



**Universidad de Zaragoza**  
**Escuela de Ciencias de la Salud**

## **Grado de Enfermería**

Curso Académico: 2011/2012

Trabajo FIN de GRADO

### **Abordaje de la enuresis por el profesional de Enfermería pediátrica**



**Autor/a:** María Goodridge Sanjuán

**Tutor:** Jesús Fleta Zaragozano

**CALIFICACIÓN**

## INTRODUCCIÓN

A pesar del gran desarrollo científico y tecnológico que la biomedicina ha alcanzado en los últimos años, sabemos que la enuresis infantil aún es un reto sin resolver en la actualidad. Se trata de un problema con gran impacto psicosocial y con unas connotaciones negativas que requiere un abordaje por parte del personal de salud.

La concreción del término enuresis puede resultar compleja debido a la gran variedad de criterios que los diferentes autores utilizan para su definición. El DSM-IV define la Enuresis Nocturna como:

"Emisión involuntaria (o voluntaria) y repetida pasados los cinco años de edad cronológica y mental, como mínimo dos o tres veces por semana durante un periodo de tres meses consecutivos" (1).

Otras definiciones, como la que describe la OMS hacen hincapié en el diagnóstico diferencial y otros agentes causantes de la enuresis no orgánica:

"Emisión involuntaria de orina, bien durante las horas diurnas, bien durante la noche, durante al menos tres meses en una edad mental en la que los escapes sean inaceptables para el paciente y no sean consecuencia de una falta de control vesical secundaria a un trastorno neurológico, a ataques epilépticos o a anomalías estructurales del tracto urinario".

Tradicionalmente se puede clasificar en primaria o secundaria, diurna, nocturna o mixta. No obstante, debido a que en su gran mayoría nos referimos a la enuresis nocturna, el Grupo Español de Urodinámica y la Sociedad Internacional de Uro-Ginecología y Urodinámica consensuó que el término Enuresis diurna era obsoleto y debía evitarse, por lo tanto el la "Enuresis" ha quedado como sinónimo de enuresis nocturna (2).

En cuanto a las causas de la enuresis, se ha encontrado un gran componente hereditario; un estudio realizado en la Comunidad Valenciana expone que el 73% de los niños con enuresis tenía antecedentes en su familia, en 1995 se localizó el cromosoma 13 q asociado a la enuresis. La secundaria puede ocurrir como consecuencia de acontecimientos estresantes para la vida del niño: una muerte, un divorcio, un nacimiento o un cambio en su rutina. En este caso, la enuresis se resuelve con el paso del tiempo (3, 4, 5).

La prevalencia de la enuresis es muy difícil de determinar debido a que los estudios realizados en los distintos países utilizan metodologías muy variadas y criterios diagnósticos diferentes. No obstante, otros autores estiman que el 15-20% de los niños de 5 años, y el 5% de niños de 10 años sufren enuresis. La mayoría de ellos presenta enuresis nocturna y primaria.

La enuresis primaria nocturna es más común en los niños, mientras que la primaria diurna es más común en las niñas. Los casos en los que existe una causa física afecta alrededor de 1-3% de los niños, y algunos autores no los consideran niños enuréticos sino incontinentes (2, 6).

La enuresis puede tener un gran impacto en la vida del niño. Los niños que la sufren, frecuentemente evitan participar en actividades sociales como campamentos o dormir en casa de sus amigos. Aunque menos frecuente, la enuresis diurna enfrenta al niño a problemas más significativos. El hecho de pasar un mañana en el colegio sin escapes puede suponer todo un reto para éstos últimos. Así mismo, se deben considerar las tensiones resultantes en el hogar, frecuentemente las madres se hacen más tendentes a culpabilizar al niño con enuresis a medida que éste crece y el problema persiste (6, 7, 8).

De acuerdo con un estudio realizado en 2006, el 68% de los encuestados refirió que su pediatra jamás había abordado el tema de la enuresis durante una visita rutinaria. Casi la mitad de ellos apuntó que les habría dado vergüenza consultar a su pediatra al respecto (7).

Debido a que la presencia de enuresis puede resultar una carga para la familia cuyo niño la sufre, debemos plantearnos qué papel puede desarrollar enfermería en el abordaje de la misma.

En este trabajo se revisará la bibliografía disponible acerca de los distintos tratamientos dirigidos a los niños con enuresis. Se pretende que el profesional de enfermería pueda tener una base sobre la que sustentarse a la hora de asesorar, dentro de sus posibilidades, a una familia cuyo hijo sufre enuresis. Se considerará qué tratamientos son más efectivos, en qué situaciones, cómo asesorar y alentar a la familia en el proceso.

## **OBJETIVO**

Debido a la importante prevalencia que tiene la enuresis en la sociedad, así como su impacto en el niño y la familia, este trabajo pretende tratar el tema de la enuresis desde el punto de actuación de enfermería pediátrica.

Nos centraremos exclusivamente en la enuresis primaria mono sintomática, entendiendo como tal la sufrida por niños mayores de 5 años que no presentan control nocturno de la micción, no padecen enfermedad crónica y poseen control miccional durante el día (4).

Para comenzar, y para que nuestra entrevista con el paciente no resulte inapropiada y consecuentemente nuestra actuación, deberemos seguir un patrón de preguntas establecido en el que la enfermera determinará si la actuación de otro profesional es precisa (por ejemplo en sospecha de niño diabético).

Se revisará la bibliografía existente acerca de las opciones que pueden mostrarse a la familia que manifieste su interés por ayudar a su hijo en cuanto a este tema. Se mostrarán los distintos tratamientos disponibles y los diferentes métodos que enfermería puede aconsejar desde la primera consulta. En cuanto a los tratamientos que enfermería no pueda tratar por sí sola, se mencionarán en este trabajo con el fin de que conozcamos de su existencia y podamos derivar al profesional pertinente (por ejemplo la valoración de un tratamiento con fármacos).

El desarrollo de este trabajo pretende mostrar, a modo de guía, los distintos tratamientos disponibles. Para ello, se van a valorar los puntos positivos y negativos de cada tratamiento y en qué situaciones serán más apropiados. Todo ello con el fin de que enfermería pueda conocer que la familia cuyo hijo presenta enuresis tiene un amplio espectro de posibilidades de las cuales puede ser asesorada.

## METODOLOGÍA

Para realizar este trabajo se ha consultado la literatura disponible en internet o bien en la Biblioteca de la Universidad de Zaragoza, así mismo, se han utilizado diferentes bases de datos como Scielo, Pubmed, o Chochrane. También se han revisado algunos medios populares a los que el público tiene fácil acceso con el fin de conocer qué es lo que el mercado ofrece al margen del entorno sanitario. Estos medios se han tenido en cuenta con el fin de utilizarlos a nuestro favor si es que lo creemos necesario o no.

Las palabras clave en la búsqueda han sido: enuresis, bedwetting, nursing, therapy, nocturnal “and” enuresis.

Así mismo, se han revisado los recursos utilizados en una consulta de enfermería pediátrica. Mediante el uso de la herramienta OMI-AP, se ha construido un modelo de plan de cuidados enfermeros en el que se reflejan los diagnósticos enfermeros acompañados de los NIC y NOC que se consideraron más apropiados para el tratamiento de la enuresis. El diagnóstico de enfermería que precederá a la actuación del profesional será **“Deterioro de la eliminación urinaria”** del niño.

Se describirán las estrategias resolutivas que pueden guiar el afrontamiento de la familia ante esta situación, y como eje central de este trabajo qué tratamiento valoraremos más apropiado para el niño.

La secuencia de tratamientos se ha redactado según la bibliografía consultada, desde los considerados más eficaces y menos costosos, hasta los más sofisticados y reservados para el fracaso de los anteriores.

## DESARROLLO

Al recibir al niño con enuresis en la consulta de Enfermería se requerirán las respuestas a algunas preguntas con el fin de descartar una serie de causas orgánicas, [Anexo 1](#). El [Anexo 2](#) expone un listado de preguntas en el que se relaciona la relevancia de cada una de ellas.

Como norma básica, deberemos informar a la familia que la enuresis se trata de un proceso no controlable por el niño, así mismo, será necesario frenar los sentimientos de culpa y de vergüenza que puede sufrir el mismo, así como conductas de castigo por parte de los padres (1, 9).

Al confirmar que el niño sufre enuresis primaria mono sintomática, consideraremos como diagnósticos de enfermería: "Deterioro de la eliminación urinaria relacionado con falta de control vesical".

Otros diagnósticos que podremos encontrar asociados al proceso serán:

- Deterioro de la integridad cutánea relacionado con contacto con la orina.
- Baja autoestima relacionado con enuresis.
- Deterioro de la interacción social relacionado con incontinencia urinaria (7).

En la [Anexo 3](#) se puede observar un modelo de plan de cuidados de enfermería realizado en una consulta de pediatría con el sistema vigente OMI-AP. En él se aprecian los objetivos más importantes que plantearemos junto a las intervenciones y actividades que podemos llevar a cabo.

En la primera consulta, podremos plantearnos algunas medidas que aunque requieran de esfuerzo y constancia resultan de ayuda y no suponen apenas un coste. Nombraremos algunas de ellas en este "tratamiento básico".

**Tratamiento básico:** Consta de una buena información a cerca del proceso, partiendo de ésta, se elaborará un horario miccional (1, 2).

Algunas medidas útiles que se pueden aconsejar en esta fase pueden ser las siguientes:

- Evitar ingesta de líquidos antes de ir a la cama. Adecuar un horario para la ingestión de los mismos.
- Comprobar que el niño utiliza el retrete antes de ir acostarse.
- **Refuerzo positivo:** Consiste en que el niño siga un calendario en el que se reflejen las noches en las que no ha sufrido escapes. Después de un número de noches en seco, se incentiva al niño concediéndole un premio. [Anexo 4](#). No se considera un tratamiento por sí mismo, pero resulta una buena herramienta de motivación y control de la evolución. Algunos autores consideran que tanto los premios como

los castigos son inapropiados, ya que esta situación es incontrolable por el niño.

- El niño debe responsabilizarse en su medida de cambiar las sábanas y llevar las sucias a la lavadora.
- **Entrenamiento vesical:** Consiste en que el niño contraiga los músculos pélvicos de 5 a 10 segundos seguidos de 5 segundos de descanso. Este ejercicio se debe realizar 10 veces al día durante o independientemente de la micción. Así mismo, le pediremos que aguante sin orinar al menos una vez al día hasta el punto de la urgencia (1, 9, 10, 11, 12, 13).

Otros sistemas como el Auto-despertar o el despertar nocturno por los padres conocido como “**lifting**”, han sido empleados, siendo técnicas con una eficacia poco probada y según lo expuesto por algunos padres, “estresante” y “perturbador” para el niño (1, 9, 14).

Algunos alimentos como los refrescos carbonatados o colorados artificialmente, así como productos lácteos, cítricos, comidas altamente azucaradas y la cafeína pueden actuar sobre la producción de orina o como irritantes de la vejiga favoreciendo la necesidad de orinar durante la noche. Se estima que un 10% de los niños con enuresis se pueden beneficiar al eliminar estos productos de su dieta antes de acostarse (7).

**Tratamiento conductual o “biofeedback”:** Consiste en educación al niño acerca de los procesos fisiológicos inconscientes que se muestran de una forma visual. Se explica que durante el día, el cerebro y la vejiga se comunican pero cuando el niño está dormido, su cabeza no “oye” a la vejiga. Pretende que el niño entienda cómo funciona su vejiga y que él se haga el “dueño” de la misma (4, 9).

**Alarmas:** Existen varios tipos, en los últimos años se han abolido las utilizadas con electroshock por ser consideradas inaceptables por padres y niños. Se encontraron casos en los que el shock produjo quemaduras y pequeñas ulceraciones en la piel del niño (9).

Gran parte de la bibliografía consultada la recomiendan como primera línea de tratamiento en los casos en los que el niño y los padres se sientan motivados. Siendo clave una buena explicación de las normas básicas a seguir durante el uso de la misma, éstas se exponen en la [Anexo 5](#). Así mismo, sería de gran ayuda que enfermería conociera los diferentes elementos del dispositivo y cómo funciona. El [Anexo 6](#) nos muestra un esquema básico del modo de uso de la alarma (14, 15).

Algunos factores que predicen un posible fracaso del tratamiento son: familia caótica o inestable, altos niveles de ansiedad en madre, falta de

inquietud por parte de los padres a cerca de la enuresis, bajos niveles de educación de los padres y alto nivel socioeconómico (15).

En cuanto a las modalidades de alarmas más efectivas, parece que aquellas que despiertan al niño directamente tienen mayores resultados. En cuanto a las preferencias del niño, se opta antes por aquellas adheridas al cuerpo (14).

Algunos estudios indican que la alarma carece de un éxito tan inmediato en comparación a la desmopresina, no obstante, obtiene mejores resultados durante y después del tratamiento (17).

La alarma no está financiada por la Seguridad Social y por ello no es tan utilizada en nuestro medio como en otros países (18).

Se muestra un listado de varias entidades que disponen de estas alarmas para su comercio en el [Anexo 7](#).

**Sobreaprendizaje:** Se trata de una técnica utilizada con el fin de evitar las recaídas después del tratamiento con alarma. Se inicia después de que el niño haya logrado 14 noches consecutivas sin escapes. Consiste en un sobre aporte de líquidos antes de dormir con el fin de producir un estrés adicional a los músculos de la vejiga. Después de esto, se reinicia un periodo de 14 noches con alarma (14).

**Desmopresina:** Los niños a los que este tratamiento les resulta efectivo suelen presentar una alteración del ritmo circadiano de la ADH. La eficacia de este tratamiento es alta, no obstante se aprecia una gran discrepancia entre los autores en cuanto a los porcentajes. Otros medicamentos utilizados son los anticolinérgicos y la imipramida.

La desmopresina será la primera línea de tratamiento a seguir para aquellas familias que no resulten colaboradoras o no muestren un alto grado de motivación. Así mismo, se considera la siguiente medida a seguir si la alarma no ha sido efectiva o en asociación a la misma en caso de niños que mojan la cama más de una vez por noche. Esta opción de tratamiento deberá ser coordinada por el médico para que éste considere la prescripción del medicamento apropiado (9, 19, 20).

**Psicoterapia:** Debido a que la enuresis a menudo es abarcada como problema psicológico, podría resultar evidente proponer Psicoterapia como tratamiento, sin embargo, esta opción es mal aceptada por los padres al temer que sus hijos pudieran ser "etiquetados" por acudir a este tipo de terapia (5).

## **CONCLUSIÓN**

La enuresis es una condición que tiene un gran impacto en la vida del niño y debe ser afrontada teniendo muy en cuenta el papel relevante de la familia.

Tanto como el niño como la familia requieren un asesoramiento por parte de un profesional que mitigue sus inquietudes y ansiedad causadas por la enuresis. Por esta razón, resulta de vital importancia que el profesional de enfermería conozca bien esta condición y pueda presentar a la familia distintas opciones de tratamiento.

La mayor parte de la bibliografía consultada desaconseja el castigo como método eficaz contra la enuresis, no obstante, coincide en que el niño debe ser estimulado a tomar responsabilidades en cuanto a sus propios cuidados (cambiar las sábanas, hacer la cama...). La mayoría de los trabajos muestran resultados favorables al sistema de alarma como medida más efectiva y cuando falla la misma, respaldan el uso de la desmopresina. El uso de la alarma puede ser menos empleado en nuestro medio debido a que no está contemplado en las prestaciones de la seguridad social.

Se muestra en el [Anexo 8](#) lo que podría ser un esquema de las diferentes etapas a seguir en el asesoramiento correcto a un niño con enuresis y su familia.

## BIBLIOGRAFIA

1. Garcia-Tornel S. Enuresis. En M. Cruz. Tratado de Pediatría. 10<sup>a</sup> ed. Vol. II. Madrid. Ergón; 2011. Pg. 1928-1933.
2. Ramirez-Backhaus M, Arlandis Guzman S, Garcia Fadrique G, Agullo M, Martinez Garcia R, Jimenez-Cruz JF. Nocturnal enuresis. A frequent problem with a difficult estimation of its prevalence. Actas Urol Esp 2010 May; 34 (5):460-466.
3. Ramirez-Backhaus M, Martinez Agullo E, Arlandis Guzman S, Gomez Perez L, Delgado Oliva F, Martinez Garcia R, et al. Prevalence of nocturnal enuresis in the Valencian Community. Pediatric section of the National Incontinence Survey. The EPICC Study. Actas Urol Esp 2009 Oct;33(9):1011-1018.
4. Espino Aguilar R. Enuresis y encuresis. En Del Pozo M. Tratado de Pediatría Extrahospitalaria. Sociedad española de pediatría extrahospitalaria y atención primaria. 1<sup>o</sup> ed. 2001. Pg. 699-706.
5. Ward-Smith P, Barry D. The challenge of treating enuresis. Urol Nurs 2006 Jun;26(3):222-224.
6. Pereira RF, Silvares EF, Braga PF. Behavioral alarm treatment for nocturnal enuresis. Int Braz J Urol 2010 May-Jun;36(3):332-338.
7. Peaditric Nursing. Caring for Children and their families. Third edition. Nicki L. Potts. Barbara L. Mandleco. 2011 Study WARE.
8. Rocha MM, Costa NJ, Silvares EF. Changes in parents' and self-reports of behavioral problems in Brazilian adolescents after behavioral treatment with urine alarm for nocturnal enuresis. Int Braz J Urol 2008 Nov-Dec;34(6):749-57; discussion 757.
9. Berry AK. Helping children with nocturnal enuresis: the wait-and-see approach may not be in anyone's best interest. Am J Nurs 2006 Aug;106(8):56-63; quiz 64.
10. Ward-Smith P, Barry D. The challenge of treating enuresis. Urol Nurs 2006 Jun;26(3):222-224.
11. Information from your family doctor. Bed-wetting. Am Fam Physician 2003 Apr 1;67(7):1509-1510.
12. Baeyens D, Lierman A, Roeyers H, Hoobeke P, Walle JV. Adherence in children with nocturnal enuresis. J Pediatr Urol 2009 Apr;5(2):105-109.

13. American Academy of Family Physicians. Information from your family doctor. Enuresis: what you should know. Am Fam Physician 2008 Aug 15;78(4):498.
14. Glazener CM, Peto RE, Evans JH. Effects of interventions for the treatment of nocturnal enuresis in children. Qual Saf Health Care 2003 Oct;12(5):390-394.
15. Neveus T. Nocturnal enuresis-theoretic background and practical guidelines. Pediatr Nephrol 2011 Aug;26(8):1207-1214.
16. Thiedke CC. Nocturnal enuresis. Am Fam Physician 2003 Apr 1;67(7):1499-1506.
17. Makari J, Rushton HG. Nocturnal enuresis. Am Fam Physician 2006 May 1;73(9):1611-1613.
18. Monge Zamorano M, Mendez Abad M, Garcia Nieto V. Effectiveness of behavioral intervention in nocturnal enuresis. An Pediatr (Barc) 2005 Nov;63(5):444-447.
19. Caldwell PH, Edgar D, Hodson E, Craig JC. 4. Bedwetting and toileting problems in children. Med J Aust 2005 Feb 21;182(4):190-195.
20. Mathew JL. Evidence-based management of nocturnal enuresis: an overview of systematic reviews. Indian Pediatr 2010 Sep;47(9):777-780.
21. Wikipedia [internet]. Nocturnal Enuresis [updated in 20012 March 29]. Available from: <http://en.wikipedia.org/wiki/Bedwetting>
22. Garcia Rebollar C. Alarmas para el tratamiento de la enuresis nocturna. 2011 Ene 30. Disponible en:  
[http://www.infodoctor.org/gipi/pdf/ALARMAS\\_enuresis\\_CGR.pdf](http://www.infodoctor.org/gipi/pdf/ALARMAS_enuresis_CGR.pdf)

## ANEXOS

### Anexo 1. Assessment questions. Enuresis (7).

1. Has the child ever been toilet trained by day or night and at what age?
2. How frequently does the child have bed-wetting episodes?
3. Does the child have a history of dysuria, polyuria, frequency, or urgency?
4. Has the child ever experienced urinary tract infections?
5. Is there a family history of enuresis or voiding problems?
6. Does the child have any sleep problems, such as deep sleep, snoring, or sleep walking?
7. Is there a history of constipation, fecal soiling, large bowel movement, or painful bowel movements?
8. How is the family currently handling the bed-wetting problems?
9. Have they tried any treatments or medications for wetting?
10. What are the child's and family's feelings or attitudes about enuresis?

---

### Anexo 1. Preguntas de control. Enuresis.

1. ¿Ha alcanzado el niño control de la micción durante el día y la noche? ¿A qué edad?
2. ¿Con qué frecuencia presenta episodios de enuresis?
3. ¿Tiene historia de disuria, poliuria, frecuencia o urgencia de la micción?
4. ¿Ha sufrido infecciones de orina alguna vez?
5. ¿Hay en la familia antecedentes de enuresis o problemas de la micción?
6. ¿Tiene el niño alguna patología del sueño como sueño profundo, ronquidos o sonambulismo?
7. ¿Existe historia de estreñimiento, incontinencia fecal, dolor al defecar?
8. ¿Cómo lleva la familia actualmente los problemas resultantes de la enuresis?
9. ¿Han probado algún tratamiento o medicaciones para la enuresis?
10. ¿Cuáles son los sentimientos o actitudes del niño y de la familia sobre la enuresis?

**Anexo 2. Questions to ask when taking the history of a child with Bed-wetting (17).**

Question	Significance
<b>To distinguish primary from secondary enuresis</b>	"Never dry" suggests primary enuresis.
<b>At what age was your child consistently dry at night?</b>	
<b>To distinguish uncomplicated from complicated enuresis:</b> <b>Does your child wet his or her pants during the day?</b>	Positive answer suggests complicated nocturnal enuresis
<b>Does your child appear to have pain with urination?</b>	Urinary tract infection
<b>How often does your child have bowel movements?</b>	Infrequent stools: constipation.
<b>Are bowel movements ever hard to pass?</b>	Constipation
<b>Does your child ever soil his or her pants?</b>	Encopresis
<b>To distinguish possible functional bladder disorder from nocturnal polyuria:</b> <b>How many times a day does your child void?</b>	More than seven times a day: functional bladder disorder
<b>Does your child have to run to the bathroom?</b>	Positive response: functional bladder disorder
<b>Does your child hold urine until the last minute?</b>	Positive response: functional bladder disorder
<b>How many nights a week does your child wet the bed?</b>	Most nights: functional bladder disorder
<b>Does your child ever wet more than once a night?</b>	Positive response: functional bladder disorder
<b>Does your child seem to wet large or small volumes?</b>	Large volumes: Nocturnal polyuria Small volumes: Functional bladder disorder
<b>To determine how parents have handled bed-wetting:</b> <b>How have you handled the nighttime accident?</b>	Elicits information on interventions that have already been tried; be alert for responses suggesting that the child has been punished or shamed.

### Anexo 3. Plan de Cuidados de Enfermería. Enuresis



Fecha 28/03/2012

Hora 0:00:00

#### Historial de Planes de cuidados

Paciente	Edad	Teléfono	Email
Diagnóstico de enfermería	00016	Deterioro de la eliminación urinaria	
Fecha de inicio	28/03/2012	Fecha de cierre	
DIAGNOSTICO	28/03/2012		
C.D.	016-1	Incontinencia urinaria	
F.R.	00333	Deterioro sensitivo y motor	
NOC:	0503	Eliminación urinaria	
	Indicador: 050312	Continencia urinaria	Valoración: 0
	1813	Conocimiento: régimen de tratamiento	
Valoración: 4	Sustancial		
	Indicador: 181302	Descripción de las responsabilidades de los propios cuidados para el tratamiento actual	Valoración: 0
	Indicador: 181312	Ejecución del procedimiento terapéutico	Valoración: 0
	Indicador: 181313	Selección de comidas recomendadas en la dieta	Valoración: 0
NIC:	0560	Ejercicio del suelo pélvico	
	Actividad: 056001	Determinar la capacidad de reconocer la urgencia de evacuar.	
	Actividad: 056007	Enseñar al paciente a detener y reiniciar el flujo de orina.	
	Actividad: 056008	Explicar al paciente que la efectividad de los ejercicios se consigue a las 6-12 semanas.	
	Actividad: 056009	Proporcionar una respuesta positiva cuando se hacen los ejercicios prescritos.	
	Actividad: 056013	Comentar el registro diario de continencia con el paciente para proporcionar seguridad.	
	0570	Entrenamiento de la vejiga urinaria	
	Actividad: 057003	Establecer un intervalo de tiempo inicial para ir al aseo, en función del esquema de eliminación.	
	Actividad: 057006	Llevar al paciente al aseo y recordarle que orine en los intervalos prescritos.	
	Actividad: 057014	Enseñar al paciente a controlar conscientemente la orina hasta la hora programada de ir al aseo.	
	Actividad: 057015	Estudiar el registro diario de continencia con el paciente para darle seguridad.	
	0590	Manejo de la eliminación urinaria	
	0612	Cuidados de la incontinencia urinaria: enuresis	
	Actividad: 061201	Ayudar a la realización del diagnóstico (examen físico, cistograma, cistoscopia y análisis de laboratorio para descartar causas físicas).	
	Actividad: 061202	Entrevistar a los padres para obtener datos acerca del historial de entrenamiento para ir al aseo, esquemas de eliminación, infecciones del tracto uri	
	Actividad: 061203	Determinar la frecuencia, duración y circunstancias de la enuresis.	
	Actividad: 061207	Comentar las técnicas que se han de utilizar para disminuir la enuresis (luz nocturna, restricción de ingestión de líquidos, programa de uso nocturno)	
	Actividad: 061208	Animar al niño a manifestar los sentimientos.	
	Actividad: 061209	Enfatizar las virtudes del niño.	
	Actividad: 061210	Animar a los padres a que muestren amor y aceptación en casa para contrarrestar la ridiculización por parte de sus iguales.	
	Actividad: 061211	Analizar la dinámica psicosocial de la enuresis con los padres (esquemas familiares, ruptura familiar, cuestiones de autoestima y características de a	
	4120	Manejo de líquidos	
	Actividad: 412021	Animar al ser querido a que ayude al paciente con las comidas, si procede.	

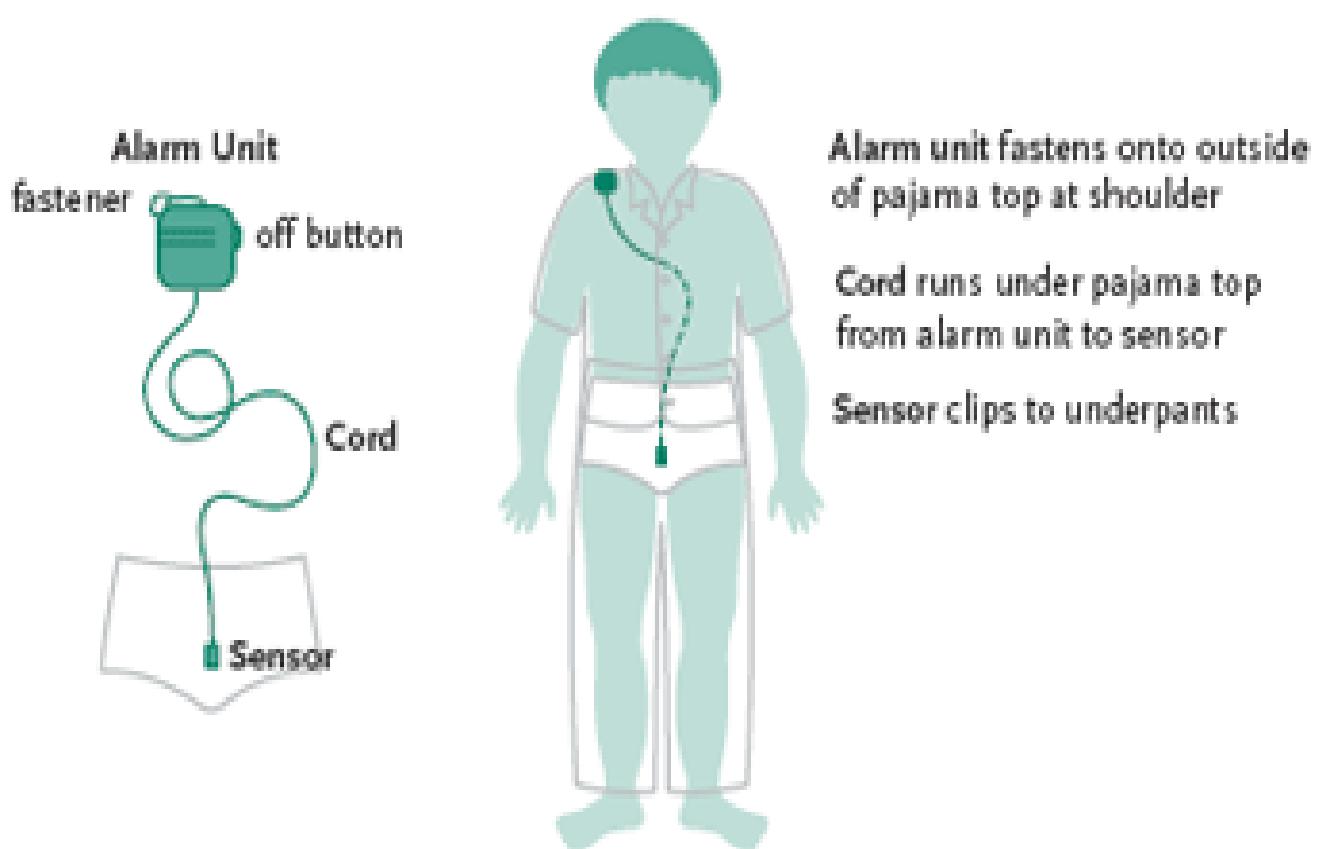
**Anexo 4. Calendario de premios.**

LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
1 	2	3 	4 	5	6	7 
8	9 	10	11 	12 	13	14
15 	16 	17 	18	19 	20	21
22 	23	24 	25 	26	27 	28 
29	30					

**Anexo 5. Normas para manejo de la alarma (15).**

1. El padre o madre debe dormir en el cuarto del niño y ayudarle a levantarse inmediatamente cuando la alarma suene. Muy frecuentemente el niño no será capaz de despertarse por sí sólo durante las primeras semanas de tratamiento
2. El tratamiento debe ser continuo, ¡no hay fines de semana sin alarma!
3. El instructor debe proporcionar reuniones de seguimiento frecuentes, una llamada de teléfono después de dos semanas, con el fin de animar a la familia y resolver problemas técnicos.
4. Si el tratamiento no ha tenido un efecto positivo después de 6.8 semanas, debe ser concluido. Si no es así, el tratamiento proseguirá hasta que se completen 14 noches consecutivas sin escapes.

**Anexo 6. Modelo de elementos de la alarma (21).**



**Anexo 7. Compañías que ponen en venta la alarma (22).**

	Web	Precio	Numero de Tlf	E-mail
Pipi-Stop Dimpo	<a href="http://www.dimpo.es">www.dimpo.es</a>	<b>89,50€+3 € gastos de envío</b>	<b>902 10 60 10</b>	
CCTEN	<a href="http://www.ccten.com">www.ccten.com</a>	<b>79€</b>	<b>026 628 433</b>	
Alarma Wet-Stop	<a href="http://www.tienda-s-online.com.es">www.tienda-s-online.com.es</a>	<b>79,90€</b>	<b>952 610 696 952 285 668</b>	<a href="mailto:tmaingo@tmaedica.com">tmaingo@tmaedica.com</a>
Pipi-Stop Abigó	<a href="http://www.pipisto.p.com">www.pipisto.p.com</a>	<b>80€ (incluye 7%IVA)</b>		
Alarmas de pipi MALEM	<a href="http://www.alarmasdepipi.com/index.htm">www.alarmasdepipi.com/index.htm</a>	<b>PVP:67,85 a 84,73€</b>	<b>938 3905 814 Fax: 938 395 954</b>	<a href="mailto:admin@quirosa.com">admin@quirosa.com</a>
Sistema inalámbrico Rodger	<a href="http://www.enuresis.es/producto.html">www.enuresis.es/producto.html</a>	<b>100€, IVA incluido</b>	<b>Tel: 91 378 8174 Móv: 605 813 026</b>	<a href="mailto:info@medicinaymercado.com">info@medicinaymercado.com</a>

**Anexo 8. Esquema de la entrevista sobre la enuresis. Síntesis entre Anexo 1 y 2 y líneas generales del trabajo (7, 17)**

