posponer la micción. Posturas de evitación de la micción

¿Aguanta las ganas de orinar? ¿Espera al último momento para orinar?

¿Adopta posturas para aguantar las ganas de orinar (bailar, cruzar las piernas, agacharse, tocarse o apretarse los genitales)?

### -Urgencia miccional

¿Cuándo orina tiene que ir corriendo con la sensación imperiosa de orinar? ¿Cree que no va a llegar a tiempo?

### -Incontinencia de urgencia

¿Se le escapa la orina?

¿Moja sólo la ropa interior? (leve), ¿También la ropa? (moderada),

¿Realiza una micción abundante o completa? (grave) Incontinencia postmictacional

¿Se le escapa la orina justo después de orinar, al ponerse de pie? (niñas)

### -Características del chorro miccional

¿Le cuesta trabajo iniciar la micción?

¿El chorro miccional es continuo o entrecortado? ¿El chorro es débil? ¿Necesita hacer esfuerzo para orinar?



# Anamnesis

## Hábito intestinal

### -Estreñimiento

¿Es estreñido? ¿Cómo hace la caca? ¿Qué consistencia tiene?

¿Con qué frecuencia?

¿Le cuesta o duele al hacer caca?

¿Las heces suelen atascar el váter?

### -Retención fecal

¿Evita o pospone el momento de hacer caca?

¿Se esconde para hacerlo? ¿Evita hacerlo en el váter?

### -Incontinencia fecal, encopresis

¿Se le escapa la caca?

¿Ensucia la ropa interior de caca?



# Enuresis

-Primaria o Secundaria

¿Moja la cama desde siempre?

¿Le han retirado el pañal por la noche, permaneciendo seco?

¿Cuánto tiempo se mantuvo seco sin orinarse en la cama?

¿Más o menos de 6 meses?

-Nicturia

¿Se despierta por la noche para orinar? ¿Cuántas veces?

-Frecuencia de la enuresis

¿Cuántos días a la semana suele mojar la cama?

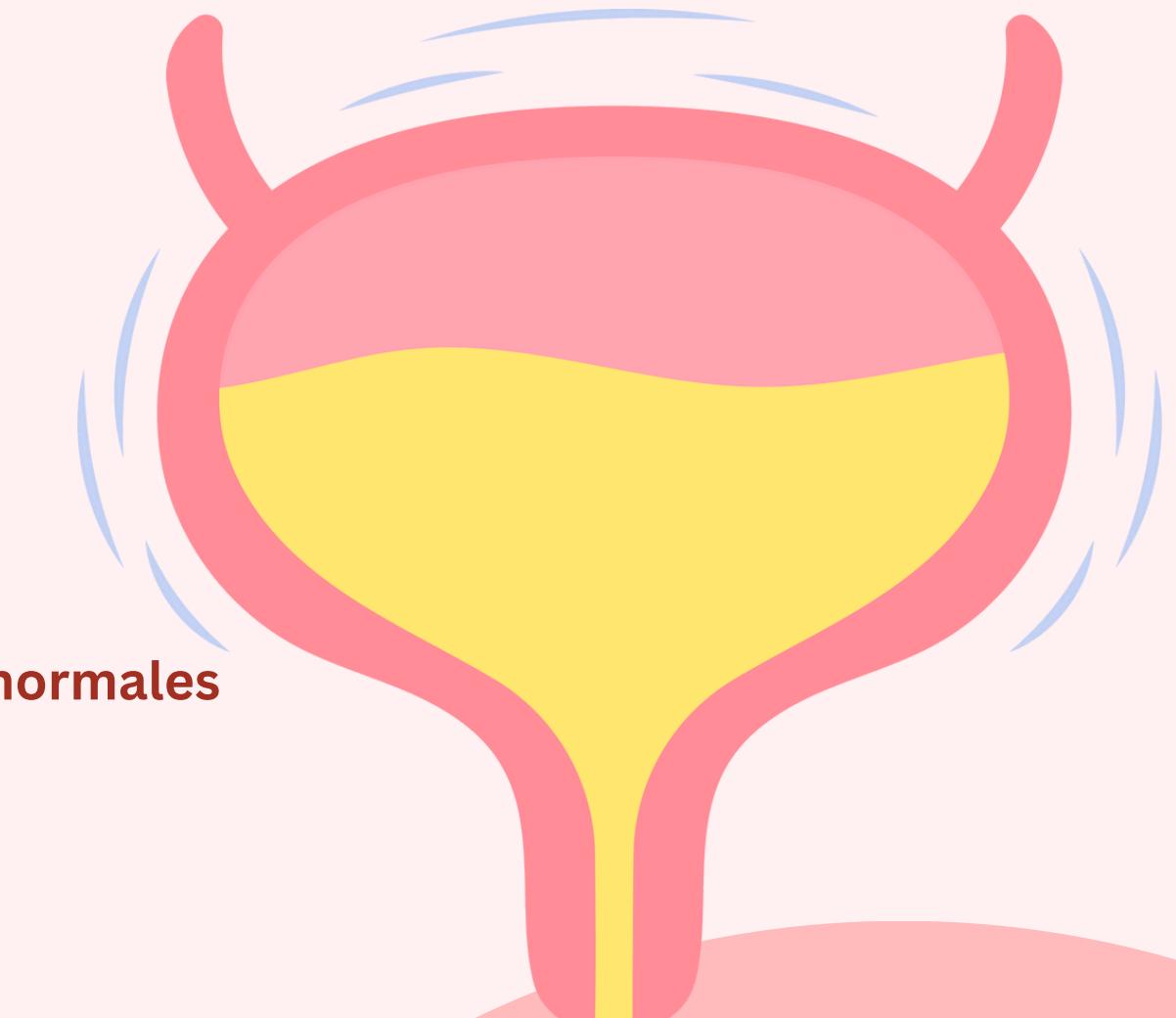
-Volumen de la micción

¿Son escapes pequeños? ¿Hace micciones muy abundantes?

¿Sobrepasan el pañal? ¿Mojan la cama?

-Número de episodios por noche

¿Moja la cama más de una vez por noche?



-Existencia de eventos anormales durante el sueño



Ingesta de líquidos

¿Bebe muchos líquidos? ¿Qué tipo de líquidos?

¿En qué horarios?

¿Más por la mañana, tarde o la noche?

¿Bebe bebidas estimulantes o gaseosas?



Hábitos alimenticios

¿Realiza cenas copiosas?

¿Toma sal abundante? ¿Alimentos procesados?

¿Cena tarde, justo antes de ir a la cama?

# Anamnesis

## Enuresis

### -Tipo de tratamiento

- ¿Ha recibido algún tratamiento previo? ¿Lo despiertan por la noche para orinar?
- ¿Han realizado medidas de refuerzo positivo (por ej. Calendario de noches secas)?
- ¿Han utilizado la alarma? ¿Han utilizado alguna medicación?

### -Farmacológico: Tipo, cronología, dosis y respuesta

- ¿Qué medicamento tomó? ¿Qué tipo de pastillas/gotas?
- ¿Qué dosis y con qué horario? ¿Cuánto tiempo?
- ¿Modificaron posteriormente la dosis? ¿Tuvo efectos secundarios?
- ¿Fue efectivo el tratamiento? ¿Por qué lo abandonaron?



### -Alarma

- ¿Qué tipo de alarma utilizaron? ¿Conseguía la alarma despertarlo? ¿Le ayudaban los padres a despertarlo?
- ¿Se activaba varias veces en la noche? ¿Colaboraba en su colocación y funcionamiento? ¿Fue efectivo?
- ¿Han realizado diferentes tandas de tratamiento?



# Anamnesis

## Aspectos psicológicos

### -Repercusión psicológica y motivación

¿Qué actitud toma el niño?

¿Cree que es un problema importante? ¿Ha solicitado atención o tratamiento?

¿Tiene algún problema de comportamiento? ¿Tiene retraso madurativo?

### -Relaciones familiares

¿Viven una situación familiar estable? ¿Quiénes son los cuidadores habituales?

¿Ha nacido algún hermano? ¿Ha fallecido algún familiar?

¿Relacionan la enuresis con algún evento familiar desencadenante?

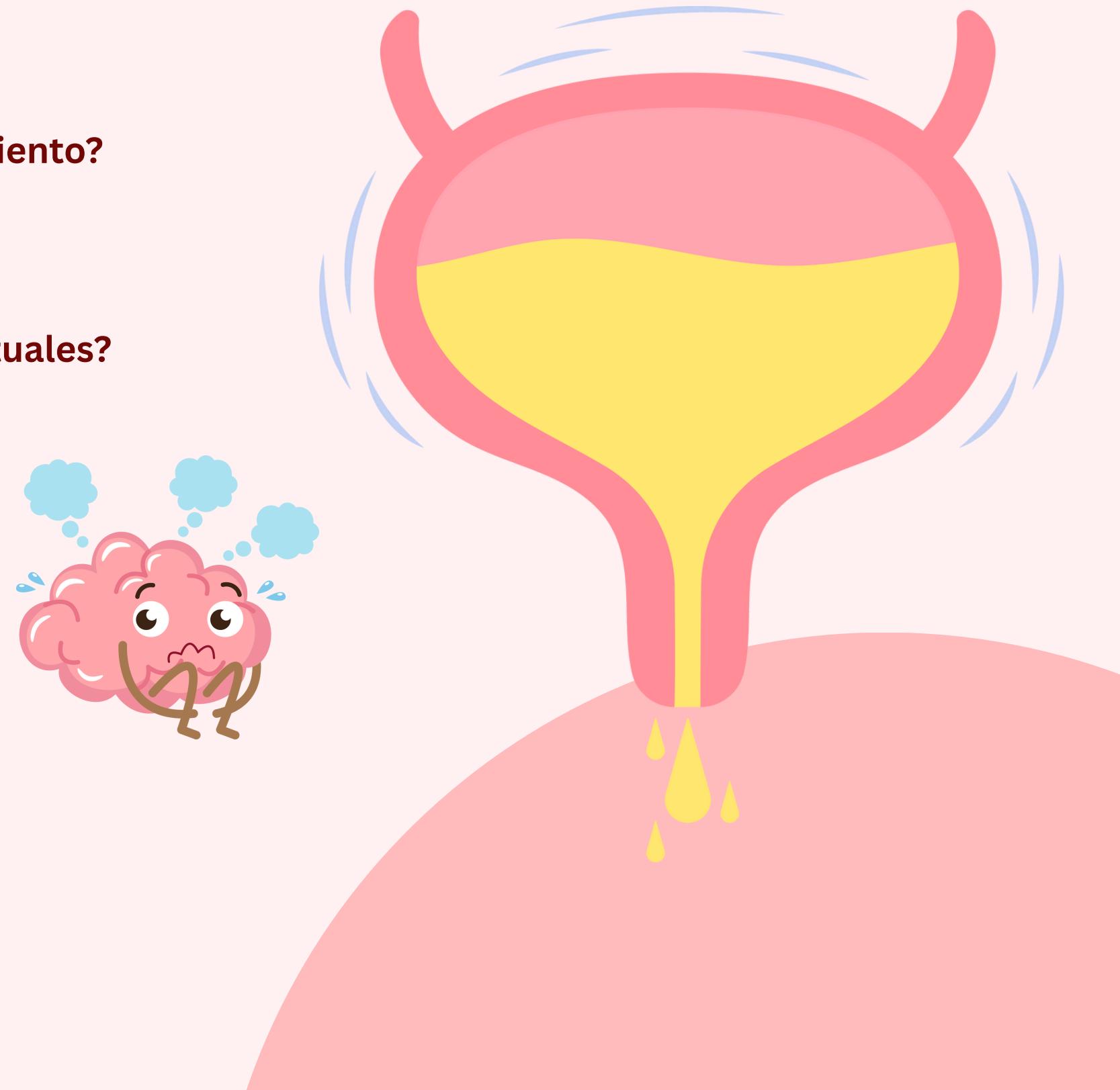
### -Relaciones sociales

¿Se relaciona bien con iguales? ¿Tiene amigos?

### -Integración escolar

¿Se integra bien en el colegio? ¿Cuál es su rendimiento escolar?

¿Creen que puede sufrir algún tipo de acoso?



# Anamnesis

## Cuestionario PLUTSS – Pediatric Lower Urinary Tract Symptom Score

Ítem	Pregunta / Descripción	Opciones de respuesta	Puntuación
1	¿Con qué frecuencia orina tu hijo/a durante el día?	3–7 veces (normal) / <3 o >7 veces	0–1
2	¿Tiene urgencia para orinar o le cuesta aguantar?	Nunca / Raramente / A veces / A menudo / Siempre	0–4
3	¿Se le escapa la orina durante el día?	Nunca / 1 vez/sem / 2–3 veces/sem / 4–6 veces/sem / Diario	0–5
4	¿Realiza maniobras de retención (cruza piernas, se agacha, aprieta el periné)?	Nunca / Raramente / A veces / A menudo / Siempre	0–4
5	¿El chorro de orina es débil o interrumpido?	Nunca / Raramente / A veces / A menudo / Siempre	0–4
6	¿Tiene dolor o escozor al orinar?	No / Sí	0–1
7	¿Refiere sensación de no vaciar completamente la vejiga?	Nunca / Raramente / A veces / A menudo / Siempre	0–4

Ítem	Pregunta / Descripción	Opciones de respuesta	Puntuación
8	¿Moja la cama por la noche?	Nunca / 1–2 noches/sem / 3–5 noches/sem / 6–7 noches/sem	0–5
9	¿Usa pañal, compresa o protector por escapes?	Nunca / Raramente / A veces / A menudo / Siempre	0–4
10	¿Ha tenido infecciones urinarias?	Nunca / 1 / 2 / 3 / ≥4 veces	0–4
11	¿Tiene estreñimiento o deposiciones infrecuentes/duras?	Nunca / Raramente / A veces / A menudo / Siempre	0–4
12	¿Refiere dolor abdominal o lumbar relacionado con la micción?	Nunca / Raramente / A veces / A menudo / Siempre	0–4
13	¿Le preocupa o afecta emocional/socialmente el problema (a él o a la familia)?	Nada / Poco / Algo / Bastante / Mucho	0–4
	Calidad de vida	No / A veces / Sí / Muy afectado/a	0–3



### Interpretación clínica

- **0–8 Normal o síntomas leves**
- **9–20 Disfunción miccional leve/moderada**
- **>20 Disfunción miccional severa o significativa**

- ◆ En la práctica, se suele considerar  $\geq 9$  puntos como clínicamente significativo, especialmente si hay repercusión familiar o escapes.
- ◆ Una reducción  $\geq 6$  puntos tras tratamiento indica mejoría clínica significativa.

# Registros y diarios

## Registro 2 días

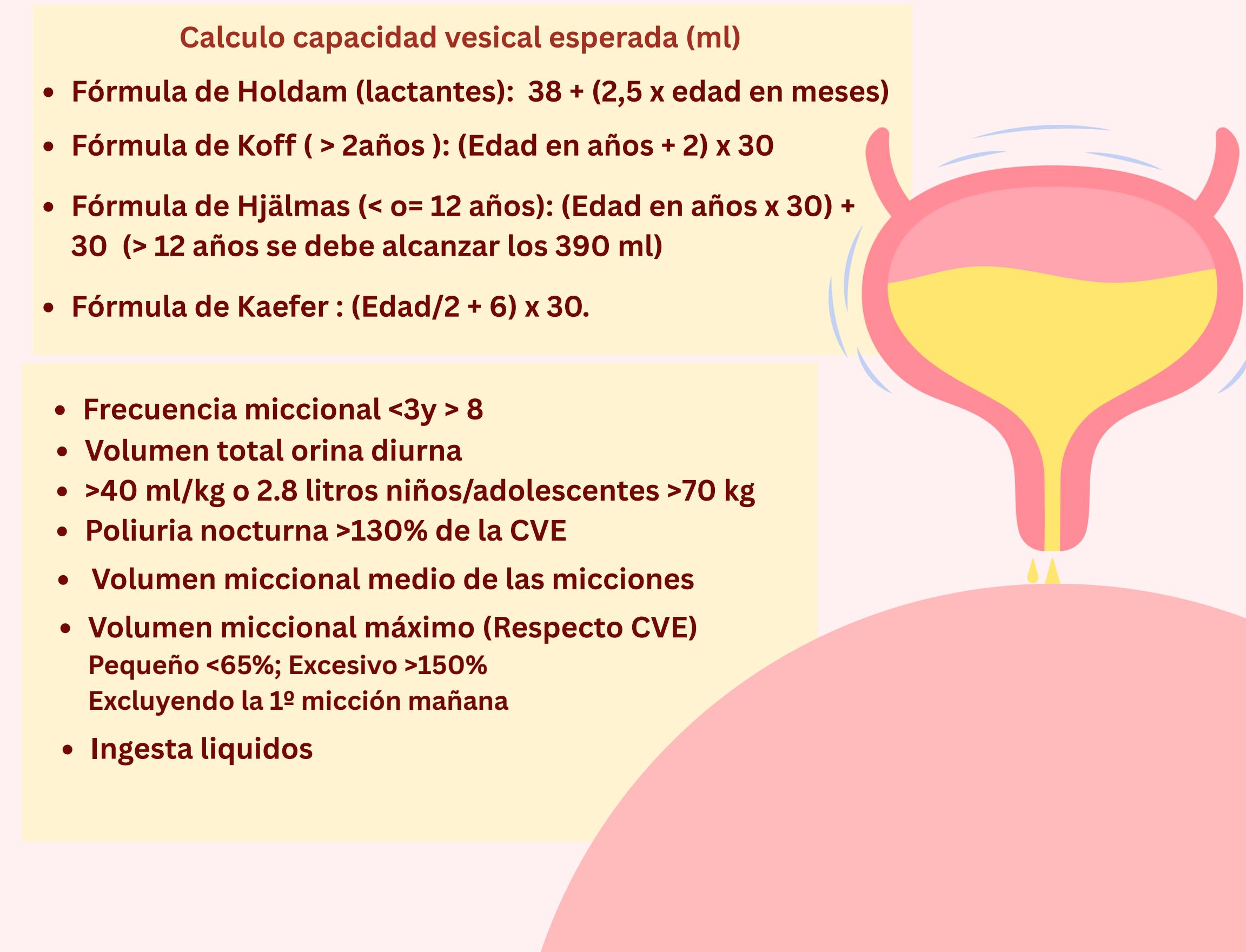


PRIMER DÍA:		Fecha:	
HORA		INGESTA LÍQUIDOS	MICCIONES
MAÑANA	8		
	9		
	10		
	11		
	12		
	13		
	14		
TARDE	15		
	16		
	17		
	18		
	19		
	20		
	21		
NOCHE	22		
	23		
	24-7		<i>Peso del pañal descontando el peso seco</i>
	7		<i>Volumen de orina de la primera micción de la mañana</i>

### Calculo capacidad vesical esperada (ml)

- **Fórmula de Holdam (lactantes):**  $38 + (2,5 \times \text{edad en meses})$
- **Fórmula de Koff ( > 2años ):**  $(\text{Edad en años} + 2) \times 30$
- **Fórmula de Hjälmas (< o= 12 años):**  $(\text{Edad en años} \times 30) + 30$  ( $> 12$  años se debe alcanzar los 390 ml)
- **Fórmula de Kaefer :**  $(\text{Edad}/2 + 6) \times 30.$

- **Frecuencia miccional <3y > 8**
- **Volumen total orina diurna**
- **>40 ml/kg o 2.8 litros niños/adolescentes >70 kg**
- **Poliuria nocturna >130% de la CVE**
- **Volumen miccional medio de las micciones**
- **Volumen miccional máximo (Respecto CVE)**  
Pequeño <65%; Excesivo >150%  
Excluyendo la 1º micción mañana
- **Ingesta líquidos**



# Registros y diarios

## Registro del volumen de orina nocturno

Día	Nº de episodios de incontinencia por noche	Peso del pañal mojado descontando el peso seco	Volumen de la primera micción de la mañana	Total de la orina de la noche
Día 1				
Día 2				
Día 3				
Día 4				
Día 5				
Día 6				
Día 7				



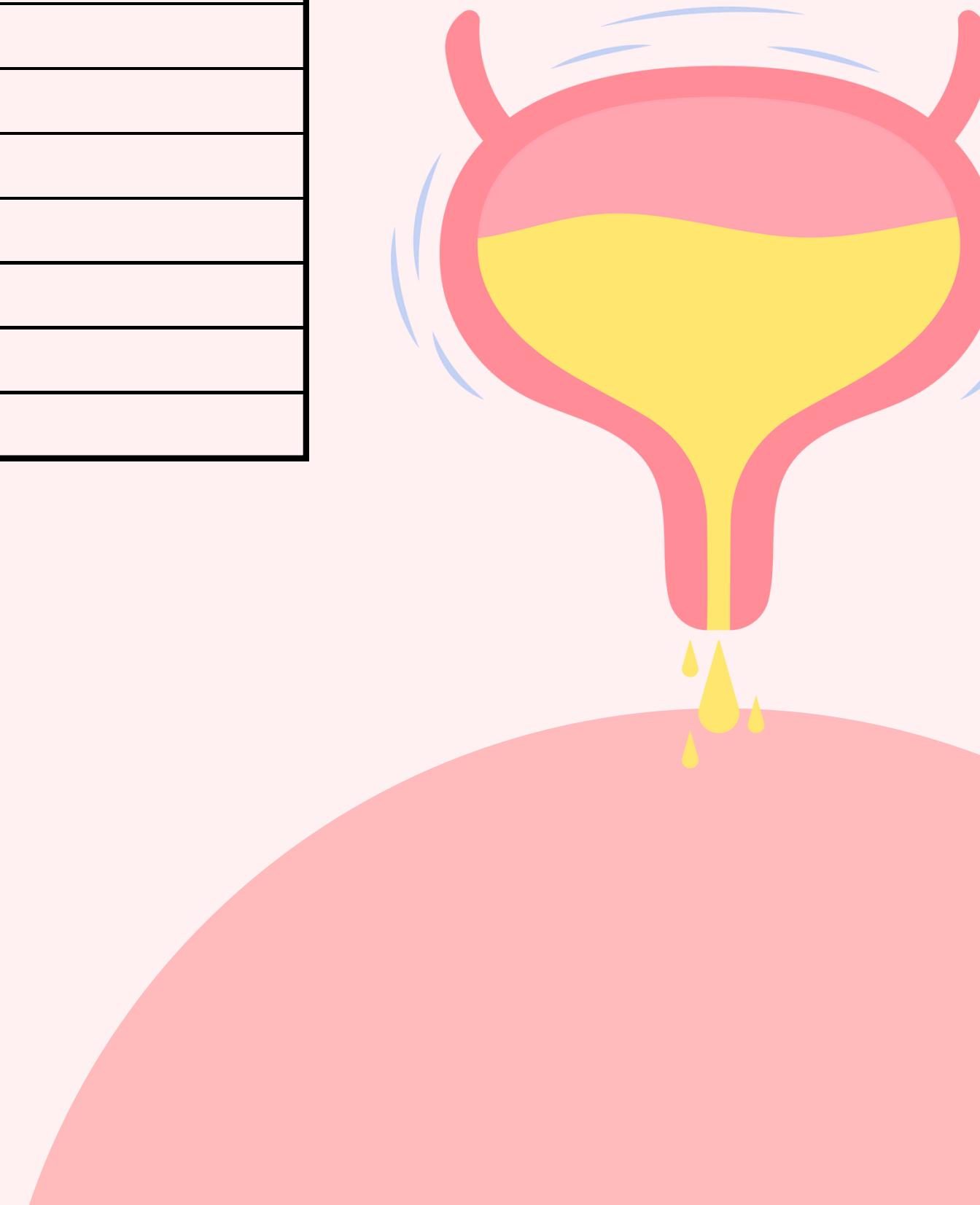
**Poliuria nocturna:**  
volumen urinario superior al 130 % de la CVE para la edad.

# Registros y diarios

## Escala de heces de Bristol

Tipo 1		pedazos duros separados, como nueces (difícil de excretar)
Tipo 2		Con forma de salchicha, pero llena de bultos
Tipo 3		Como una salchicha pero con rajaduras en la superficie
Tipo 4		Como una víborita, suave y blanda
Tipo 5		Pedazos blandos con bordes claros (se excretan fácilmente)
Tipo 6		Pedazos blandos con bordes deshechos
Tipo 7		Aguado, sin trozos sólidos. <b>Enteramente líquido</b>

	TIPO DE HECHES SEGÚN BRISTOL
DÍA 1	
DÍA 2	
DÍA 3	
DÍA 4	
DÍA 5	
DÍA 6	
DÍA 7	



# Exploración física

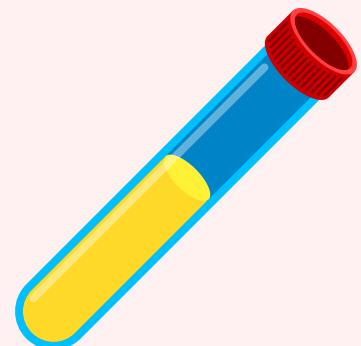
Exploración	Patología
Peso y talla	Retraso de crecimiento sugestivo de enfermedad orgánica
Presión arterial	Hipertensión arterial secundaria a nefropatía (también enfermedades sistémicas o neurológicas)
Inspección de la región lumbosacra	Signos de disrafismo oculto: Manchas en la piel u otros estigmas cutáneos (hipertricosis, fosita sacra, lipoma), malformaciones óseas (agenesia sacra)
Inspección de genitales	Sinequias de labios menores, hipospadias, fímosis, meato uretral ectópico
Palpación abdominal	Masas abdominales, globo vesical, fecalomás
Tacto rectal	Tono del esfínter anal, fecalomás
Exploración neurológica	Deformidades en los pies, alteraciones en la marcha sugestivas de patología medular



# Exploraciones complementarias

## Sistématico orina (anormales y sedimento orina)

### Urocultivo

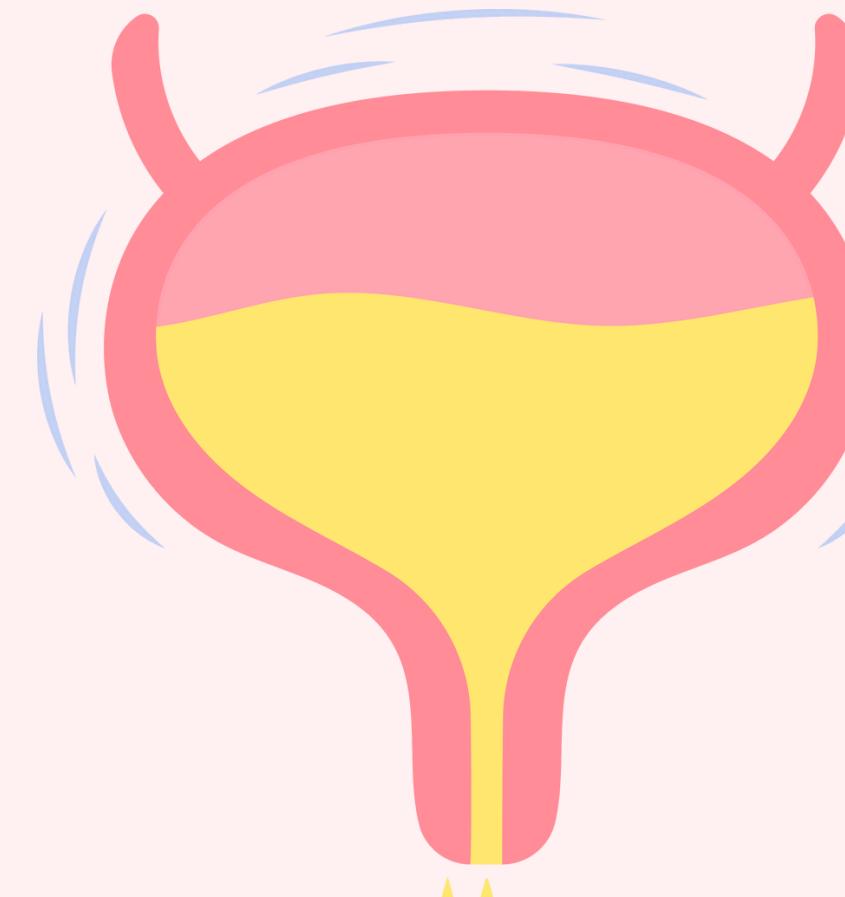


Bioquímica orina 1º orina:  
Relación calcio/creatinina.  
Relación proteinas/creatinina  
Osmolalidad

EPM no indicado  
pruebas complementarias

## Ecografía renal y vías urinaria valoración residuo postmiccional

Patológico  
> 20 ml (o >10 % de la CVE) en niños de 4-6 años  
y/o a 10 ml (o >6 % de la CVE) en niños de 7-12 años



# Caso 1. Enuresis primaria monosintomática

- Niña de 6 años, sin antecedentes médicos de interés.
- Embarazo, perinatal así como crecimiento y desarrollo normal.
- Sin ITUs previas ni estreñimiento.
- Madre enurética hasta los 8 años.
- Moja la cama 5-6 noches por semana.
- No escapes diurnos, ni urgencia, ni aumento de frecuencia.
- Exploración física: Normal. Tensión arterial <P90
- Pruebas complementarias: Tira de orina normal (sin leucocituria, nitritos ni glucosa).

Diario miccional: **CVE 240 ml**

1º día frecuencia miccional 5 veces. 2º día 4 veces.

VMMD 65%. Volumen orina nocturno 100% de la CVE



## Caso 2. Aumento frecuencia miccional y urgencias miccional

- Niña de 6 años. Sin antecedentes relevantes
- Aumento de frecuencia miccional (15-20/día)
- Urgencia y maniobras de retención
- Escapes diurnos escaso y ocasional
- Enuresis nocturna 5-7 noches/semana
- Deposiciones diarias duras y con dificultad
- Exploración física: Normal. TA <P90
- Tira de orina negativa (sin leucocitos, nitritos ni proteínas)
- Ecografía renal y vías urinarias sin alteraciones. No RPM

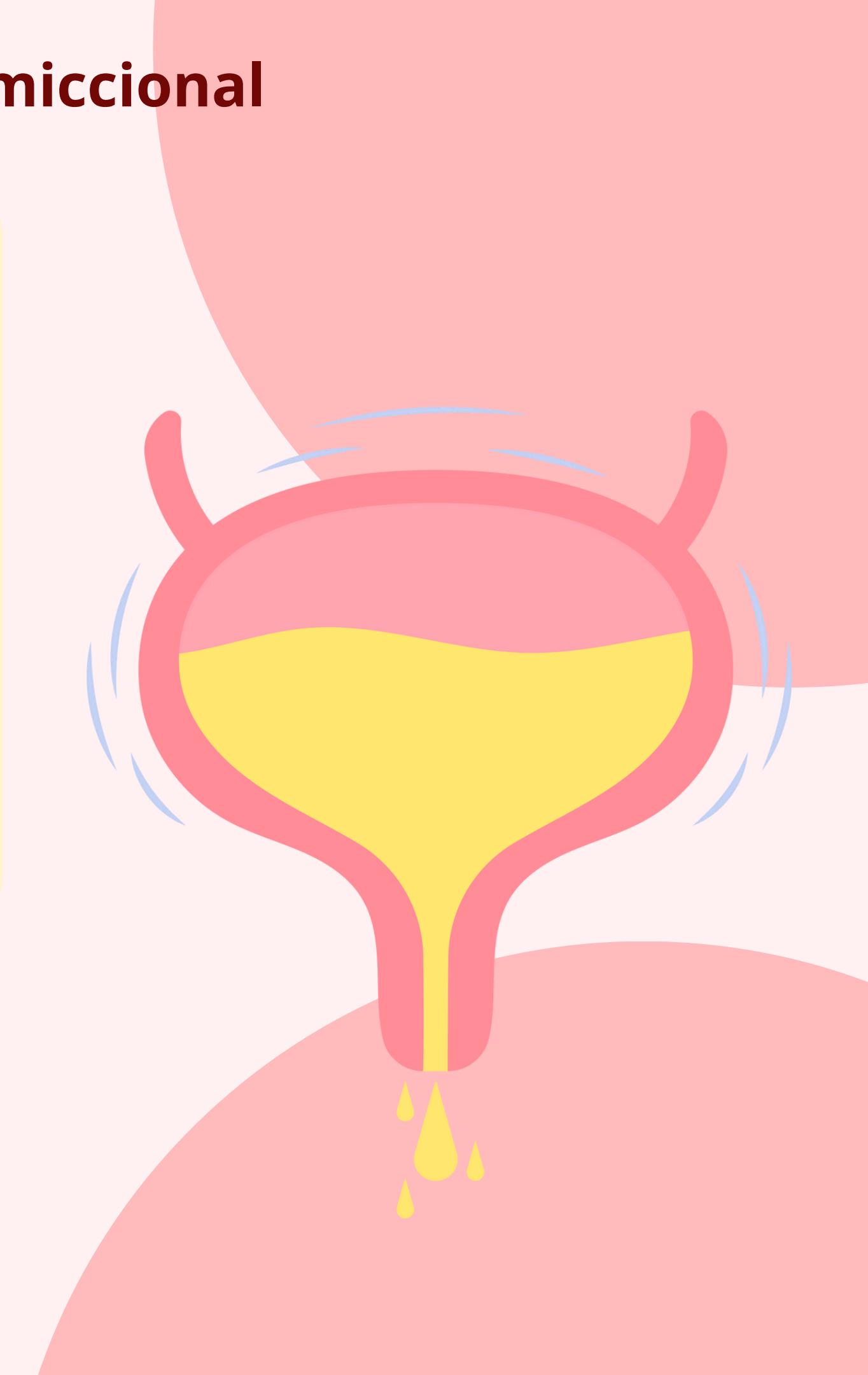


Diario miccinal:

CVE 240 ml

1º día frecuencia miccional 20 veces. 2º día 15 veces.

VMMD 45%. Volumen orina nocturno 100% de la CVE



## Caso 3. Infecciones orina repetición, urgencias miccional y escapes orina

- Niña 6 años, sin antecedentes relevantes
- Fiebre y disuria en niña con antecedentes de trastorno miccional
- Episodios de disuria, mal olor de orina y fiebre hasta 38,5 °C.
- Urgencias y escapes diurnos. Eneresis. Estreñimiento.
- Exploración física: Normal.
- Pruebas complementarias: Tira de orina: leucocitos +++, nitritos positivos.
- Urocultivo: *E. coli* >100.000 UFC/mL sensible a amoxicilina-clavulánico.
- Ecografía renal y vías urinarias: sin alteraciones relevantes. No RPM.

CVE 240 ml

Diario miccional:

1º día frecuencia miccional 7 veces. 2º día 5 veces.

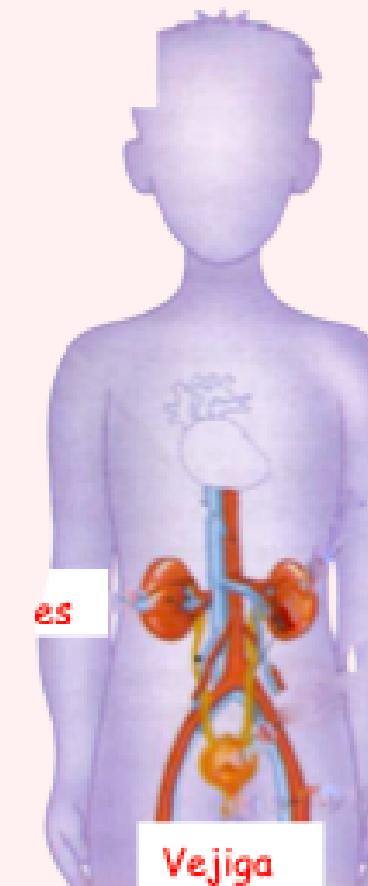
Registra mojada ropa interior y urgencia.

VMMD 45%. Volumen orina nocturno 100% de la CVE



# Uroterapia estandar

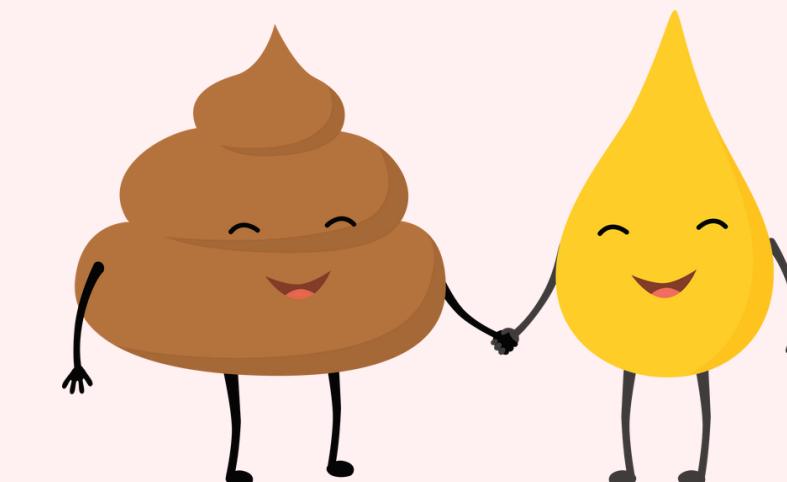
Información anatomía y función basica del aparato excretor



Habitos miccionales correctos  
Detallar la frecuencia de vaciado



Habito intestinal y su relación con los problemas miccioneales



El cerebro:

- ✓ Ayuda a regular la producción de orina por el mecanismo de la sed.
- ✓ Dice a la vejiga cuándo está llena y debe vaciarse.

Los riñones:

- ✓ Filtran la sangre y la depuran.
- ✓ Eliminan el desecho en forma de orina.

La vejiga:

- ✓ Almacena la orina que producen los riñones hasta su eliminación cuando está llena.
- ✓ Envía información al cerebro sobre su llenado.
- ✓ Puede vaciarse por sí sola si el cerebro no logra despertar al niño mientras duerme.

# Caso 1. Enuresis primaria monosintomática

- Niña de 6 años, sin antecedentes médicos de interés.
- Embarazo, perinatal así como crecimiento y desarrollo normal.
- Sin ITUs previas ni estreñimiento.
- Madre enurética hasta los 8 años.
- Moja la cama 5-6 noches por semana.
- No escapes diurnos, ni urgencia, ni aumento de frecuencia.
- Exploración física: Normal. Tensión arterial <P90
- Pruebas complementarias: Tira de orina normal (sin leucocituria, nitritos ni glucosa).

## Diario miccinal:

1º día frecuencia miccional 5 veces. 2º día 4 veces.

VMMD 65%. Volumen orina nocturno 100% de la CVE



# Tratamiento

## Desmopresina

Aumenta absorción agua libre a nivel distal

Buena tolerancia y seguridad

Indicado si PN (>130% CVE) y VMMD > 70%

$\frac{1}{3}$  responden,  $\frac{1}{3}$  parcial,  $\frac{1}{3}$  no responden

Indice elevado recaída 60%

Ingesta líquidos hora previa y 8 horas posteriores (max 200 ml)

120 mcg 1 hora antes ir a dormir y al menos 2 horas después cena

Si no responde aumentar 240 mcg

Si no respuesta 1-2 semanas suspender.

Si buena respuesta: mantener vs noches importantes



## Sistema alarma

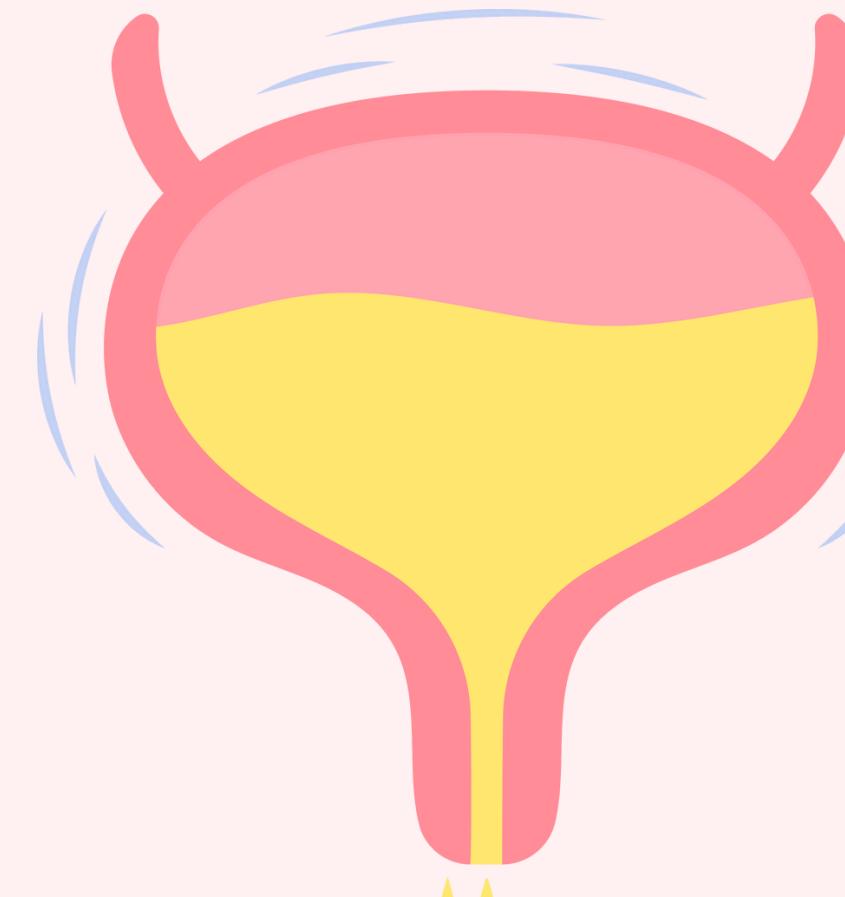
Mejor tasa respuestas y curación.

Familias motivadas. Mínimo 6-8 semanas.

Si buena respuesta mantener hasta 14 noches secas consecutivas.

Pero resultados si alteraciones neurodesarrollo

No recomendado si <1-2 noches/sem o varios escapes (monoterapia)



# Tratamiento

Nombre:

Del día	al	día	L	M	X	J	V	S	D	L	M	X	J	V	S	D
No he oído la alarma y me he mojado																
No he hecho caso a la alarma y me he mojado																
He respondido a la alarma y me he <u>mojado</u> pero he terminado en el <u>váter</u>																
He respondido pronto a la alarma y casi no me he mojado																
Me he despertado para orinas antes de que sonara la alarma																
He dormido toda la noche y no ha sonado la alarma y no me he mojado																
Cena líquida ( <u>sopa</u> , crema, <u>mas agua</u> de lo habitual)																
Hora cenar																
Hora acosarse																



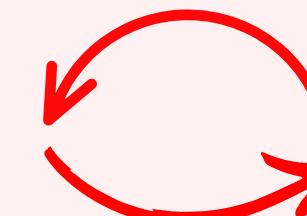
# Tratamiento. Casos resistentes

## Sistema alarma:

Familias motivadas

No poliuria nocturna

Volúmenes miccionales bajos



## Desmopresina

Poliuria nocturna

Buena capacidad vesical

Familias que rehúsan la alarma o bajo nivel de compromiso

## Oxibutinina

Tratamiento 2º linea

Tratamiento combinado (contexto enuresis)

Control contracciones no inhibidas detrusor

Efectos 2º: sequedad boca, vértigos, cambio carácter, rubefacción facial. ESTREÑIMIENTO

Enuresis: Combinado (>2 escapes y no respuesta desmopresina)

Vejiga hiperactiva

## Tratamiento combinados

Sistema alarma + desmopresina

Desmopresina + oxibutinina

- Oxibutinina 0.1-0.2 mg/kg/dia repartidos 2-3 dosis
- Si buena respuesta dejar 3-6 meses y retirar.
- Ecografía previo al tratamiento y durante para valoración residuo postmiccional



## Caso 2. Aumento frecuencia miccional y urgencias miccional

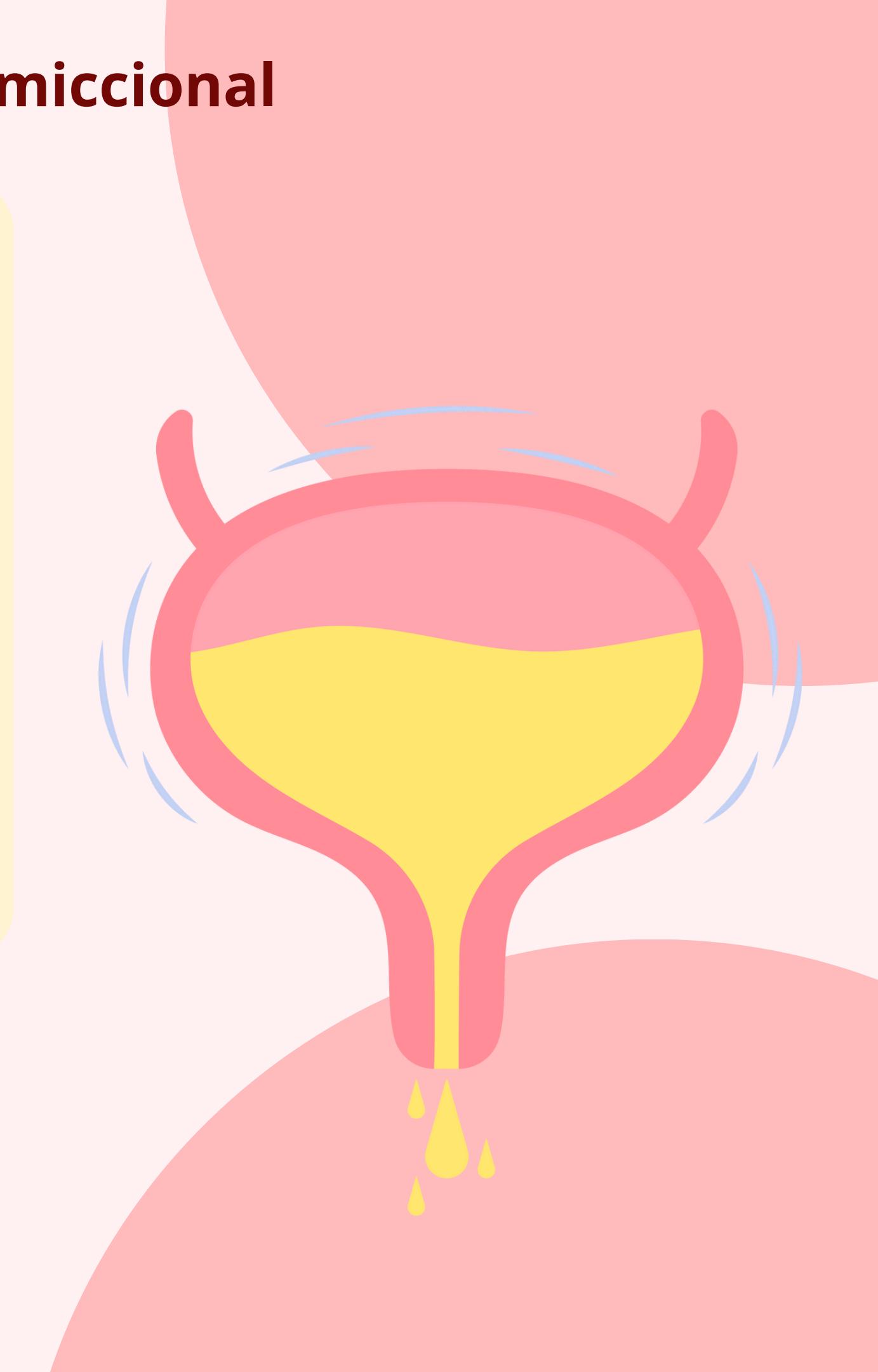
- Niña de 6 años. Sin antecedentes relevantes
- Aumento de frecuencia miccional (15-20/día)
- Urgencia y maniobras de retención
- Escapes diurnos escaso y ocasional
- Enuresis nocturna 5-7 noches/semana
- Deposiciones diarias duras y con dificultad
- Exploración física: Normal
- Pruebas complementarias:
- Tira de orina negativa (sin leucocitos, nitritos ni proteínas)



Diario miccinal:

1º día frecuencia miccional 20 veces. 2º día 15 veces.

VMMD 45%. Volumen orina nocturno 50% de la CVE



# Tratamiento

## Caso 2. Aumento frecuencia miccional y urgencias miccional

- Aumento frecuencia miccional
- No infecciones orina
- No otros síntomas diurnos
- No nicturia



### Cuestionario PLUTSS – Pediatric Lower Urinary Tract Symptom Score

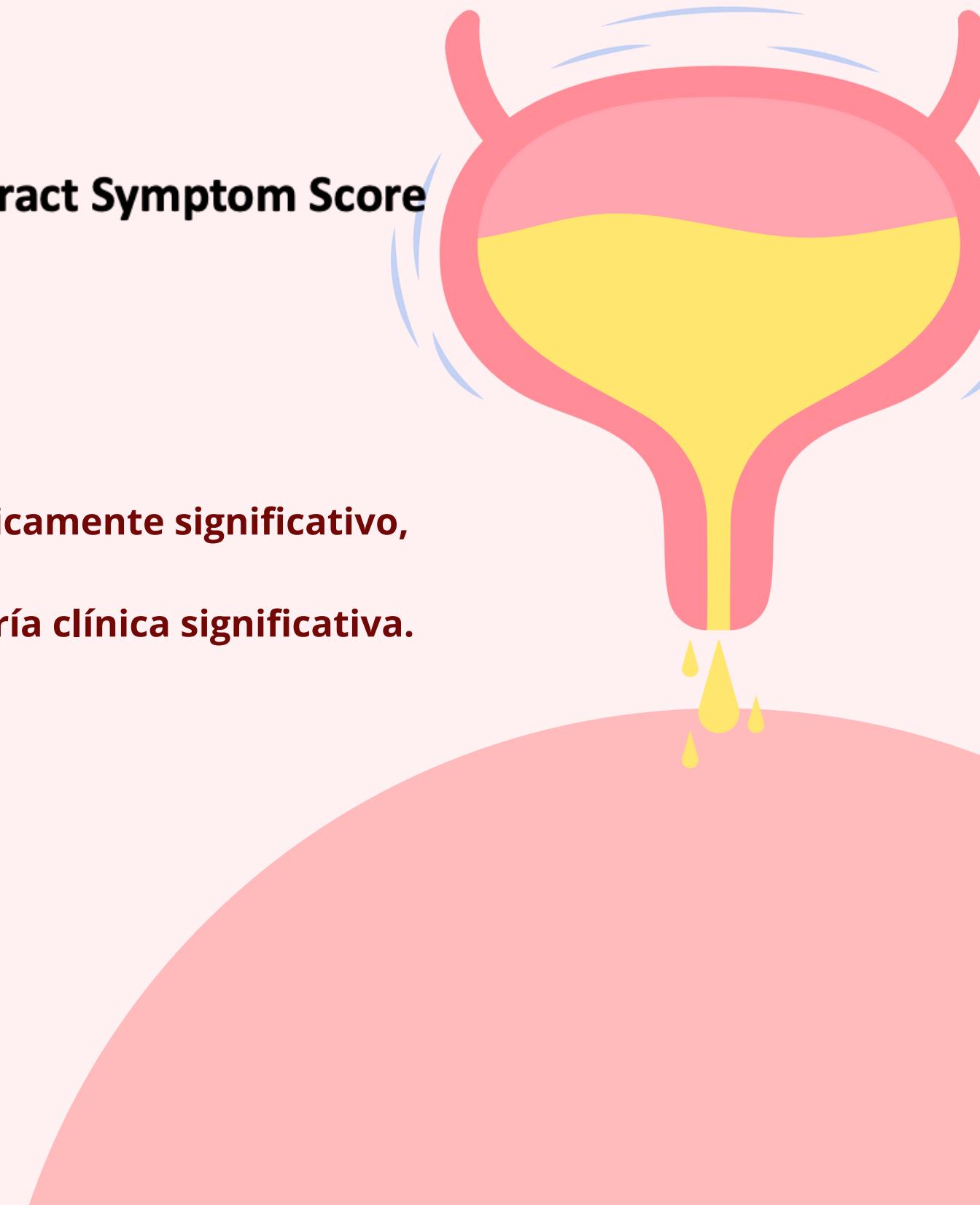
#### Interpretación clínica

- 0-8 Normal o síntomas leves
- 9-20 Disfunción miccional leve/moderada
- >20 Disfunción miccional severa o significativa

◆ En la práctica, se suele considerar  $\geq 9$  puntos como clínicamente significativo, especialmente si hay repercusión familiar o escapes.

💡 Una reducción  $\geq 6$  puntos tras tratamiento indica mejoría clínica significativa.

- Uroteria estandar
- Oxibutinina 0.1-0.2 mg/kg/dia repartidos 2-3 dosis
- Si buena respuesta dejar 3 meses y retirar.
- Ecografia previo al tratamiento y durante el mismo para valoración Residuo postmiccional



# Caso 3. Infecciones orina repetición, urgencias miccional y escapes orina

- Niña 6 años, sin antecedentes relevantes
- Fiebre y disuria en niña con antecedentes de trastorno miccional
- Episodios de disuria, mal olor de orina y fiebre hasta 38,5 °C.
- Urgencias y escapes diurnos. Eneresis. Estreñimiento.
- Exploración física: Normal.
- Pruebas complementarias: Tira de orina: leucocitos +++, nitritos positivos.
- Urocultivo: *E. coli* >100.000 UFC/mL sensible a amoxicilina-clavulánico.
- Ecografía renal y vías urinarias: sin alteraciones relevantes. No RPM.

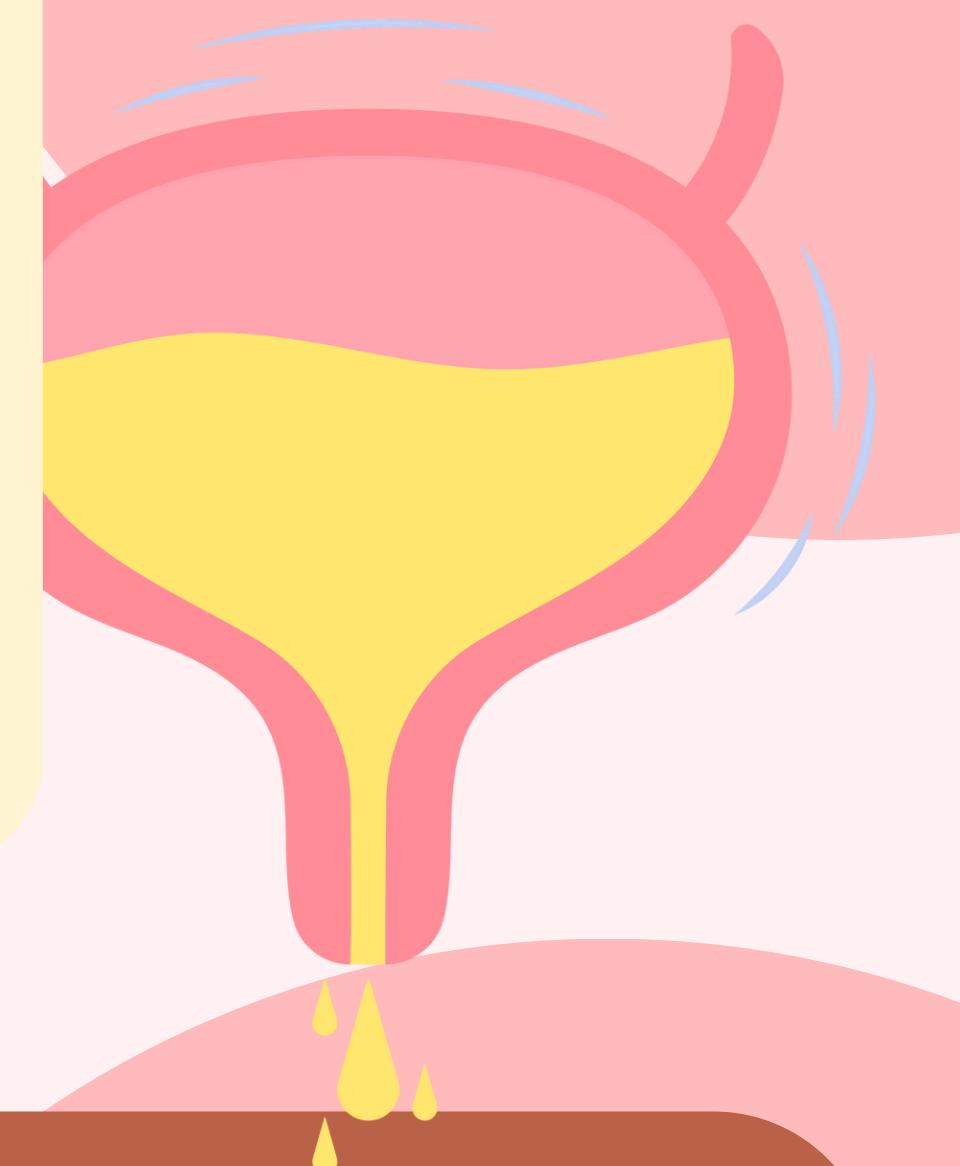
## Diario miccional:

1º día frecuencia miccional 7 veces. 2º día 5 veces.

Registra mojada ropa interior y urgencia.

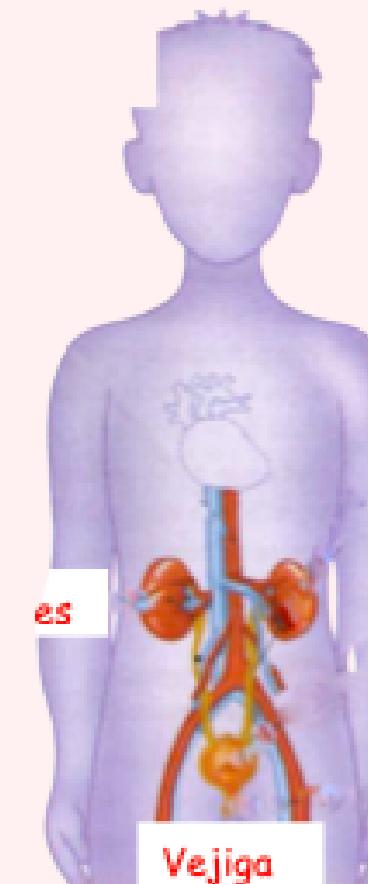
VMMD 45%. Volumen orina nocturno 80% de la CVE

- Uroteria estandar
- DERIVACIÓN NEFRO-UROLOGÍA INFANTIL



# Uroterapia estandar

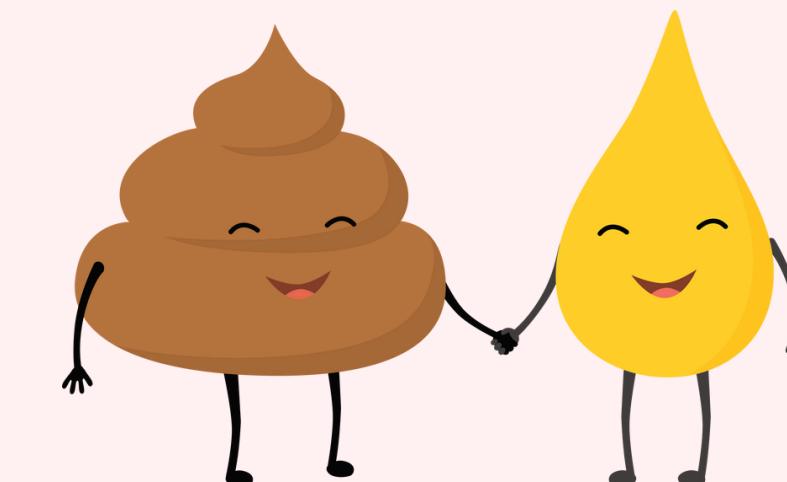
**Información anatomia y función basica del aparato excretor**



**Habitos miccionales correctos**  
**Detallar la frecuencia de vaciado**



**Habito intestinal y su relación con los problemas miccionales**



**El cerebro:**

- ✓ Ayuda a regular la producción de orina por el mecanismo de la sed.
- ✓ Dice a la vejiga cuándo está llena y debe vaciarse.

**Los riñones:**

- ✓ Filtran la sangre y la depuran.
- ✓ Eliminan el desecho en forma de orina.

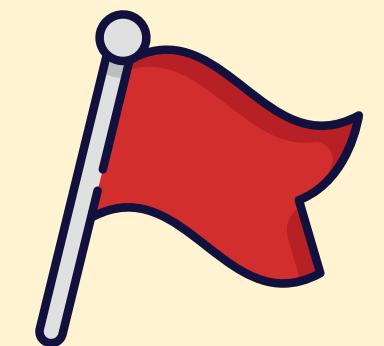
**La vejiga:**

- ✓ Almacena la orina que producen los riñones hasta su eliminación cuando está llena.
- ✓ Envía información al cerebro sobre su llenado.
- ✓ Puede vaciarse por sí sola si el cerebro no logra despertar al niño mientras duerme.

# Derivación Criterios

- Enuresis + síntomas diurnos: urgencia, frecuencia, incontinencia diurna.
- Enuresis refractaria: Fracaso de uroterapia / alarma / desmopresina.
- Enuresis secundaria (considerar según sospecha etiológica): Reaparición tras  $\geq 6$  meses seco
- Incontinencia diurna persistente: No respuesta a uroterapia y control del estreñimiento
- ITU recurrente asociada a síntomas miccionales: Micción disfuncional.
- Incontinencia de la risa con repercusión funcional

- Incontinencia continua (niños siempre mojados)
- Síntomas de vaciado: chorro débil o entrecortado
- Esfuerzo miccional
- Chorro miccional anómalo: Pulverizado, bifurcado
- Trastorno miccional +alteraciones lumbosacras +/- alteraciones neurológicas



# Bibliografía

GRACIAS

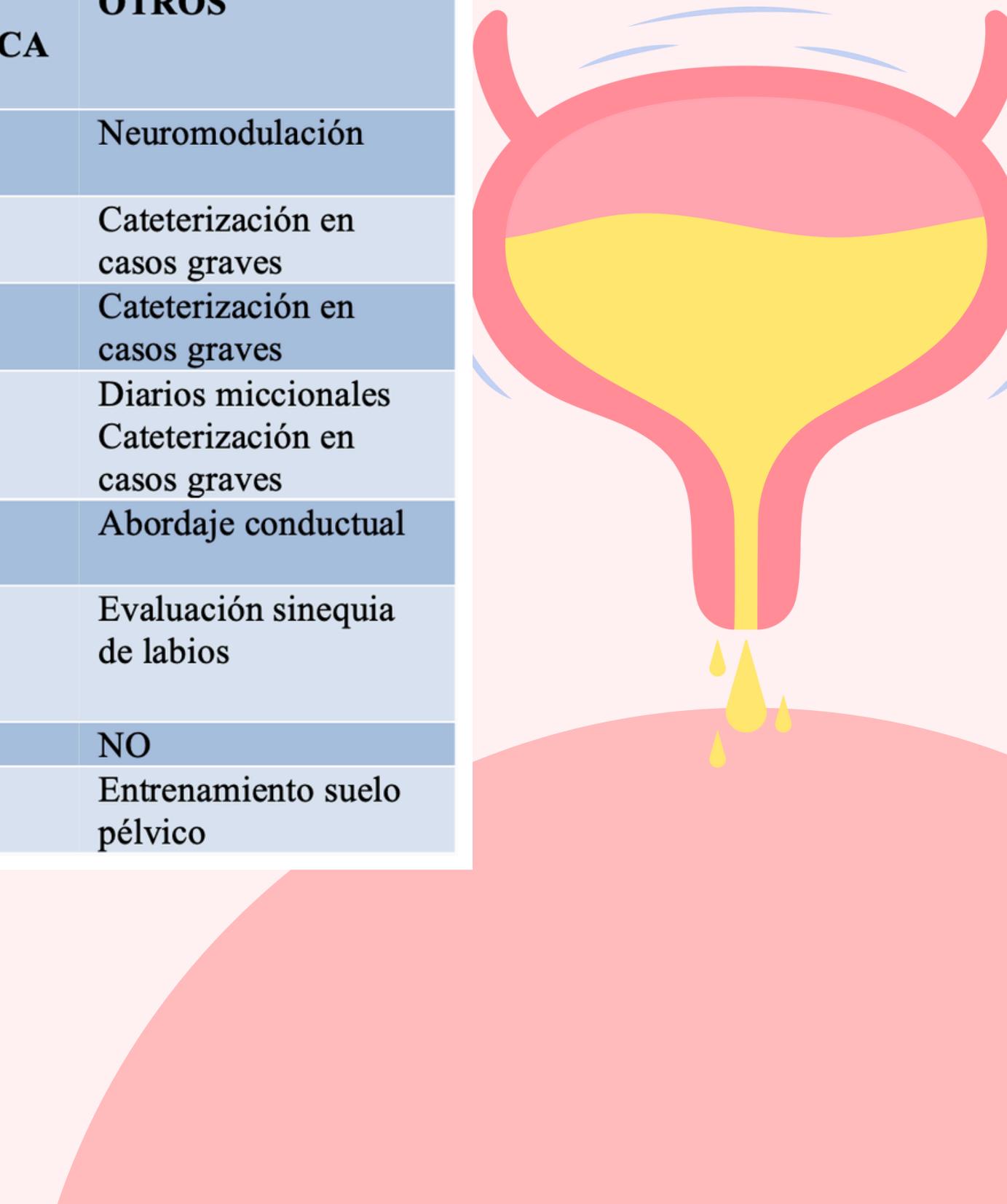
Máster de Formación Permanente en Nefrología Pediátrica  
Módulo VIII – Otras alteraciones urológicas y patología vesical  
Capítulos:  
• Enuresis y trastornos miccionales  
• Vejiga neuropática

- Nevéus T, von Gontard A, Hoebeke P, et al. The standardization of terminology of lower urinary tract function in children and adolescents. *J Urol.* 2006;176(1):314–324.
- Austin PF, Bauer SB, Bower W, et al. The standardization of terminology of lower urinary tract function in children and adolescents: update report. *J Urol.* 2014;191(6):1863–1865.
- Nevéus T, Eggert P, Evans J, et al. Evaluation and treatment of monosymptomatic enuresis. *J Urol.* 2010;183(2):441–447.
- Chase J, Austin P, Hoebeke P, McKenna P. The management of dysfunctional voiding in children. *J Urol.* 2010;183(4):1296–1302.
- Tekgül S, et al. EAU/ESPU guidelines on paediatric urology: neurogenic bladder. *Eur Urol.* 2016;69(5):953–964.



# Derivación Criterios

TRATAMIENTOS	UROTERAPIA	FARMACOS	TOXINA BOTULÍNICA	OTROS
VEJIGA HIPERACTIVA	Estándar	Anticolinérgicos	Casos refractarios	Neuromodulación
VEJIGA HIPOACTIVA	Estándar + <i>Biofeedback</i>	Parasimpático miméticos	NO	Cateterización en casos graves
DISFUNCIÓN DE VACIADO	Estándar + <i>Biofeedback</i>	Bloqueantes alfa	Casos refractarios	Cateterización en casos graves
MICCION APLAZADA	Estándar (asegurar vaciado regular)	NO	NO	Diarios miccionales Cateterización en casos graves
FRECUENCIA EXTRAORDINARIA	Estándar	Anticolinérgicos	NO	Abordaje conductual
INCONTINENCIA DE LA RISA	Estándar (postura) + <i>Biofeedback</i>	Metilfenidato/ anticolinérgicos	NO	Evaluación sinequia de labios
REFLUJO VAGINAL	Estándar	NO	NO	NO
INCONTINENCIA DE ESTRÉS	Estándar	NO	NO	Entrenamiento suelo pélvico



# Derivación Criterios

FARMACOS	Oxibutinina	Propiverina	Tolterodina	Solifenacina	Mirabegron
<b>Tipo</b>	Antimuscarínico	Antimuscarínico, modulador canal calcio	Antimuscarínico selectivo	Antimuscarínico M3 selectivo	Beta3 agonista
<b>Dosis</b>	0,1-0,2 mg/kg/dosis (1-3 veces al día)	0,8 mg/kg/día	1 mg c/12 horas (5-10 años) 2 mg c/12 horas (>10 años)	5-10 mg/día (dosis única)	12,5-25-50 mg/día (según edad)
<b>Efectos adversos</b>	Boca seca, estreñimiento y visión borrosa Residuo miccional	Menores efectos: cansancio, náuseas, rubor	Menores	Muy buena tolerancia	Taquicardia, hipertensión arterial
<b>Presentación</b>	Comprimidos de 5 mg de liberación inmediata	Capsulas de liberación retardada de 30 mg	Comprimidos de liberación inmediata 2 mg y retardada 4 mg	Comprimidos recubiertos de 5 y 10 mg	Comprimidos liberación retardada 25 y 50 mg
<b>Otros datos</b>	Aprobado para niños >5 años Uso fuera de indicación en <5 años	Aprobado en algunos países europeos, no en España	Aprobado en niños mayores de 11 años	Aprobado en niños mayores de 11 años	Uso fuera de indicación

