

# ENURESE

CURSO DE INVERNO DE NEFROLOGIA PEDIÁTRICA

30/03 a 01/04/2012

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/EPE

Graça Ferreira



# Enurese

## Definição

**Perda involuntária de urina durante a noite, após os 5 anos de idade**

*Nevés T, Von Gontard A et al. The Standardization of Terminology of Lower Urinary Tract Function in Children and Adolescents: Report from the Standardisation Committee of the International Children's Continence Society. J Urol 2006; 176, 314-324.*

# Enurese

Qual a frequência necessária para o diagnóstico?

Não havia consenso na literatura.

- Pelo menos 1 noite / mês - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DMS) III (3rd edition,1980)
- Pelo menos 2 noites/mês
- Pelo menos 4 noites / mês
- Pelo menos 2 noites / semana - DMS IV (4rd edition,1995)

# Enurese

## Definição

**Perda involuntária de urina durante a noite, após os 5 anos de idade**

*Nevés T, Von Gontard A et al. The Standardization of Terminology of Lower Urinary Tract Function in Children and Adolescents: Report from the Standardisation Committee of the International Children's Continence Society. J Urol 2006; 176, 314-324.*

# Enurese

*"O meu filho nunca controlou o chichi durante a noite"*

*"O meu filho não acorda ainda que todo molhado"*

*"O meu filho parece que urina mais vezes durante a noite do que durante o dia"*

*"O meu filho controlou o chichi durante a noite por um período de alguns meses e depois voltou a molhar a cama"*



# Enurese

## Classificação

**Primária (80%):** se nunca teve o controlo vesical por um período superior a 6 meses

**Secundária (20%):** se teve um período de controlo esfinteriano igual ou superior a 6 meses.

*Evaluation of and Treatment for Monosymptomatic Enuresis: A Standardization Document From the International Children's Continence Society .The Journal of Urology volume183,Issue 2, pages 441-447, February 2010*

# Enurese

## Classificação

**Monossintomática:** se não apresenta sinais ou sintomas durante o dia

**Polissintomática :** se, para além da enurese, apresenta sinais ou sintomas durante o dia (ex: urgência miccional, polaquiúria, incontinência urinária diurna)

# Enurese

## Gravidade

**Ligeira:** < 3 noites /semana

**Moderada:** 3 - 6 noites /semana

**Grave:** 7 noites /semana

Yeung CK et al. Differences in characteristics of nocturnal enuresis between children and adolescents: a critical appraisal from a large epidemiological study. *BJU Int* 2006; 97:1069-2073



# Enurese

## Epidemiologia/Prevalência

Vários estudos epidemiológicos

### Differences in characteristics of nocturnal enuresis between children and adolescents: a critical appraisal from a large epidemiological study

CHUNG K. YEUNG, BIJI SREEDHAR, JENNIFER D.Y. SIHOE, FRANCES K.Y. S  
Department of Surgery, Division of Paediatric Surgery and Paediatric Urology, and \*Centre  
University of Hong Kong, Prince of Wales Hospital, Hong Kong

*British Journal of Urology* (1998), 81, Suppl. 3, 86–89

### Nocturnal enuresis at 7.5 years old: prevalence and analysis of clinical signs

RICHARD J. BUTLER, JEAN GOLDING\*, KATE NORTHSTONE\* and THE ALSPAC STUDY TEAM\*  
Clinical Psychology, Child & Adolescent Mental Health Services, East Leeds Primary Care Trust, Leeds, and \*Unit of Perinatal  
Epidemiology, Institute of Child Health, University of Bristol, Bristol, UK  
Accepted for publication 18 February 2005.

### An Italian epidemiological multicentre study of nocturnal enuresis

M.L. CHIOZZA, L. BERNARDINELLI\*, P. CAIONE, R. DEL GADO, P. FERRARA, P.L. GIORGI,  
C. MONTOMOLI\*, A. ROTTOLI and P. VERTUCCI  
Italian Club of Nocturnal Enuresis (CIEN), Department of Pediatrics, Padova, Italy and \*Istituto di Scienze Sanitarie Applicate,  
University of Pavia, Italy

 Critérios diferentes

# Enurese

## Prevalência

Age (years)	Number	Boys (%) [95% CI]		Number	Girls (%) [95% CI]	
		DSM III	DSM IV		DSM III	DSM IV
6	148	8.1 (4.8–14.0)	4.1 (1.9–9.0)	125	9.6 (5.6–16.4)	4.0 (1.7–9.4)
7	333	8.1 (5.7–11.6)	3.0 (1.6–5.6)	341	5.6 (4.0–9.3)	1.5 (0.8–4.0)
8	343	6.4 (4.5–10.0)	3.2 (2.0–6.1)	339	6.2 (4.2–9.6)	2.6 (1.4–5.2)
9	320	6.6 (4.4–10.0)	2.8 (1.5–5.4)	313	4.5 (2.7–7.5)	2.2 (1.1–4.7)
10	343	5.8 (3.9–9.1)	4.7 (3.0–7.7)	344	3.8 (2.3–6.5)	0.9 (0.3–2.7)
11	390	1.8 (1.1–4.1)	1.5 (0.9–3.8)	403	2.0 (1.2–4.3)	1.2 (0.7–3.3)
12	643	2.2 (1.3–3.7)	0.9 (0.4–2.1)	601	2.0 (1.3–3.8)	0.8 (0.4–2.0)
13	501	1.2 (0.5–2.7)	0.6 (0.2–1.9)	507	1.2 (0.5–2.7)	0.6 (0.2–1.9)
14	362	3.3 (1.9–5.8)	0.8 (0.3–2.6)	301	1.3 (0.5–3.5)	0

*Enuresis CHIOZZA, et al. An Italian epidemiological multicentre study of nocturnal Enuresis Italian Club of Nocturnal Enuresis (CIEN), Department of Pediatrics, Padova, Italy and \*Istituto di Scienze Sanitarie Applicate, University of Pavia, Italy British Journal of Urology (1998), 81, Suppl. 3, 86–89*

# Enurese

## Prevalência

### Idade

Idade (anos)	Prevalência (%)
5	16
7	10
10	5
12-14	2-3
>15	1-2

### Sexo

+ frequente nos rapazes (1,5 a 2 x mais)

A taxa de remissão espontânea é de cerca 15%/ano.

# Enurese

Etiopatogenia

**Multifactorial e complexa**

# Enurese

## Etiopatogenia

### **Multifactorial e complexa**

Vários mecanismos patofisiológicos como causa de desequilíbrio entre a capacidade vesical e a quantidade de urina produzida durante a noite.

Simultaneamente há uma perturbação no despertar com ausência de resposta à sensação de bexiga cheia.

# Enurese

Etiopatogenia

**Multifactorial e complexa**



Perturbação do despertar

Bexiga de capacidade reduzida

Produção excessiva de urina durante o sono

# Enurese

Etiopatogenia

**Multifactorial e complexa**



Perturbação do despertar

Bexiga de capacidade reduzida

Produção excessiva de urina durante o sono

# Enurese

## Etiopatogenia

### PERTURBAÇÃO DO DESPERTAR



Problema fundamental para todas as crianças e adolescentes com enurese

- ➔ Padrão do sono similar nos enuréticos e nos não enuréticos
- ➔ A enurese pode ocorrer em qualquer fase do sono

*Hunsballe J. Sleep studies based on electroencephalogram energy analysis. Scand J Urol Nephrol Suppl 1999; 202:28-29*

Incapacidade em acordar como resposta à necessidade de urinar!

- ➔ Perturbação no centro cerebral do despertar

*Wolfish N. Sleep arousal function in enuretic males. Scand J Urol Nephrol Suppl 1999, 202: 24-26*



# Enurese

Etiopatogenia

**Multifactorial e complexa**



Perturbação do despertar

**Bexiga de capacidade reduzida**

Produção excessiva de urina durante o sono

# Enurese

## Etiopatogenia

### BEXIGA DE BAIXA CAPACIDADE

Bexiga de baixa capacidade – menos de 65% da capacidade vesical

Naturalmente pequena

Bexiga instável

Enurese monossintomática

Enurese polissintomática

# Enurese

## Etiopatogenia

### **CAPACIDADE FUNCIONAL VESICAL DIMINUIDA**

Crianças com enurese têm uma capacidade vesical noturna significativamente mais pequena do que a sua capacidade vesical diurna.

*Kawauchi, A. et al. (2003). Bladder capacity at the time of enuresis.  
Pediatric Urology, 61, 1016-1018*

# Enurese

Etiopatogenia

**Multifactorial e complexa**



Perturbação do despertar

Bexiga de capacidade reduzida

Produção excessiva de urina durante o sono

# Enurese

## Etiopatogenia

### **POLIÚRIA NOCTURNA - PRODUÇÃO EXCESSIVA DE URINA DURANTE A NOITE**

- ➔ A produção de urina apresenta ritmo circadiano que se desenvolve na infância e que se traduz na redução acentuada (50%) da diurese noturna, controlada pelo aumento da produção de hormona anti-diurética (ADH) durante a noite;
- ➔ Num subgrupo de enuréticos, foi possível demonstrar a ausência do pico noturno de ADH e consequente poliúria noturna;

*Rittig S. et al. Abnormal diurnal rhythm of plasma vasopressin and urinary output in patients with enuresis. Am J Physiol, 1989; 256 (4Pt2):F664-71*

# Enurese

## Etiopatogenia

### **Outros factores:**

Factores orgânicos

Factores genéticos

Factores psicológicos

Factores de maturação

# Enurese

## Etiopatogenia

### **FACTORES ORGÂNICOS**

- Raramente identificados na enurese primária monossintomática (1-5%)
- Maior incidência na enurese polissintomática e secundária

Infecção Urinária

Dissinergismo vesico-esfincteriana

Obstipação / Encopresis

Insuficiência Renal crónica

Diabetes Mellitus / Insípida

Malformações Urológicas

Disfunção Neurológica

Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS)

Síndrome de Hiperactividade e Défice de Atenção (SHDA)

# Enurese

## Etiopatogenia

### FACTORES GENÉTICOS

Pai e mãe com antecedentes de enurese

➔ 77% de probabilidade de desenvolver enurese

Apenas um dos pais com antecedentes de enurese

➔ 46% de probabilidade de desenvolver enurese

Estudos moleculares identificaram vários *loci* em diferentes cromossomas (12q, 13q, 22) relacionados com a enurese.





# Enurese

## Etiopatogenia

### FACTORES PSICOLÓGICOS

- Não são causa de enurese primária.
- Na enurese secundária e polissintomática (situações stressantes – divórcio dos pais, abuso, negligência ...) responsáveis numa minoria dos casos.



- ➔ Problemas psicológicos – problemas de auto estima não são causa, mas consequência da enurese.

*Theunis, M et al. (2002). Self image and performance in children with nocturnal enuresis. European Urology, 41, 660-667.*

# Enurese

## Etiopatogenia

### FACTORES DE MATURAÇÃO



As crianças com enurese não acordam ao estímulo da bexiga cheia, por atraso na maturação dos centros sub-corticais.

Este atraso na maturação parece impedir a inibição das contrações vesicais, o que leva à perda involuntária de urina.

# Enurese

Diagnóstico:

**História Clínica**

**Exame Físico**

**Exames Complementares de Diagnóstico**

# Enurese

## Diagnóstico – História Clínica

### Perfil da Enurese

**Gravidade:** ligeira (<3/semana), moderada (3-6/semana) e grave (7/semana);

**Primária ou Secundária;**

### Monossintomática:

#### **Características relacionadas com a dificuldade em acordar**

Acorda espontaneamente com estímulos externos (despertadores, telefones,..)?

Acorda espontaneamente com estímulos internos (vontade de urinar, sensação de mal-estar, excitação- passeio escolar, férias, Natal,...)?

Acorda quando molhado?

#### **Características relacionadas com poliúria nocturna**

Perdas de grandes quantidade de urina durante a noite?

A que horas ocorre a perda urinária? (1º 1/3 da noite?)

Molha mais do que uma vez por noite?

#### **Características relacionadas com bexiga pequena constitucional**

Micção única na 2ª metade da noite?

Se sono de curta duração não molha?

# Enurese

## Diagnóstico – História Clínica

### Perfil da Enurese

#### Polissintomática

##### **Características relacionadas com hiperatividade vesical**

Sintomas diurnos ( frequência >7 micções/dia, urgência urinária e micções de pequenos volumes)

Incontinência urinária

Frequentemente, molha a cama mais do que uma vez por noite

Pode acordar durante a noite após molhar a cama

# Enurese

## Diagnóstico – História Clínica

### Comorbilidades / Complicações

.Sintomas de disfunção vesical

Dificuldade em iniciar micção, incapacidade de parar e reiniciar a micção, sensação de esvaziamento incompleto, episódios de retenção, resíduo pós-miccional,...

.Anomalias do tracto genito-urinário;

.Infecções urinárias de repetição;

.Obstipação com ou sem encopresis;

.Síndrome Apneia Obstrutivo do Sono (SAOS);

.Dificuldades de aprendizagem;

.Síndrome Hiperactividade e Défice de Atenção

# Enurese

## Diagnóstico – História Clínica

### Factores relacionados com a criança e família

Motivação da criança e dos pais;

Ingestão de líquidos;

Hábitos de sono;

Tentativas terapêuticas prévias, durante quanto tempo e resultados

Utilização de prémios ou castigos

Características do agregado familiar;

Conflitos familiares, nascimento de irmão, falecimento de familiar.

Hospitalização, frio ..

História Familiar.

### Diário Vesical

# Enurese

## Diagnóstico – História Clínica

### Diário Vesical

- ▶ Importante para o diagnóstico, decisão terapêutica e prognóstico;
- ▶ Informações obtidas:
  - Noctúria; nictúria
  - Frequência diurna ( $N \leq 7$  e  $\geq 4$ );
  - Volume máximo de uma micção diurna, excluindo a primeira urina da manhã (Capacidade vesical);
  - Urgências;
  - Perdas urinárias diurnas
  - Trânsito intestinal.



# Diário Vesical

Horas	1º Dia ( / / )			2º Dia ( / / )		
	Quantidade (ml)	Notas		Quantidade (ml)	Notas	
	Urina	Urina	Fezes	Urina	Urina	Fezes
5-6						
6-7						
7-8						
8-9						
9-10						
10-11						
11-12						
12-13						
13-14						
14-15						
15-16						
16-17						
17-18						
18-19						
19-20						
20-21						
21-22						
22-23						
23-24						
Noite	Seca <input type="checkbox"/> Molhada <input type="checkbox"/>	Levantou-se para urinar? <input type="checkbox"/> Volume de urina (ml) _____ Peso fralda (g) _____		Seca <input type="checkbox"/> Molhada <input type="checkbox"/>	Levantou-se para urinar? <input type="checkbox"/> Volume de urina (ml) _____ Peso fralda (g) _____	

P= perdas de urina ou fezes

A= adiar a micção ou dejeção até ao último minuto pois estava concentrado numa brincadeira, filme,..., esquecendo-se de ir à casa de banho

U= urgência, sem tempo suficiente entre a vontade de urinar ou defecar e o chegar à casa de banho

Características das fezes: N= normais; D= duras; M= moles

**D  
i  
á  
r  
i  
o  
  
V  
e  
s  
i  
c  
a  
l**

Horas	1º Dia ( / / )			2º Dia ( / / )		
	Quantidade (ml)	Notas		Quantidade (ml)	Notas	
	Urina	Urina	Fezes	Urina	Urina	Fezes
5-6						
6-7						
7-8						
8-9						
9-10						
10-11						
11-12						
12-13						
13-14						
14-15						
15-16						
16-17						
17-18						
18-19						
19-20						
20-21						
21-22						
22-23						
23-24						
Noite	Seca <input type="checkbox"/> Molhada <input type="checkbox"/>	Levantou-se para urinar? <input type="checkbox"/> Volume de urina (ml) _____ Peso fralda (g) _____		Seca <input type="checkbox"/> Molhada <input type="checkbox"/>	Levantou-se para urinar? <input type="checkbox"/> Volume de urina (ml) _____ Peso fralda (g) _____	

Capacidade vesical esperada para a idade (ml):  $30 + (30 \times \text{idade em anos})$   
 Poliúria nocturna: Volume superior a 130 % da capacidade vesical esperada para a idade  
 Bexiga de baixa capacidade: volume inferior a 65% da capacidade vesical esperada para a idade

# Enurese

## Diagnóstico – Exame físico

### ▶ **Completo e sistemático**

- Avaliação antropométrica; avaliação de tensão arterial;
- Sinais de obstrução das vias aéreas superiores (hipertrofia adenoideia/amigdalina)
- Sinais de Neuropatia: deformidade espinhal, marcha anormal, reflexos osteotendinosos anormais, atrofia assimétrica dos membros inferiores, pés cavos;
- Sinais de disrafismo: descoloração da pele, fossetas, tufo pilosos, lipomas subcutâneos, nádegas assimétricas e fenda glútea oblíqua;
- Palpação abdominal: grau de repleção vesical, fecalomas;
- Genitais: estenose do meato, hipospádias.
- Exame rectal: impactação de fezes;

# Enurese

## Diagnóstico – Exames Complementares

### Enurese Monossintomática:

Não são necessários.

### Enurese Polissintomática :

Ecografia reno-vesical com pesquisa de resíduo pós-miccional;

Urofluxometria

Outros exames imagiológicos

# Enurese

## Tratamento

### Intervenções educacionais:

Informar a criança e os pais sobre a etiologia e o tratamento da enurese  
Desdramatizar e desmistificar o problema e evitar culpabilizar a criança



# Enurese

## Tratamento

### ▶ Medidas comportamentais :

- Apesar de existirem poucas evidências de boa qualidade que justifiquem as medidas comportamentais, estas são recomendadas pela maioria dos profissionais como 1ª linha;

### **Simples**

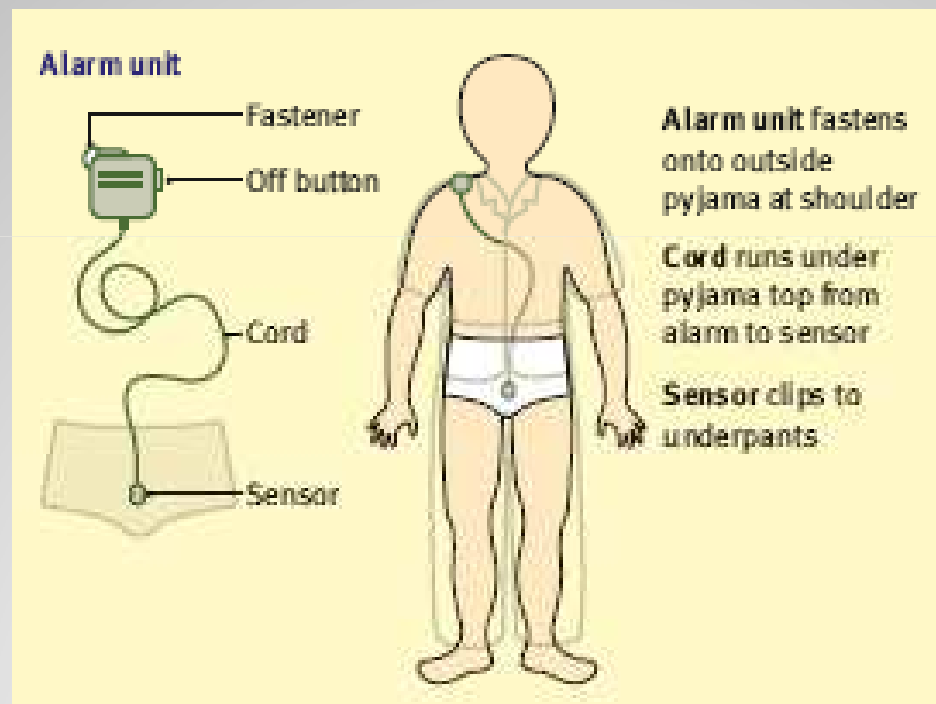
- Incentivar a ingestão de líquidos durante o dia e restringir à noite;
- Micções regulares durante o dia e antes de deitar;
- Não utilizar fralda para dormir;
- Encorajar a criança a participar na muda da cama;
- Gráficos de estrelas ou desenhos

### **Complexas**

# Enurese

## Tratamento

### Alarme para enurese



# Enurese

## Tratamento

▶ **Alarme para enurese** - *Nível de evidência 1; Grau de recomendação A.*

- Mecanismo de acção: aquisição de uma resposta condicionada;
- Importante existir elevado nível de motivação e compreensão da criança e dos pais;
- Os pais têm de acordar a criança.
- Tem de ser utilizado todas as noites sem interrupção.
- Duração do tratamento: 12-15 semanas consecutivas, devendo ser mantido pelo menos 4 semanas após o último episódio de enurese;

*Wright A, Evidence-based assessment and management of childhood enuresis  
Paediatrics and Child Health (2008), 18 (12), pg. 561-56*



# Enurese

## Tratamento

- ▶ **Alarme para enurese** - *Nível de evidência 1; Grau de recomendação A.*
  - Opção terapêutica mais eficaz, com taxas de sucesso de 65-70% e taxas de recaída de 15-30%;
  - O alarme está recomendado para o uso na Enurese monossintomática, mas também pode estar indicado na Enurese polissintomática, porque pode melhorar a capacidade de armazenamento vesical nas crianças com enurese

*Wright A, Evidence-based assessment and management of childhood enuresis  
Paediatrics and Child Health (2008), 18 (12), pg. 561-56*

# Enurese

## Tratamento

### Alarme para enurese

Taxa de sucesso – 65 %.

1/3 das crianças: substitui a enurese por noctúria

- Melhoria da perturbação do sono
- Mantém capacidade vesical nocturna diminuída.

2/3 das crianças: dormem toda a noite sem urinar.

- Melhoria da perturbação do sono
- Aumento da capacidade vesical.

# Enurese

## Tratamento

- ▶ **Desmopressina** – *Nível de evidência 1; Grau de recomendação A.*
  - Análogo sintético da ADH;
  - Mecanismo de acção: activação dos receptores V2 dos ductos colectores renais, aumentando a reabsorção de água;
  - Dose: via oral – liofilizado 0,12-0,24mg, 30 minutos antes de deitar; Restrição de fluídos 1 hora antes e 8 horas depois da toma;
  - Duração recomendada do tratamento: 3 meses;
  - Efeitos secundários (raros): cefaleias, náuseas, hiponatremia sintomática;
  - Taxa de sucesso de 60-70%; a resposta é mais rápida do que o alarme mas a taxa de recaída é superior.

*Wright A, Evidence-based assessment and management of childhood enuresis  
Paediatrics and Child Health (2008), 18 (12), pg. 561-56*

# Enurese

## **Anticolinérgicos (Oxibutinina) - Nível de evidência 2; Grau de recomendação B.**

- Mecanismo de acção: bloqueio dos receptores M2/M3 do músculo liso do detrusor vesical, diminuindo a hiperactividade do mesmo e aumentando a capacidade de armazenamento vesical;
- Sem indicação na Enurese monossintomática;
- Na Enurese polissintomática, taxas de sucesso de 50-70%, podendo ainda ser melhores com associação à desmopressina;
- Baixa toxicidade mas pode apresentar os seguintes efeitos laterais: xerostomia, obstipação, dor abdominal, visão turva, rubor facial, irritabilidade; (os efeitos laterais podem ser diminuídos iniciando doses baixas e ir aumentando progressivamente);
- Dose recomendada: 0,2 a 0,5 mg/kg/dia (dose máx: 15 mg) em 3 doses/dia, em associação à desmopressina à noite.

*Wright A, Evidence-based assessment and management of childhood enuresis Paediatrics and Child Health (2008), 18 (12), pg. 561-56*

# Enurese

▶ **Imipramina** - *Nível de evidência 1; Grau de recomendação C.*

- Antidepressivo tricíclico;
- Mecanismo de acção (não completamente esclarecido):
  - Diminuição da actividade do detrusor e aumento da capacidade vesical pelos seus efeitos anticolinérgicos
  - Potenciação do despertar, mediada pelos seus efeitos ao nível do centro do sono;
- Dose habitual: 0,5-2mg/kg/dia (25-75mg/dia) à noite; não deve ser usada por períodos superiores a 3 meses;
- Taxas de sucesso inicial de 50%, mas a maioria das crianças recai após a suspensão do tratamento.
- Efeitos secundários: cardiotoxicidade, hepatotoxicidade, depressão e suicídio, hipotensão postural, xerostomia, obstipação,...

*Wright A, Evidence-based assessment and management of childhood enuresis  
Paediatrics and Child Health (2008), 18 (12), pg. 561-56*

# Enurese

## Tratamento

### Tratamento combinado

- Oxibutinina + Desmopressina → Enurese polissintomática e poliúria nocturna;
- Alarme + Desmopressina → combina a eficácia mais rápida da desmopressina e o tratamento mais duradouro do alarme e com menor recidivas;

# Enurese

Características clínicas	Tratamento proposto
Ausência de elevação noturna de hormona anti diurética . A maioria dos episódios no 1º 1/3 da noite . Se a criança é despertada para urinar, não molha a cama . Micções noturnas muito abundantes	Desmopressina
Incapacidade para despertar . Micções durante qualquer hora do sono . Dificuldade em despertar perante estímulos internos ou externos. A micção não a desperta. . Tamanho da micção depende da capacidade vesical.	Alarme de enurese
Bexiga de baixa capacidade . Múltiplas micções . Micções de pequeno tamanho . Desperta depois da micção. . Micções frequentes durante o dia (urgência urinária) . Pode acompanhar-se de obstipação.	Anticolinérgicos + Alarme ou desmopressina

# Enuresis

Issue date: October 2010

## Nocturnal enuresis

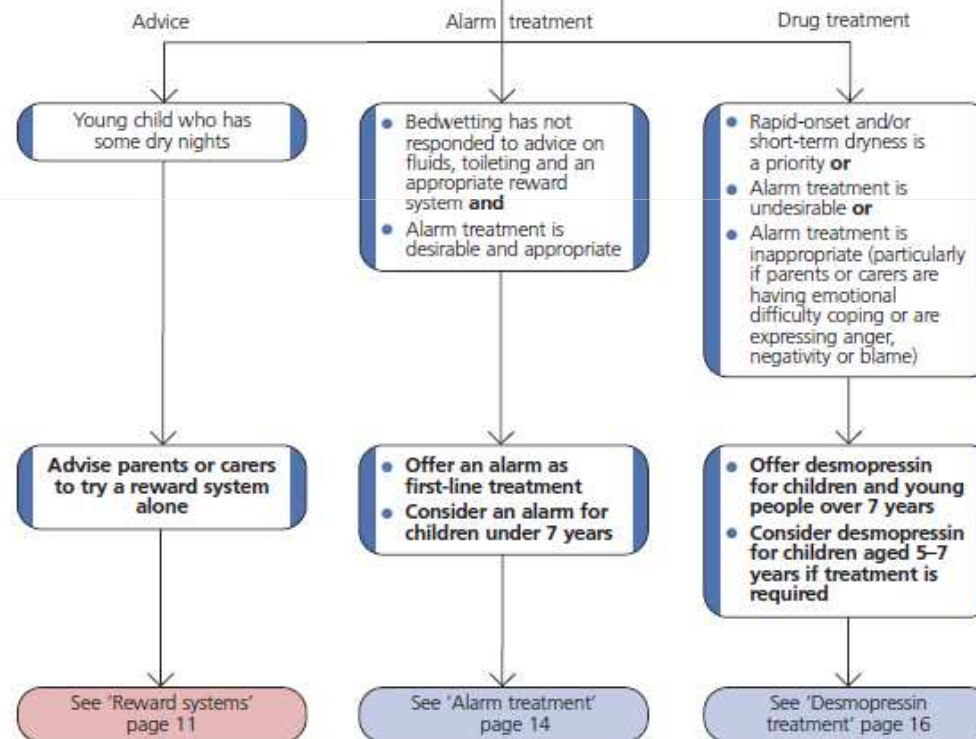
The management of bedwetting in children and young people

NICE clinical guideline

## Initial treatments

### Child or young person with bedwetting

- Advise on fluid intake, diet and toileting behaviour
- Address excessive or insufficient fluid intake and abnormal toileting patterns before starting other treatments (see page 10)
- Advise on using a reward system (see page 11)
- Suggest a trial without nappies or pull-ups for children and young people wearing them at night. Offer advice on alternative bed protection
- Consider whether alarm or drug treatment is appropriate, depending on the age, maturity and abilities of the child or young person, the frequency of bedwetting and the motivation and needs of the family
- Assess the ability of the family to cope with an alarm





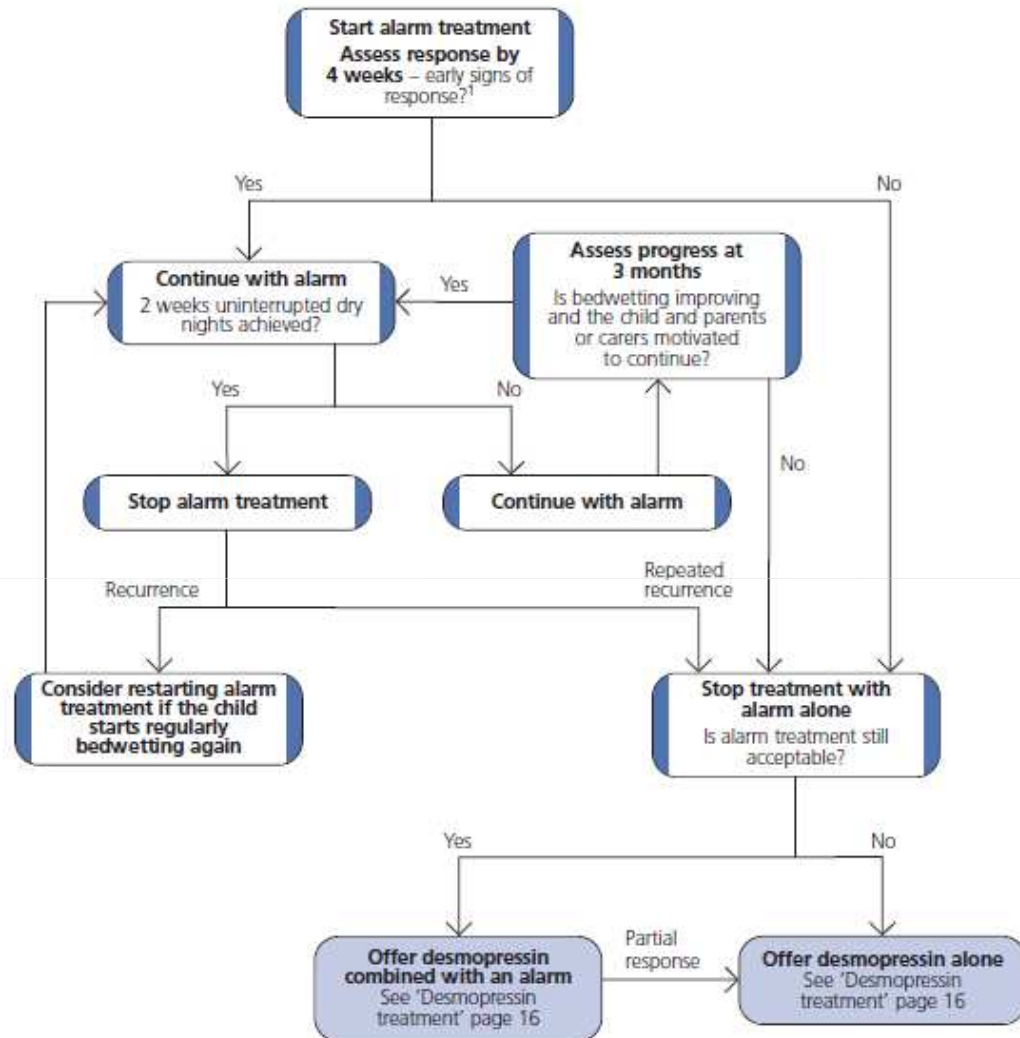
Issue date: October 2010

## Nocturnal enuresis

The management of bedwetting in children and young people

NICE clinical guideline

### Alarm treatment



¹ Early signs of a response to an alarm may include smaller wet patches, waking to the alarm, the alarm going off later and fewer times per night, and fewer wet nights

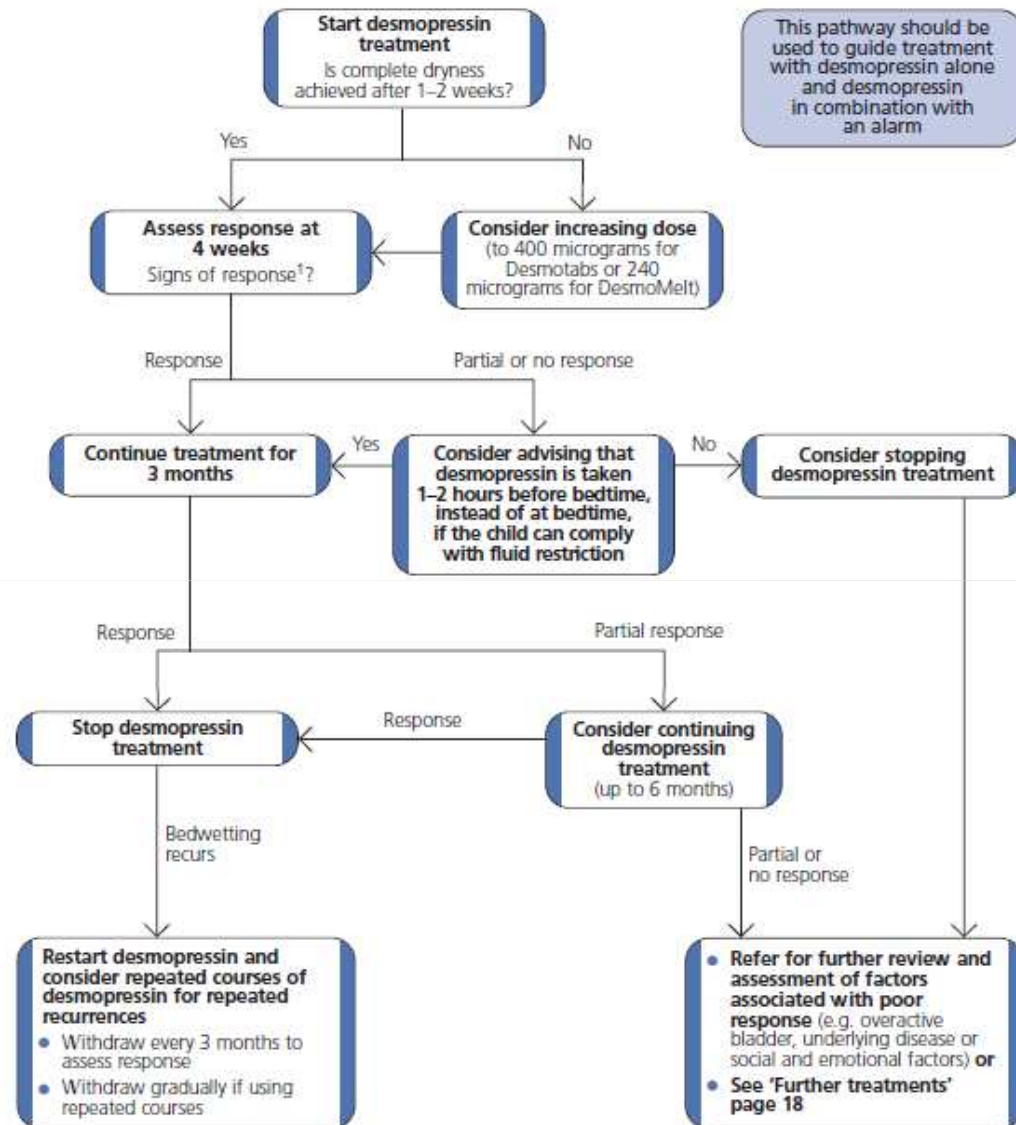
Issue date: October 2010

## Nocturnal enuresis

The management of bedwetting in children and young people

NICE clinical guideline

### Desmopressin treatment



<sup>1</sup> Signs of a response to desmopressin may include smaller wet patches, fewer wetting episodes per night and fewer wet nights.

# Enurese

## Resposta inicial ao tratamento

Sem resposta – Diminuição de 0 a 49% no número de noites molhadas.

Resposta parcial – Diminuição de 50% a 89% do número de noites molhadas.

Resposta completa – Diminuição em 100 % das noites molhadas ou menos de 1 noite molhada / mês

## Resposta ao tratamento a longo prazo

Recaída – Reaparecimento de 1 ou mais noites molhadas / mês

Êxito mantido – Ausência de recaída nos 6 meses seguintes à interrupção do tratamento.

Êxito completo – Ausência de recaída nos 2 anos seguintes à interrupção do tratamento

# Enurese

A enurese é um problema frequente.

Para alguns pais é uma situação natural que faz parte do desenvolvimento e aguardam tranquilamente a resolução espontânea do problema.

Para outros é uma situação insustentável e procuram auxílio do seu Médico ou Pediatra assistente.

Com base na evidência, a atitude de “não se preocupe, isso passa com o tempo” não é actualmente aceitável numa criança e numa família para quem a enurese é um problema.

# ENURESE

CURSO DE INVERNO DE NEFROLOGIA PEDIÁTRICA

30/03 a 01/04/2012

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/EPE

Graça Ferreira

