	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD ÁREA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS		Página 1 de 23
	LINEAMIENTO	DETECCIÓN, MANEJO Y SEGUIMIENTO DE LA ENURESIS EN NIÑOS O NIÑAS Y NIÑAS ≥ 6 AÑOS	CÓDIGO: L.GM.DDSS.AAIP.160226


FECHA:	Febrero, 2026
ELABORADO POR:	Área de Atención Integral a las Personas Dra. Roselyn Mayela Valerín Ramírez. Programa de Normalización de la Atención del Niño y la Niña Dra. Robert Moya Vásquez. Programa de Normalización de la Atención del Niño y la Niña Hospital Nacional de Niños Dr. Carlos Sáenz Herrera Dr. Konrad Jiménez Vega. Jefe Servicio de Urología
AVALADO POR:	Gerencia Médica mediante oficio GM-3932-2026.
PARA:	Profesionales de Medicina de las Áreas de Salud y Servicios de Emergencias del Primer, Segundo y Tercer Nivel de Atención. Profesionales en Pediatría de la red de servicios institucionales.

Este documento está disponible para consulta en el Repositorio del BINASSS-CCSS, accesible a través del enlace www.binasss.sa.cr o directamente mediante el enlace proporcionado en el expediente del EDUS.

LINEAMIENTO DETECCIÓN, MANEJO Y SEGUIMIENTO DE LA ENURESIS EN NIÑOS Y NIÑAS ≥ 6 AÑOS (L.GM.DDSS.AAIP.160226)

RELACIÓN CON NORMATIVA VIGENTE

Número	Nombre de normativas	Año
L-5395	Ley General de Salud.	1973
L-6227	Ley General de la Administración Pública.	1978
Ley N° 7184	Convención sobre los Derechos del Niño.	1989 ratificada y adoptada en CR en 1990
L-7739	Código de la Niñez y la Adolescencia.	1998
Sesión N* 7364 Junta Directiva CCSS	Reglamento del expediente de salud. Caja Costarricense de Seguro Social	1999
L-8239	Derechos y deberes de las personas usuarias de los servicios de salud.	2002
Sesión N* 7613 Junta Directiva CCSS	Reglamento del Sistema de Seguridad Radiológica Caja Costarricense de Seguro Social.	2002

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD ÁREA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS		Página 2 de 23
	LINEAMIENTO	DETECCIÓN, MANEJO Y SEGUIMIENTO DE LA ENURESIS EN NIÑOS O NIÑAS Y NIÑAS ≥ 6 AÑOS	CÓDIGO: L.GM.DDSS.AAIP.160226


Sesión N* 8139 Junta Directiva CCSS	Política Institucional de Calidad y Seguridad del Paciente.	2007
Sesión N* 8601 Junta Directiva CCSS	Reglamento del Consentimiento Informado en la práctica asistencial de la Caja Costarricense de Seguro Social.	2012
L.GM. DDSS.AAIP.191214	Lineamiento Cumplimiento del Código de Niñez y la Adolescencia.	2014
Sesión N* 8954 Junta Directiva CCSS	Reglamento del expediente digital único en salud. Caja Costarricense de Seguro Social.	2018
LT.GM.DDSS.2201 18	Atención del Estreñimiento Funcional en Niños o niñas y Niñas.	2018
Sesión N* 9022 Junta Directiva CCSS	Continuidad del Proyecto de Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud.	2019
LT.GM.DDSS. AAIP 29062020	Criterios de referencia a Niños o niñas y Niñas del I al II Nivel de Atención a la Especialidad de Pediatría.	2021
L.GM. DDSS AAIP.120916	Lineamiento Técnico Imágenes Médicas Pediátricas: criterios de aplicación.	2022
MP.GM.DDSS. AAIP.220216	Manual de Procedimientos para la Atención Integral del Niño y la Niña en el Primer Nivel de Atención.	2023
PAC.GM.DDSS.220 524	Protocolo de Atención Clínica: detección, abordaje y seguimiento de la infección del tracto urinario (ITU) en niños o niñas y niñas.	2024

JUSTIFICACIÓN

Las preocupaciones de los padres sobre la continencia urinaria en los niños o niñas y niñas es un motivo frecuente de solicitud de atención en las consultas de pediatría. Una comprensión básica de la clasificación y abordaje de la incontinencia urinaria y la enuresis en niños o niñas y niñas es fundamental para el profesional de salud¹. La incontinencia urinaria consiste en la pérdida incontrolable de orina. Esta pérdida se puede producir durante el día (incontinencia diurna) mientras que la pérdida nocturna en mayores de 5 años se conoce como enuresis².

¹ Roth, E. B. & Austin, P. F. (2014). Evaluation and treatment of nonmonosymptomatic enuresis. *Pediatrics In Review*, 35(10), pp. 430-436.

² Neveus, T. et al. (2007). The standardization of terminology of lower urinary tract function in children and adolescents: Report from the standardization committee of the International Children's Continence Society (ICCS). *Neurourology and Urodynamics: Official Journal of the International Continence Society*, 26(1), pp. 90-102.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD ÁREA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS		Página 3 de 23
	LINEAMIENTO	DETECCIÓN, MANEJO Y SEGUIMIENTO DE LA ENURESIS EN NIÑOS O NIÑAS Y NIÑAS ≥ 6 AÑOS	CÓDIGO: L.GM.DDSS.AAIP.160226
			VIGENCIA: 2026-2031

La enuresis y la incontinencia urinaria diurna son alteraciones que generan un impacto negativo en el bienestar emocional, comportamiento y en la vida social de un niño, niña o joven que presentan una o ambas condiciones, así como afectación familiar.

La enuresis presenta una prevalencia variable según la edad del niño o niña siendo del 5-10% a los 5 años, del 3-5% a los 10 años y del 1% a los 15 años o más³. A nivel institucional se reportan diferencias en el número de niños o niñas y niñas atendidos por enuresis según provincia de atención, edad y sexo, en los Servicios de Emergencias y de la Consulta Externa (Tablas 1 y 2).

Tabla 1. Personas menores de edad atendidas en los servicios de emergencias o consulta externa debido a enuresis no orgánica por año, según sexo y edad 2019-2024, CCSS

Menores de edad según edad y sexo	Año					
	2019	2020	2021	2022	2023	2024 ^{a/}
Total	1 353	924	824	804	843	579
Hombre	765	512	432	446	466	312
6	95	77	54	45	61	39
7	146	70	64	71	85	50
8	130	96	72	69	66	61
9	136	91	72	82	79	38
10	120	74	68	78	75	50
11	79	58	61	59	50	44
12	59	46	41	42	50	30
Mujer	588	412	392	358	377	267
6	99	67	63	66	60	47
7	121	81	60	64	63	38
8	99	81	63	61	76	46
9	85	59	79	44	58	45
10	90	50	49	62	43	41
11	54	45	50	36	48	30
12	40	29	28	25	29	20

Nota: Incluye datos registrados en el Expediente Digital Único en Salud (EDUS). Datos sujetos a cambios por revisión. Se contabilizan personas únicas (Casos) por año, por lo que una persona podría contabilizarse en uno o más años, dado que se eliminan duplicados por año. Toda interpretación y uso que se realice sobre los datos presentados es responsabilidad de la organización o personas que los utilice.

a/ Datos de 2024 al 31 setiembre.

Fuente. CCSS. Gerencia Médica. Área de estadística en Salud. Datos consultados el 25 de setiembre 2024.

³ American Psychiatric Association, D. S. M. T. F., & American Psychiatric Association, D. S. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5 (Vol. 5, No. 5). Washington, DC: American psychiatric association.


	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD ÁREA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS		Página 4 de 23
	LINEAMIENTO	DETECCIÓN, MANEJO Y SEGUIMIENTO DE LA ENURESIS EN NIÑOS O NIÑAS Y NIÑAS ≥ 6 AÑOS	CÓDIGO: L.GM.DDSS.AAIP.160226

Tabla 2. Personas menores de edad atendidas en los servicios de emergencias o consulta externa debido a enuresis no orgánica por año, según provincia de residencia 2019-2024, CCSS

Provincia de residencia	Año					
	2019	2020	2021	2022	2023	2024 ^{a/}
Total	1 353	924	824	804	843	579
San Jose	414	276	267	253	276	197
Alajuela	236	137	122	149	153	101
Cartago	170	127	84	74	86	52
Heredia	131	91	81	87	80	44
Guanacaste	107	71	58	68	66	49
Puntarenas	165	127	135	101	111	84
Limón	118	90	76	71	71	52
No especifica	12	5	1	1	-	-

Nota: Incluye datos registrados en el Expediente Digital Único en Salud (EDUS). Datos sujetos a cambios por revisión. Se contabilizan personas únicas (Casos) por año, por lo que una persona podría contabilizarse en uno o más años, dado que se eliminan duplicados por año. Toda interpretación y uso que se realice sobre los datos presentados es responsabilidad de la organización o personas que los utilice.

a/ Datos de 2024 al 31 setiembre.


Fuente. CCSS. Gerencia Médica. Área de estadística en Salud. Datos consultados el 25 de setiembre 2024.

Según guías internacionales (como la de la ICCS y otras revisiones sistemáticas), aproximadamente un 15 a 30% de los niños y niñas con enuresis monosintomática responden completamente al tratamiento no farmacológico (hidratación adecuada, restricción de líquidos, reforzamiento positivo, entre otros)⁴.

Se estima que entre 60–80% podrían necesitar tratamiento farmacológico como la desmopresina tras no responder al manejo inicial no farmacológico y ante la no disposición de dispositivos tipo alarmas o “bedwetting alarms”⁵.

La construcción del presente lineamiento pretende constituirse en una guía amparada en las buenas prácticas que permitan un abordaje oportuno de la enuresis y de la incontinencia urinaria con una visión del cuidado centrado en el niño, niña y su familia.

⁴ Jørgensen CS, Kamperis K, Walle JV, Rittig S, Raes A, Dossche L. The efficacy of standard urotherapy in the treatment of nocturnal enuresis in children: A systematic review. J Pediatr Urol. 2023 Apr;19(2):163-172. doi: 10.1016/j.jpuro.2022.12.011. Epub 2022 Dec 28. PMID: 36641240.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD ÁREA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS		Página 5 de 23
	LINEAMIENTO	DETECCIÓN, MANEJO Y SEGUIMIENTO DE LA ENURESIS EN NIÑOS O NIÑAS Y NIÑAS ≥ 6 AÑOS	CÓDIGO: L.GM.DDSS.AAIP.160226
			VIGENCIA: 2026-2031

OBJETIVO

Homogenizar el proceso de detección, abordaje y seguimiento de la enuresis y de la incontinencia urinaria en niños o niñas y niñas en la red de servicios de la CCSS.

FUNDAMENTACIÓN DEL LINEAMIENTO

1. DEFINICIÓN

La enuresis consiste en la emisión repetida de orina en la cama o en la ropa durante el sueño ya sea en la noche o durante siestas, de manera involuntaria o voluntaria en niños o niñas o niñas mayores de 5 años (o un grado de desarrollo equivalente). Es clínicamente significativo cuando se manifiesta con una frecuencia de al menos dos veces por semana durante un mínimo de tres meses consecutivos o por la presencia de deterioro en el aspecto social, académico u otras áreas importantes del funcionamiento⁶. Varios metaanálisis han mostrado concluyentemente que, en general, las intervenciones no farmacológicas son más efectivas que la medicación⁷. La mayoría de los niños o niñas con enuresis primaria monosintomática leve (< 3 noches/semana) tienden a la resolución espontánea. Sin embargo, la enuresis moderada (3-6 noches/semana) o grave (diaria) y la que persiste pasados los 9 años de edad, difícilmente se resolverá sin un abordaje adecuado. En general la tasa de remisión espontánea de la enuresis nocturna es del 15% anual⁸.

2. FISIOPATOLOGIA

Durante el primer año de vida la vejiga evacúa su contenido mediante el arco reflejo parasimpático medular, sin que intervenga el control cortical. En este periodo la vejiga es un reservorio pequeño por lo cual, el número de micciones diarias es muy elevado. A partir de los 12 meses de edad, se comienza a producir una disminución lineal del número de micciones en relación con la edad.

Entre los 3 y los 5 años el niño llega a controlar voluntariamente sus esfínteres, pudiendo iniciar, interrumpir o inhibir la micción y mantener la continencia durante el sueño. Las niñas adquieren la maduración vesical más precozmente que los niños o niñas, unos 2 o 3 meses antes.


La capacidad de cualquier persona para permanecer seco durante toda la noche presupone la integridad de los mecanismos necesarios para mantener la continencia:

- Disminución de la producción nocturna de orina, la cual se adapta al ritmo circadiano de la secreción de la hormona antidiurética (ADH).

⁶ American Psychiatric Association, D. S. M. T. F., & American Psychiatric Association, D. S. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5 (Vol. 5, No. 5). Washington, DC: American psychiatric association.

⁷ Alexander von Gontard. (2016). Wetting in Children and Adolescents. Hogrefe Publishing GmbH.

⁸ Augustyn, Marilyn, and Barry S Zuckerman. Zuckerman Parker Handbook of Developmental and Behavioral Pediatrics for Primary Care. Philadelphia, Wolters Kluwer, 2019.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD ÁREA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS		Página 6 de 23
	LINEAMIENTO	DETECCIÓN, MANEJO Y SEGUIMIENTO DE LA ENURESIS EN NIÑOS O NIÑAS Y NIÑAS ≥ 6 AÑOS	CÓDIGO: L.GM.DDSS.AAIP.160226

- Aumento de la capacidad vesical nocturna y ausencia de contracciones involuntarias del músculo detrusor.
- Capacidad para despertar cuando aparezca la sensación miccional.

Por lo tanto, una producción incrementada de orina durante la noche (por ausencia de la elevación de ADH que da lugar a una poliuria nocturna) y una función vesical anormal (capacidad vesical reducida, hiperactividad vesical), asociadas a un fracaso en el mecanismo del despertar ante el estímulo vesical, son los factores responsables del episodio enurético⁹. La capacidad vesical esperada (CVE) de un niño o niña hasta los 12 años se obtiene mediante la fórmula la siguiente fórmula:

$$\text{CVE} = 30 + [\text{edad (años)} \times 30] \text{ hasta los 12 años}$$

Si al medir el volumen nocturno de orina, utilizando el peso del pañal (1g=1ml) o combinado con el volumen de recolección de orina durante la noche y de la primera micción de la mañana, se obtiene una cantidad de orina entre el 65 al 130% de la CVE, es indicativo de que el volumen miccional es normal.

- La CVE se encuentra disminuida si el volumen es <65 % de la CVE, lo cual es compatible con una capacidad vesical pequeña.
- La CVE se encuentra aumentada si el volumen urinario nocturno es >130 % de le CVE la noche es compatible con poliuria nocturna¹⁰.

Ejemplo: Niño de 7 años, se recolecta 350 ml de orina en la noche.


$$\begin{aligned} \text{CVE} &= 30 + (7 \times 30) \\ 30 + 210 &= 240 \text{ cc} \end{aligned}$$

Porcentaje de orina nocturna (Volumen nocturno x 100/ CVE) = 350x 100/240= 145%.
 CVE > a 130%= poliuria.

Otro aspecto por tomar en cuenta en niños o niñas y niñas con enuresis en la cual las micciones son de alta tasa es la densidad urinaria. La densidad urinaria o gravedad específica de la orina refleja la concentración de solutos en la orina. En el contexto de la enuresis, principalmente cuando existe poliuria nocturna, permite una mejor orientación diagnóstica. La densidad urinaria normal oscila entre 1.010 a 1.020.

⁹ Taborga, E. & García-Nieto, V. M. Manejo y diagnóstico terapéutico de la enuresis infantil. SEPEAP 2014.

¹⁰ Harris, J., Lipson, A. & Dos Santos, J. (2023). Evaluation and management of enuresis in the general paediatric setting. Paediatrics & Child Health, 28(6), pp. 362-263.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD ÁREA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS		Página 7 de 23
	LINEAMIENTO	DETECCIÓN, MANEJO Y SEGUIMIENTO DE LA ENURESIS EN NIÑOS O NIÑAS Y NIÑAS ≥ 6 AÑOS	CÓDIGO: L.GM.DDSS.AAIP.160226

Una densidad urinaria < 1.010 se considera baja y podría indicar una deficiencia de hormona antidiurética. Si la densidad urinaria es > 1.020, la enuresis puede estar asociada a un compromiso en la capacidad vesical o dificultad para despertar¹¹.

3. CLASIFICACIÓN

La enuresis se clasifica en primaria cuando un niño o niña nunca ha presentado continencia y en secundaria cuando el niño o niña ha sido continente durante al menos 6 meses y se vuelve incontinente. A su vez la enuresis se divide en:

- **Enuresis Monosintomática (EM):** enuresis sin sintomatología diurna.
- **Enuresis No Monosintomática (ENM):** enuresis con cualquier otro síntoma del tracto urinario inferior tales como¹²:
 - Incontinencia diurna: pérdida involuntaria de orina durante el día mientras el niño o niña están despiertos.
 - Aumento de la frecuencia: micciones >8 veces al día.
 - Disminución de la frecuencia: micciones menores a 3 veces al día.
 - Disuria: dolor o malestar al orinar.
 - Vacilación: dificultad para iniciar la micción.
 - Intermittencia: un chorro que se detiene y se reinicia durante el proceso de micción.
 - Urgencia: deseo repentino e inesperado fuerte de orinar.
 - Maniobra de evitación.

4. FACTORES DE RIESGO¹³⁻¹⁴


- **Genéticos.** Se presenta un 50% de posibilidades de presentar enuresis cuando uno de los padres la ha presentado y un 75% cuando la enuresis se ha presentado en ambos padres.
- **Trastornos durante el sueño.** La apnea obstructiva del sueño (AOS) incluyendo ronquidos pueden estar asociados con la aparición de enuresis debido a un incremento en la liberación del factor natriurético tipo B contrarrestando la vasopresina (ADH).
- **Trastornos del neurodesarrollo y psiquiátricos.** La enuresis se presenta con mayor frecuencia en niños o niñas y niñas con trastornos del neurodesarrollo como el Trastorno por

¹¹ Caggiani, M., Halty, M. & Gazzara, G. (2006). Enuresis primaria. Archivos de Pediatría del Uruguay, 77(4), pp. 376-378.

¹² Roth, E. B. & Austin, P. F. (2014). Evaluation and treatment of nonmonosymptomatic enuresis. Pediatrics In Review, 35(10), pp. 430-436.

¹³ Augustyn, Marilyn, and Barry S Zuckerman. Zuckerman Parker Handbook of Developmental and Behavioral Pediatrics for Primary Care. Philadelphia, Wolters Kluwer, 2019.

¹⁴ Harris, J., Lipson, A. & Dos Santos, J. (2023). Evaluation and management of enuresis in the general paediatric setting. Paediatrics & Child Health, 28(6), 362-368.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD ÁREA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS		Página 8 de 23
	LINEAMIENTO	DETECCIÓN, MANEJO Y SEGUIMIENTO DE LA ENURESIS EN NIÑOS O NIÑAS Y NIÑAS ≥ 6 AÑOS	CÓDIGO: L.GM.DDSS.AAIP.160226

Déficit Atencional. El estrés puede exacerbar o contribuir a la enuresis sin ser éste un factor primario.

- **La presencia de estreñimiento y/o infecciones del tracto urinario** pueden generar irritabilidad vesical generando enuresis no monosintomática.
- **Otras patologías.** La enuresis se puede presentar en patologías como diabetes mellitus o diabetes insípida, enfermedad renal, hipertiroidismo, disrafismo espinal, convulsiones, trastornos y arritmias cardíacas como en la prolongación del QT, así como ante el maltrato infantil.¹⁵ La presencia de malformaciones congénitas como la ectopia uretral se asocian con mayor frecuencia a la incontinencia continua.

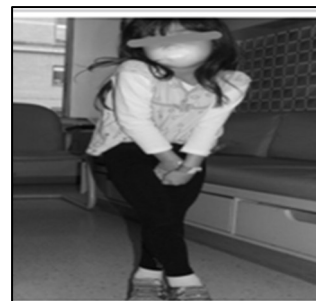
5. MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Enuresis monosintomática. Los niños y niñas con enuresis monosintomática suelen presentar:

- Escape de orina durante el sueño.
- Dificultad para despertar (relacionada a una hiposensibilidad para despertarse).
- Ausencia de síntomas diurnos.


Enuresis no monosintomática (ENM). Pueden presentar un patrón de micciones más pequeñas y frecuentes a lo largo de la noche, así como, manifestaciones diurnas como:

- Goteo durante el día continuo o intermitente.
- Moja ropa interior antes o después de ir al baño.
- Necesidad urgente o súbita de orinar.
- Necesidad de pujar o usar los músculos abdominales para lograr la evacuación.
- Chorro urinario interrumpido o uno tras otro.
- En varones maniobras como apretar el glande para inhibir el reflejo miccional.
- Maniobras de retención: cruzado de miembros inferiores (signo de Vincent Curtsy), pararse sobre puntas, tensar perineo, postura de agachada.



Fuente. Dos Santos, J., Varghese, A., Williams, K. & Koyle, M. A. (2014). Recommendations for the management of bladder bowel dysfunction in children. *Pediatr Therapeut*, 4(1), pp. 2161-0665.

¹⁵ Harris, J., Lipson, A. & Dos Santos, J. (2023). Evaluation and management of enuresis in the general paediatric setting. *Paediatrics & Child Health*, 28(6), 362-368.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD ÁREA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS		Página 9 de 23
	LINEAMIENTO	DETECCIÓN, MANEJO Y SEGUIMIENTO DE LA ENURESIS EN NIÑOS O NIÑAS Y NIÑAS ≥ 6 AÑOS	CÓDIGO: L.GM.DDSS.AAIP.160226

DESCRIPCIÓN DEL LINEAMIENTO

DETECCIÓN

Esta condición se detecta en general en los Servicios de Emergencias, de los tres niveles de atención y consultas de morbilidad de los EBAIS.

CODIFICACIÓN

Para esta condición se utilizará los códigos CIE 10 que están en EDUS:

- Código F98.0 para Enuresis no orgánica.
- Código R32 para incontinencia urinaria no específica.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico **es clínico** por medio de la historia clínica y examen físico.

LABORATORIO Y GABINETE

Los estudios de laboratorio y gabinete se realizarán cuando se sospecha organicidad.

- **Examen general de orina (EGO).** El EGO no se realiza de rutina excepto en los siguientes casos:
 - La enuresis es de aparición reciente (días o semanas).
 - Sospecha de infección del tracto urinario (ITU).
 - Presencia de sintomatología diurna.
 - Sospecha de diabetes mellitus.
 - Enuresis de alta tasa (CVE >130 %).
- **Ultrasonido de vías urinarias¹⁶**
 - Enuresis primaria NO monosintomática en niños y niñas ≥ 6 años de edad.
 - Incontinencia urinaria permanente (de día y de noche)

ABORDAJE

El abordaje de la enuresis debe ir dirigido a concientizar, brindar información oportuna a las familias y proporcionar recomendaciones y estrategias de tratamiento basadas en evidencia.

¹⁶LT.GM. DDSS AAIP.120916 (2022). Lineamiento Técnico Imágenes Médicas Pediátricas: criterios de aplicación.

PARA TODOS LOS NIVELES DE ATENCIÓN

Ante la presencia de enuresis la persona profesional debe realizar las siguientes acciones:

Historia clínica y examen físico con énfasis en los siguientes aspectos.


- **Presencia de factores de riesgo descritos.** Genéticos, trastornos del sueño, trastornos del neurodesarrollo, comorbilidad como estreñimiento, ITU, otras patologías.
- **Características del patrón urinario y defecatorio:**
 - Edad de inicio de la enuresis.
 - Determinar si la enuresis es primaria o secundaria.
 - Revisar las manifestaciones clínicas indicadas en el punto 5, con el fin de determinar si se trata de una enuresis monosintomática o no monosintomática.
- **Examen físico completo.** En la mayoría de los casos de enuresis, el examen físico no presenta alteraciones sin embargo es importante descartar alteraciones (Tabla 3).

Tabla 3. Hallazgos al examen físico sugestivos de organicidad	
Exploración	Hallazgos
Antropometría	Retraso del crecimiento, sugestivo de organicidad.
Genitales	Anormalidades de genitales como fimosis, hipospadias, aglutinación de labios.
Ropa interior	Evidencia de ropa interior húmeda o con datos de encopresis.
Inspección de columna lumbar	Cambios cutáneos a nivel de la columna vertebral como piel acartonada, mechón de pelo, fistula, lipoma, hipertrichosis sugestiva de defectos del tubo neural.
Palpación abdominal	Fecalomas en colon descendente sugestivo de estreñimiento crónico.
Examen neurológico	<ul style="list-style-type: none"> • Espasticidad del tendón de Aquiles, orfejos en martillo o en garra sugestivo de compromiso espinal bajo. • Alteración de la marcha, postura, movimientos alternantes y en espejo sugestivo de lesión del SNC.

Fuente. Vande-Walle, J. et al. (2012). Practical consensus guidelines for the management of enuresis. *European journal of pediatrics*, 171, pp. 971-983.

- **Diario miccional.** Solicitarle a la persona cuidadora completar un diario miccional y aportarlo completo en la cita siguiente (Anexo 2). El diario miccional aumenta la confiabilidad de la información aportada por la familia. Debe realizarse durante tres días consecutivos o alternos¹⁷.

¹⁷ Netto, J. M. B. et al. (2019). Brazilian consensus in enuresis—recommendations for clinical practice. *International braz j urol*, 45, pp. 889-900.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD ÁREA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS		Página 11 de 23
	LINEAMIENTO	DETECCIÓN, MANEJO Y SEGUIMIENTO DE LA ENURESIS EN NIÑOS O NIÑAS Y NIÑAS ≥ 6 AÑOS	CÓDIGO: L.GM.DDSS.AAIP.160226

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN: EBAIS

Si por historia clínica se confirma la presencia de enuresis monosintomática y el examen físico y neurológico es normal proceder de la siguiente manera.

Iniciar abordaje no farmacológico.

El pilar del tratamiento es la educación a la familia, al niño o la niña incluido el hecho de que la gran mayoría de niños o niñas superarán la enuresis con el tiempo sin necesidad de un medicamento. Dentro de las recomendaciones se deben reforzar los siguientes aspectos:

- Brindar información a la familia: Explicarles las características y evolución de la enuresis.
- Estrategias conductuales
 - Eliminar toda forma de castigo físico o verbal hacia el niño o la niña por esta situación.
 - Hacerle ver a la familia que el niño o niña no tiene la culpa de lo que está sucediendo.
 - Aplique las siguientes recomendaciones:
 - Consumir los niveles recomendados de líquido durante el día (tabla de ingesta).
 - Usar el baño para orinar antes de dormir.
 - Participar en la higiene de la cama (cambiar sábana y llevarla a la pila, lavarla, entre otros según edad).
 - Felicitar al niño o niña por los cambios y mejora en su rutina.
 - Promover la actividad física diaria.
 - Limitar la exposición a dispositivos o pantallas durante el día a 1 hora de uso recreativo en mayores de 5 años (niños o niñas menores de 5 años no debieran utilizar dispositivos) y no se deben usar en la noche.
- Estrategias de vaciamiento
 - Promover que el niño o niña vaya al servicio sanitario de manera regular durante el día y no aguantarse. Generalmente entre 4 a 7 veces al día y antes de acostarse.
 - Eliminar el uso del pañal (si se utiliza) todas las noches y sustituirlo por otras formas para proteger el colchón de la cama (ejemplo, cobertores).
 - Organizar con el niño o niña estrategias para que se despierte él mismo, utilizando alarma de un teléfono móvil o un despertador.
 - Permitir al niño o niña utilizar el servicio sanitario sin apresurarlo.
 - Promover una postura correcta al defecar (Figura 1).

Figura 1. Postura correcta para defecar




Fuente. Alcaine, E. S. (2020, May 22). Esta es la mejor postura para defecar bien y mejor. Clínica Fisioterapia Zaragoza | Fisioterapia Enrique Sierra; Fisioterapia Zaragoza | Fisioterapeuta Enrique Sierra. <https://fisioterapiaenriquesierra.es/postura-correcta-para-defecar/>

- Ingesta de líquidos y alimentación. Tomar líquidos (preferiblemente agua) a libre demanda durante el día. Se recomienda el siguiente consumo de líquidos según edad.

EDAD		VOLUMEN DE LÍQUIDO DIARIO (ml)
4 a 8 años		1000 a 1400 ml (de 4 a 6 vasos)
9 a 13 años	Niñas	1200 a 2100 ml (de 5 a 8 vasos)
	Niños	1400 a 2300ml (de 6 a 9 vasos)

Fuente. Nunes, V. D., O'Flynn, N., Evans, J. & Sawyer, L. (2010). Management of bedwetting in children and young people: summary of NICE guidance. *BMJ*, 341.

- Evitar que el niño o niña ingiera bebidas con cafeína (té verde, té rojo, té negro bebidas carbonatadas, café).
- Promover una alimentación saludable.
- Agendar consulta de seguimiento a los 6 meses.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD ÁREA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS		Página 13 de 23
	LINEAMIENTO	DETECCIÓN, MANEJO Y SEGUIMIENTO DE LA ENURESIS EN NIÑOS O NIÑAS Y NIÑAS ≥ 6 AÑOS	CÓDIGO: L.GM.DDSS.AAIP.160226
			VIGENCIA: 2026-2031

Primera consulta de seguimiento de los 6 meses

- Si el niño o niña resolvió la enuresis o la sintomatología se redujo al 50% (ejemplo. Pasar seco de 3 a 4 días por semana), se insta a la familia a mantener las recomendaciones brindadas y consultar nuevamente si las manifestaciones reaparecen o se incrementan.
- En caso de confirmarse de que no se cumplieron las recomendaciones revisar con la familia, el niño o la niña y dejar **segunda consulta de seguimiento en 6 meses**.
- Referir a pediatría: Si hubo cumplimiento de las recomendaciones por parte de la familia y del niño o la niña durante 6 meses, pero sin lograr una respuesta clínica positiva con reducción de al menos un 50% de las manifestaciones. Se debe solicitar examen general de orina para ser revisado por el pediatra.


Segunda consulta de seguimiento

- Si el niño o niña resolvió la enuresis o la sintomatología se redujo al 50%, se insta a la familia a mantener las recomendaciones brindadas y consultar nuevamente si las manifestaciones reaparecen o se incrementan.
- **Referir a pediatría.** Si hubo cumplimiento de las recomendaciones por parte de la familia y del niño o la niña durante 6 meses, pero sin lograr una respuesta clínica positiva con reducción de al menos un 50% de las manifestaciones. Se debe solicitar examen general de orina para ser revisado por el pediatra.

Si por historia clínica se documenta enuresis no monosintomática proceder de la siguiente manera.

- Abordar la comorbilidad asociada que pueda estar generando las manifestaciones clínicas por ejemplo, estreñimiento, problemas del sueño (apneas obstructivas y/o ronquidos), infección del tracto urinario¹⁸, malos hábitos miccionales, problemas conductuales o del desarrollo según normativa vigente.
- Iniciar abordaje **NO farmacológico**:
 - Estrategias conductuales.
 - Estrategias de vaciamiento.
 - Ingesta de líquidos y alimentos.
- Si el niño o niña resuelve las manifestaciones diurnas, pero mantiene las nocturnas (EM), brindar a la familia todas las recomendaciones correspondientes a enuresis monosintomática y

¹⁸ CCSS. 2024. Protocolo de Atención Clínica: Detección, abordaje y seguimiento de la infección del tracto urinario (ITU) en niños y niñas. Código PAC.GM.DDSS.200524 Versión 1.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD ÁREA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS		Página 14 de 23
	LINEAMIENTO	DETECCIÓN, MANEJO Y SEGUIMIENTO DE LA ENURESIS EN NIÑOS O NIÑAS Y NIÑAS ≥ 6 AÑOS	CÓDIGO: L.GM.DDSS.AAIP.160226

dejar cita en 6 meses (seguir las recomendaciones indicadas para la enuresis monosintomática).

- Referir a pediatría: si a pesar del manejo de la comorbilidad y el abordaje no farmacológico, el niño mantiene las manifestaciones de enuresis diurna. Solicitarle a la familia que debe completar el registro de consumo de líquidos y de número de veces que orina en 48 horas (Anexo 1) y el EGO para ser analizados en pediatría.

CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRIA

- Completar historia clínica y examen físico detallados.
- Revisar los resultados del registro miccional (calcule diuresis diurna, nocturna y en 24 horas) Anexo 1.
- Clasificar la enuresis
- Valorar la adherencia a las recomendaciones no farmacológicas indicadas en el primer nivel de atención.
- Valorar el EGO solicitado en la consulta del primer nivel (ver densidad urinaria).
- Solicitar ultrasonido de vías urinarias en caso de:
 - Manifestaciones sugestivas de ENM.
 - Incontinencia diurna y nocturna.

INTERPRETACIÓN


Examen general de orina

- **Si se confirma el diagnóstico de EM y el EGO es normal**
 - Retomar las recomendaciones para la EM.
 - Iniciar tratamiento farmacológico (Tabla 4).

Tabla 4. Tratamiento Farmacológico		
MEDICAMENTO	INDICACIÓN	DOSIS
Desmopresina 60 ug (como Acetato de Desmopresina), tableta sublingual Código 38-0465 A¹⁹	Niño o niña ≥ 6 años con enuresis monosintomática sin respuesta al tratamiento NO	Dosis inicial: 120 mcg VO antes de dormir por un mes. Dosis de mantenimiento Respuesta positiva con dosis inicial²⁰: -Mantener la dosis de 120 mcg VO durante 3 meses más (total de 4 meses).

¹⁹ GM-CCF-5686-2025. Artículo 84: Análisis para ampliar el uso de desmopresina, en el tratamiento de enuresis refractaria al manejo no farmacológico en población pediátrica (niñas y niños).

²⁰ Respuesta positiva: Disminución ≥ 50 % en la frecuencia de los episodios de enuresis y acompañada de limitación hídrica nocturna.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD ÁREA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS		Página 15 de 23
	LINEAMIENTO	DETECCIÓN, MANEJO Y SEGUIMIENTO DE LA ENURESIS EN NIÑOS O NIÑAS Y NIÑAS ≥ 6 AÑOS	CÓDIGO: L.GM.DDSS.AAIP.160226

	farmacológico luego de al menos 6 meses de aplicado. -Niño o niña \geq 6 años con enuresis monosintomática que luego de finalizar el esquema indicado presente recaída de síntomas.	-Revalorar a los 4 meses vía teleasistencia y/o consulta farmacéutica. <u>Sin respuesta positiva al mes con la dosis inicial:</u> Incrementar a 240 mcg VO durante 1 mes y valorar respuesta: Respuesta positiva: -Mantener la dosis de 240 mcg 3 meses más (total de 4 meses). -Revalorar a los 4 meses vía teleasistencia y/o consulta farmacéutica. Respuesta negativa: Descontinuar la medicación y referir al Servicio de Urología del HNN. <u>En caso de recaída:</u> Reiniciar a la dosis con la que hubo respuesta positiva durante el primer ciclo de tratamiento y mantener el tratamiento durante 3 meses. -Si respuesta es positiva y sin recaída luego de finalizar tratamiento: Dar de alta. -Si respuesta es positiva, pero con recaída posterior: Referir a urología. Revalorar a los 4 meses: (vía Teleasistencia y/o consulta farmacéutica). El ajuste de tratamiento se puede realizar mediante consulta presencial o teleconsulta.
--	--	--


Fuente. Elaboración propia.

IMPORTANTE

Se deben eliminar el consumo de líquidos 1 hora antes y 8 horas después de ingerir la Desmopresina.

- **Si el EGO presenta alteraciones:**
 - Datos indicativos ITU, aplicar normativa vigente en el tema.²¹
 - Alteración de la densidad urinaria:
 - **Densidad urinaria < 1.010**, repetir EGO y valorar: si la densidad urinaria persiste < 1.010, referir al Servicio de Endocrinología del HNN, si la diuresis es mayor a 5cc/k/hr/24h (confirme diuresis mediante el uso del diario miccional).

²¹ CCSS. 2024. Protocolo de Atención Clínica: Detección, abordaje y seguimiento de la infección del tracto urinario (ITU) en niños y niñas. Código PAC.GM.DDSS.200524 Versión 1.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD ÁREA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS		Página 16 de 23
	LINEAMIENTO	DETECCIÓN, MANEJO Y SEGUIMIENTO DE LA ENURESIS EN NIÑOS O NIÑAS Y NIÑAS ≥ 6 AÑOS	CÓDIGO: L.GM.DDSS.AAIP.160226

- **Densidad urinaria es > 1.020**, la enuresis puede estar asociada a un compromiso en la capacidad vesical o dificultad para despertar²²: explicar condición a la persona encargada y brindar recomendaciones.

- Examen físico: Toda alteración al examen físico deberá ser abordada según hallazgos.

CRITERIOS DE REFERENCIA DE PEDIATRÍA A CONSULTA EXTERNA DE UROLOGIA PEDIÁTRICA HNN

CRITERIO	REQUISITOS
<ul style="list-style-type: none"> • Niño o niña con enuresis monosintomática, sin respuesta al tratamiento farmacológico o con recaída a dosis de 240 mcg habiendo completado el segundo ciclo. • Niño o niña con enuresis no monosintomática con presencia de alteraciones en el ultrasonido de vías urinarias. 	<ul style="list-style-type: none"> • Historia clínica. • Examen físico. • Incluir: <ul style="list-style-type: none"> -Resultado de examen general de orina -Resultado de ultrasonido si corresponde -Registro del consumo de líquidos y cantidad de veces que orina (Anexo 1).

CRITERIOS DE REFERENCIA A ENDOCRINOLOGIA

- Niño o niña con enuresis que asocia una densidad urinaria < 1.010 si la diuresis es ≥ 5cc/k/hora/24 horas con base en la medición de la orina en el registro miccional.


RESPONSABLES DEL CUMPLIMIENTO

- Personas profesionales de medicina de las Áreas de Salud y EBAIS.
- Personas profesionales de medicina de los Servicios de Emergencias de la Red de Servicios del Primer, Segundo y Tercer Nivel de Atención.
- Personas profesionales de Pediatría de la red de servicios.
- Servicio de Urología, HNN.
- Servicio de Endocrinología, HNN.

RESPONSABLES DE VERIFICAR EL CUMPLIMIENTO

- Dirección de Red de Prestación de Servicios de Salud.
- Direcciones de Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud.
- Programa de Normalización de la Atención del Niño y la Niña.
- Directores Generales de Áreas de Salud.

²² Caggiani, M., Halty, M., & Gazzara, G. (2006). Enuresis primaria. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, 77(4), 376-378.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD ÁREA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS		Página 17 de 23
	LINEAMIENTO	DETECCIÓN, MANEJO Y SEGUIMIENTO DE LA ENURESIS EN NIÑOS O NIÑAS Y NIÑAS ≥ 6 AÑOS	CÓDIGO: L.GM.DDSS.AAIP.160226
			VIGENCIA: 2026-2031

- Coordinadores médicos de Consulta Externa de las Áreas de Salud.
- Directores Generales de Hospitales Nacionales, Regionales y Periféricos.
- Jefatura de los Servicios de Emergencias y Pediatría de los Hospitales Nacionales, Regionales y Periféricos.

MONITOREO Y EVALUACIÓN


- Direcciones Médicas de Hospitales y Áreas de Salud.
- Coordinadores de Consulta Externa, Servicio de Pediatría, Servicios de Emergencias/Urgencias.
- Programa de Normalización de la Atención del Niño y la Niña.

CONTACTO PARA CONSULTAS

Área de Atención Integral a las Personas, Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, Programa de Normalización de la Atención del Niño y la Niña: corraaip@ccss.sa.cr

REFERENCIAS

- Alcaine, E. S. (2020, May 22). Esta es la mejor postura para defecar bien y mejor. Clínica Fisioterapia Zaragoza | Fisioterapia Enrique Sierra; Fisioterapia Zaragoza | Fisioterapeuta Enrique Sierra. <https://fisioterapiaenriquesierra.es/postura-correcta-para-defecar/>
- American Psychiatric Association, D. S. M. T. F. & American Psychiatric Association, D. S. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5 (Vol. 5, No. 5). Washington, DC: American psychiatric association.
- Augustyn, Marilyn, and Barry S Zuckerman. Zuckerman Parker Handbook of Developmental and Behavioral Pediatrics for Primary Care. Philadelphia, Wolters Kluwer, 2019.
- Caggiani, M., Halty, M. & Gazzara, G. (2006). Enuresis primaria. Archivos de Pediatría del Uruguay, 77(4), pp. 376-378.
- CCSS. Gerencia Médica. Área de estadística en Salud. Datos consultados el 25 de setiembre 2024.
- CCSS. 2024. Protocolo de Atención Clínica: Detección, abordaje y seguimiento de la infección del tracto urinario (ITU) en niños y niñas. Código PAC.GM.DDSS.200524 Versión 1.
- Dos Santos, J., Varghese, A., Williams, K. & Koyle, M. A. (2014). Recommendations for the management of bladder bowel dysfunction in children. *Pediatr Therapeut*, 4(1), 2161-0665.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD ÁREA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS		Página 18 de 23
	LINEAMIENTO	DETECCIÓN, MANEJO Y SEGUIMIENTO DE LA ENURESIS EN NIÑOS O NIÑAS Y NIÑAS ≥ 6 AÑOS	CÓDIGO: L.GM.DDSS.AAIP.160226 VIGENCIA: 2026-2031

Harris, J., Lipson, A., & Dos Santos, J. (2023). Evaluation and management of enuresis in the general paediatric setting. *Paediatrics & Child Health*, 28(6), pp. 362-368.

Jørgensen, C. S., Kamperis, K., Vande Walle, J., Rittig, S., Raes, A. & Dossche, L. (2023). The efficacy of standard urotherapy in the treatment of nocturnal enuresis in children: A systematic review. *Journal of Pediatric Urology*, 19(2), pp. 163-172.

Netto, J. M. B., et al. (2019). Brazilian consensus in enuresis—recomendations for clinical practice. *International braz j urol*, 45, pp. 889-900.


Neveus, T. et al. (2007). The standardization of terminology of lower urinary tract function in children and adolescents: Report from the standardization committee of the International Children's Continence Society (ICCS). *Neurourology and Urodynamics: Official Journal of the International Continence Society*, 26(1), pp. 90-102.

Nunes, V. D., O'Flynn, N., Evans, J. & Sawyer, L. (2010). Management of bedwetting in children and young people: summary of NICE guidance. *BMJ*, 341.

Roth, E. B. & Austin, P. F. (2014). Evaluation and treatment of nonmonosymptomatic enuresis. *Pediatrics In Review*, 35(10), pp. 430-436.

Taborga, E. & García-Nieto, V. M. (2014). Manejo y diagnóstico terapéutico de la enuresis infantil. *SEPEAP*.

Vande Walle, J., Rittig, S., Bauer, S., Eggert, P., Marschall-Kehrel, D. & Tekgul, S. (2012). Practical consensus guidelines for the management of enuresis. *European journal of pediatrics*, 171, pp. 971-983.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD ÁREA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS		Página 19 de 23
	LINEAMIENTO	DETECCIÓN, MANEJO Y SEGUIMIENTO DE LA ENURESIS EN NIÑOS O NIÑAS Y NIÑAS ≥ 6 AÑOS	CÓDIGO: L.GM.DDSS.AAIP.160226

ANEXO 1

REGISTRO DE LIQUIDOS QUE CONSUME Y NÚMERO DE VECES QUE ORINA AL DÍA (DIARIO MICCIONAL)


Instrucciones

Lea detenidamente las instrucciones. En caso de no comprender alguna instrucción, consulte al profesional de salud que le está entregando la hoja de registro:

- Complete el diario durante 48 HORAS seguidas.
- Valore realizar el registro un fin de semana o días feriados para que disponga del tiempo necesario para hacer las anotaciones.
- Durante los dos días de registro el niño o niña debe orinar en una vasenilla.



Fuente: <https://supermamaspanama.com/articulos/vida-en-familia/del-panal-al-inodoro-en-once-pasos/>


	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD ÁREA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS		Página 20 de 23
	LINEAMIENTO	DETECCIÓN, MANEJO Y SEGUIMIENTO DE LA ENURESIS EN NIÑOS O NIÑAS Y NIÑAS ≥ 6 AÑOS	CÓDIGO: L.GM.DDSS.AAIP.160226

- Los orines recolectados deben medirse con un frasco o botella que tenga las mediciones.



Fuente: <https://metzecare.com/products/flacon-de-prelevement-urine-en-polypropylene-non-sterile-en-vrac>

- Los líquidos que se tomen también deben medirse y anotarse en la hoja de registro.
- **En los niños que usan pañal.** se utiliza cuando el niño o niña no avisa para orinar, presenta escapes de orina difíciles de medir o es difícil despertarlo para ir al baño. Si usa pañal debe pesar el pañal y anotarlo (1gramo=1cc). Recuerde anotar la hora aproximada en la que orinó. Cambie el pañal antes de acostarse para no mezclar orina del día con la de la noche. **Ejemplo:** si el pañal orinado pesa 25 gramos, anote 25cc o ml.
- Anote la cantidad de líquidos en ml o cc que toma durante el día o la noche, y anote la hora en que los toma.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD ÁREA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS		Página 23 de 23
	LINEAMIENTO	DETECCIÓN, MANEJO Y SEGUIMIENTO DE LA ENURESIS EN NIÑOS O NIÑAS Y NIÑAS ≥ 6 AÑOS	CÓDIGO: L.GM.DDSS.AAIP.160226

USO EXCLUSIVO DEL PROFESIONAL

HOJA DE EVALUACIÓN DEL DIARIO MICCIONAL (EXCLUSIVO DEL PROFESIONAL)

VARIABLES		DÍA 1	DÍA 2
Volumen Miccional	Volumen total diurno (ml) a partir de la segunda orina de la mañana		
	Volumen total nocturno (ml), incluya primera orina de la mañana <u>Interpretación:</u> Volumen nocturno anormal o alta tasa (nicturia o poliuria nocturna): si el volumen nocturno supera el 20-30% del volumen urinario total DE 24 HORAS		
	Volumen o diuresis en 24 horas Volumen diurno + volumen nocturno <u>Interpretación</u> Normal: 1 a menos de 5 cc/k/hr/ 24 hrs Poliuria: ≥ 5 cc/k/hora/24h		
Ingesta total de líquidos (la ingesta debe ser proporcional al volumen urinario).			