

El diagnóstico preciso de la ENPM resulta imprescindible para el tratamiento correcto de esta patología tan frecuente en la infancia.

Se recomienda hacer una búsqueda activa de los casos a partir de los 5 años en cualquier visita por enfermedad o en los controles del desarrollo [D].

Sólo la exclusión correcta de los casos no monosintomáticos y de la enuresis secundaria nos permitirá identificar los verdaderos casos monosintomáticos y aplicar las recomendaciones de esta guía. De este modo se evitará la instauración de tratamientos innecesarios o inadecuados, habitualmente largos e ineficaces, que suponen una carga y desaliento al no conseguir el resultado esperado y que en muchos casos prolongarán el problema de niños y padres.

Para establecer el diagnóstico de ENPM nos debemos basar en los datos tanto subjetivos (síntomas) como objetivos (encuestas, diarios de micción, exploración), obtenidos en la entrevista clínica.

### 9.1 Entrevista clínica

Historia clínica orientada a la micción tanto diurna como nocturna:

#### Datos básicos

Son datos básicos la edad de inicio de la enuresis, el tiempo de evolución, la frecuencia de noches mojadas, los esfuerzos previos de los padres por controlar la enuresis y los tratamientos realizados. La existencia de algún período seco mayor de 6 meses diferencia la enuresis primaria de la secundaria.

#### Valoración de la situación psicosocial

Si ha existido un período seco mayor de seis meses, el diagnóstico es enuresis secundaria y ésta frecuentemente deriva de problemas psicológicos (la personalidad del niño, una situación familiar conflictiva, el nacimiento de un hermano, el entorno escolar o la existencia de cuidadores alternativos son importantes en estos casos).

En la enuresis primaria, los problemas psicológicos, si existen, suelen ser secundarios a la enuresis. Sin embargo, al-

gunas actitudes de la familia hacia ésta pueden ser motivo de fracaso del tratamiento, especialmente el uso de refuerzos negativos o castigos, que deben ser evitados. También hay que estar alerta ante la respuesta del niño frente a algunas actitudes recomendadas como obligarle a hacer la cama por la noche o ante burlas de los hermanos..., que él podría en ocasiones interpretar como castigo o complicidad con el castigo. Es importante premiar (refuerzos positivos) cualquier avance hacia la sequedad por pequeño que sea para hacerle sentir orgullo y mejorar su autoestima.

La actitud de los padres y del niño frente a la enuresis es importante para decidir los objetivos y el tipo de tratamiento. La actitud del niño se puede valorar interrogándolo acerca de su preocupación sobre el tema y deseo de recibir y colaborar con la terapia.

En ocasiones un diagnóstico de alteración psicológica/psiquiátrica va a impedir toda colaboración en su tratamiento. En el mismo sentido, y por su elevada frecuencia, es importante detectar a los niños con diagnóstico o sospecha de TDAH, especialmente el subtipo inatento (déficit de atención aislado), al igual que investigar la existencia de situaciones estresantes familiares y la disponibilidad o actitud colaboradora de

los padres, ya que tienen implicaciones en la elección terapéutica.

En el Anexo 2 se muestran los criterios diagnósticos del TDAH según DSM-IV<sup>31</sup>.

### **Hábitos de sueño**

Interesa preguntar si durante el sueño existe respiración bucal, ronquidos, sueño agitado y apneas, sobre todo para descartar obstrucción de la vía aérea superior. Si el cansancio matutino es mayor del esperado para sus horas de sueño, se debería pensar en apnea nocturna<sup>85</sup> [V]. Aunque la obstrucción de la vía aérea superior se relaciona claramente con la enuresis secundaria, también debe ser un factor a tener en cuenta en la enuresis primaria.

La información de los padres sobre la dificultad para despertar al niño no tiene ninguna consecuencia sobre el tratamiento, y por tanto no hay que estudiar el patrón del sueño como parte de la historia clínica del niño con enuresis.

### **Frecuencia y consistencia de la defecación y consistencia de las heces**

El estreñimiento y la encopresis pueden ser causas de enuresis; por ello es importante valorar si el número de deposiciones es menor de 3/semana, si las deposiciones son caprinas o si existe encopresis, que puede ocurrir como conse-

cuencia del estreñimiento o más frecuentemente debido a problemas de conducta. Ambos, estreñimiento y encopresis, aunque tienen más relación con la enuresis secundaria, también deben tenerse en cuenta en la enuresis primaria.

### Hábitos de ingesta de líquidos y número y hora de los episodios enuréticos

Habitualmente los padres nos cuentan la frecuencia aproximada de noches mojadas al mes y saben si hay un episodio o más de uno por noche. La mayoría de los niños con enuresis orinan una sola vez cada noche después de media noche, aunque existe un grupo de niños que tiene más de un episodio enurético nocturno. En estos casos, especialmente si orinan antes de media noche, habría que averiguar si beben demasiado líquido justo antes de acostarse y si existe

ingesta de bebidas diuréticas como bebidas carbónicas y colas al final del día. La enuresis de más de un episodio por noche con ingesta de líquidos normal sugiere una vejiga de capacidad funcional pequeña o detrusor hiperactivo durante la noche.

### Síntomas diurnos

El diagnóstico preciso de enuresis monosintomática obliga a descartar cualquier enfermedad urológica o neurológica que interfiera con la micción. La anamnesis debe ser meticulosa y dirigida a la detección de estas alteraciones, especialmente cuando no sean conocidas por los padres como suele ocurrir con la vejiga hiperactiva o la micción disfuncional (Tabla X).

La **micción no coordinada** o **micción disfuncional** consiste en una micción obstructiva funcional, sin base orgánica,

Tabla X. Factores a investigar en la historia clínica de niños con enuresis

A investigar	Enfermedad a descartar
<ul style="list-style-type: none"><li>- Incontinencia diurna</li><li>- Frecuencia miccional diurna aumentada</li><li>- Urgencia miccional:<ul style="list-style-type: none"><li>- Sensación de orinar con muy poca orina en su vejiga</li><li>- Posturas de retención (squatting)</li><li>- Volver a orinar inmediatamente tras la micción</li></ul></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Micción no coordinada o vejiga hiperactiva</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Infecciones urinarias recurrentes</li><li>- Posiciones inadecuadas de orinar</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Micción no coordinada</li></ul>

que se acompaña de urgencia miccional con vaciado incompleto y que predispone a infecciones urinarias.

El **síndrome de la vejiga hiperactiva, de urgencia o de urgencia frecuencia** se define como la urgencia, con o sin incontinencia, usualmente asociada a frecuencia y nocturia, en ausencia de infección probada u otra patología. Este concepto, así definido en adultos, es más difícil de valorar en niños.

La **incontinencia diurna** no siempre es fácil de averiguar. Si se pregunta ¿tiene incontinencia por el día?, los padres pueden contestar no equívocamente. Debe preguntarse si moja la ropa interior habitualmente o si se le escapa la orina aunque sean gotas.

Lo normal es que exista sequedad completa, ningún escape. Muchos padres creen que incontinencia son sólo los episodios de escape importante que obligan a cambiar la ropa, pero no consideran incontinencia si moja sólo la ropa interior o el escape es tan pequeño que no obliga a cambiar la ropa.

Hay que resaltar que el episodio de incontinencia que ocurre sólo cuando el niño está atrapado en actividades lúdicas es una "micción demorada", sin implicaciones patológicas.

La **frecuencia miccional normal** es de 4 a 7 micciones por día. Si orina 8 ó más

veces o con una frecuencia mayor de cada 1:15 h, tiene frecuencia aumentada. Esta frecuencia miccional diurna aumentada es a menudo un síntoma intermitente y normal en la niñez, que se acentúa o aparece en situaciones de excitación o estrés, después de haber bebido mucho líquido y tras bebidas diuréticas (con cafeína o carbónicas).

La **urgencia** es el deseo súbito e inderogable de orinar con temor al escape. La vejiga hiperactiva puede acompañarse de micción de gotas o de un chorrito tras la micción y de posturas de retención. Las posturas de retención son conductas aprendidas ante un deseo súbito de orinar que intentan disminuir la pérdida de orina. La actitud típica de sentarse en cuclillas (*squatting*, en inglés) se da en una niña cuando repentinamente deja lo que está haciendo, junta los muslos, se agacha cruzando las piernas y con el talón de un pie aprieta contra su periné. Otra actitud típica en niños más mayores es la de sentarse en la silla con los muslos juntos sobre uno de sus pies. Una vez que cede la sensación de urgencia (de escape inminente) suele ir al baño inmediatamente (aunque a veces pueda seguir jugando). Cruzar las piernas, culebreo mientras está sentado, baile alrededor de un punto o compresión de los genitales con una mano son

otras conductas con el mismo significado sugerente de urgencia.

Hay que diferenciar la urgencia de la micción demorada, que es una conducta en la que el niño ignora la señal del deseo miccional hasta el último minuto, usualmente cuando está absorto-atrapado jugando, viendo una película... En este caso también puede adoptar posturas de aguantar. La diferencia entre el síndrome de urgencia y el de la micción demorada es que en el primero el niño va al aseo en cuanto puede y en la micción demorada sigue jugando hasta el siguiente episodio de urgencia, si lo logra postponer, o hasta el escape. Muchas veces sigue enganchado con su actividad a pesar del escape. Esta actitud sólo ocurre cuando está atrapado en actividades lúdicas.

La sensación de orinar con muy poca orina en su vejiga como forma de orinar habitual nos orienta a un volumen miccional máximo pequeño, que se tendrá que corroborar posteriormente con mediciones.

Muchos niños con urgencia vuelven a orinar unas gotas o un chorrito pocos minutos después de orinar o justo tras levantarse de la taza. En las niñas, algunos padres observan que se limpian muchas veces con el papel para no mojar la ropa interior (esta actitud también pue-

de darse en la sinequia labial pero en este caso mojan por retención de orina en el introito, no por el chorro postmiccional de la urgencia).

Las **infecciones urinarias recurrentes** sugieren con gran probabilidad micción no coordinada u otras alteraciones urológicas.

En ocasiones una **postura inadecuada de orinar** por el uso de tazas de váter muy altas, sin posibilidad de apoyo de los pies, predispone a la micción no coordinada.

En el Anexo 3 se muestra un cuestionario clínico<sup>86</sup>, validado en lengua inglesa en un grupo de niños de 3-10 años, para el diagnóstico de micción no coordinada. Es fácil de usar ya que consta sólo de 10 preguntas, de las cuales 9 van dirigidas al niño y la última a los padres.

Los valores de normalidad son distintos para niños o niñas:

- Niñas: normal 0-6 puntos (sensibilidad 93% y especificidad 87%).
- Niños: normal 0-9 puntos (sensibilidad 81% y especificidad 91%)

## 9.2 Exploración clínica

La exploración debe ser sencilla, rápida y orientada al problema para que pueda ser realizada en Atención Primaria. Consiste esencialmente en la inspección de la espalda, marcha y genitales.

Palpación abdominal y de las apófisis espinosas lumbosacras.

- La inspección buscará especialmente:
  - Signos de neuropatía: deformidad espinal, atrofia asimétrica de los pies, dedos en martillo o arcos plantares cavos.
  - Signos de disrrafismo: ausencia de una o varias apófisis espinosas en la palpación de la espalda. Decoloración de la piel, hoyuelos, mechones pilosos, lipoma subcutáneo, nalgas asimétricas, pliegue glúteo oblicuo. Si bien un hoyuelo coccígeo en el pliegue interglúteo se considera normal, su existencia por encima del pliegue glúteo se puede relacionar con la cicatriz que tira de una médula anclada.
  - Genitales: en los niños se debe observar el meato para descartar estrechez, aunque lo mejor es observar el chorro durante la micción. En la niña se debe examinar el introito en posición de rana (talones juntos, rodillas flexionadas y muslos en abducción) para descartar vulvitis, vaginitis y sinequias labiales que tienen relación con los escapes/urgencia/infección urinaria. Se debe

buscar el meato: si es hipospádico (dentro de vagina) o si está cubierto con una membrana mucosa que dirige el chorro hacia delante, predispone a micción no coordinada. Un orificio vaginal muy amplio o cicatrices sugieren la posibilidad de abuso sexual.





- Exploración neurológica básica: observación de la marcha sobre puntas y talones, adelante y atrás. Si es normal, podemos obviar más exploraciones. Si la anamnesis o la exploración anterior sugieren afectación neurológica, se debe realizar un estudio de sensibilidad y reflejos perineales.
- Palpación del abdomen: puede encontrarse una gran vejiga, una masa en flanco, una masa en la fosa ilíaca o vacío izquierdo de impactación fecal.
- Examen rectal: no es necesario (excepto que se quiera comprobar fecaloma sospechado por la clínica o exploración abdominal)

### 9.3 Diario miccional

Es un instrumento de registro "objetivo" que permite obtener valiosa información clínica, imposible de conseguir mediante la entrevista. Consiste en registrar durante todo el día (los padres o el

**Figura 4. Diario miccional de tres días**

Nombre ..... N° H<sup>a</sup> .....  
 Apellidos ..... Fecha del primer día .....

	Primer día			Segundo día			Tercer día		
	Medida	Anotaciones		Medida	Anotaciones		Medida	Anotaciones	
	 Orina	 Orina	 Heces	 Orina	 Orina	 Heces	 Orina	 Orina	 Heces
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									
24-01									
01-02									
Máximo		¿Se levantó a orinar?			¿Se levantó a orinar?			¿Se levantó a orinar?	

**• Anotaciones**

E = Escape, ha manchado (heces) o mojado (orina) la ropa.

A = Aguanta hasta el límite porque está concentrado en un juego, película... y se olvida de ir al baño (orina o heces).

P = Prisa, deseo repentino, no le da tiempo a llegar al baño desde que nota el deseo de orinar o defecar, tiene que ir corriendo y se le puede escapar o se le escapa.

C = Va al baño y hace caca. N = Normales. D = Heces duras como de cabra. B = Blandas.

**• Resumen**

VMMD (volumen miccional máximo diario) de los 3 días (excluyendo la 1.<sup>a</sup> orina de la mañana) ..... ml

VMMD teórico [(Edad + 2) x 30] ..... ml

% del VMMD teórica [VMMD x 100 / VMMD teórico] ..... %

¿Ha habido escapes de orina diurnos? (Sí/No)/¿Ha habido escapes de heces? (Sí/No)/¿Hay estreñimiento? (Sí/No)

**• Aclaraciones:** el día comienza cuando se levanta el niño y termina cuando se levanta al día siguiente. Pueden apuntarse varios volúmenes o anotaciones en una casilla. Si se levanta a orinar por la noche, no se apunta el volumen, sólo si "Sí" o "No".

niño, en función de su edad y capacidades) las micciones que tienen lugar en las condiciones habituales de sus actividades diarias. Se registran las horas de micción y los volúmenes miccionales (medidos orinando en una jarra graduada), además de otros datos como la existencia de escapes de orina, urgencia miccional, situación de aguantar hasta el límite por estar absorto por la televisión, ordenador, juego... observados por los padres en el momento en que ocurren.

Esta herramienta clínica ha sido utilizada sin dificultad en niños<sup>26,87,88</sup> y se considera de uso obligado en clínica por los foros de expertos en incontinencia urinaria en niños<sup>33</sup> y adultos. En el caso de la enuresis es especialmente necesaria ya que es el método de evaluación de varios parámetros que nos ayudarán a realizar un diagnóstico de enuresis "monosintomática" con precisión y a valorar factores pronósticos como el VMMD (volumen miccional máximo diario) [Ia] (ver factores pronóstico), que nos guiarán en nuestras decisiones: tipo de tratamiento a seguir o remitir a otros especialistas.

La realización del diario miccional durante al menos 3 días es imprescindible [A] (puede recogerse cómodamente durante dos fines de semana).

Hemos elaborado una hoja de diario orientada a la enuresis que incluye además datos sobre el control de heces donde se pueden anotar también los escapes de orina o heces (E), la sensación de prisa por orinar o defecar (P), la actitud de aguantar hasta el límite (A), las deposiciones (C) y su consistencia normal, dura o blanda (N,D o B) (Figura 4).

Cuando se considera al niño capaz de realizarlo, se le presenta indicándole que él va a ser el "detective de su vejiga" durante 3 días. Se le insiste en que sólo es válido si representa la conducta normal y habitual de su vejiga y que no hay valores correctos o incorrectos. Los padres deben supervisar y completar las anotaciones. Durante la segunda visita se discute la hoja con el niño y la familia para aclarar o anotar cualquier valor confuso u omitido. Si es preciso, se repite, y no se debe instaurar tratamiento a ningún niño sin un diario interpretable.

### Lectura del diario/interpretación

Los datos más relevantes del diario miccional son por un lado los de valor diagnóstico, como la frecuencia miccional elevada o la presencia de escapes diurnos, y por otro lado los de valor pronóstico, como el VMMD.

El número de micciones o frecuencia miccional normal de 24 horas es de 4-6



**Tabla XI.** Datos que se pueden extraer de los diarios miccionales.

<p><b>*Nocturia:</b> número de micciones registradas durante las horas de sueño nocturno (cada micción es precedida y seguida de un período de sueño).</p>	<p><i>Comentario:</i> puede no ser medible en enuréticos, pero nos interesa saber si es una o más veces.</p>
<p><b>*Frecuencia diurna:</b> número de micciones registradas durante las horas de vigilia desde la primera micción tras el despertar y levantarse en la mañana hasta la última micción antes de dormirse.</p>	<p>Normal <math>\leq 7</math></p>
<p><b>Frecuencia de 24 horas:</b> número total de micciones (diurnas + nocturia) durante 24 horas.</p>	<p>Normal <math>\leq 8</math>.</p>
<p><b>Volumen miccional máximo:</b> mayor volumen de orina evacuado durante una única micción. Antes llamado <i>capacidad vesical funcional</i>.</p>	
<p><b>*Volumen miccional máximo diurno</b> (antes <i>capacidad vesical funcional diurna</i>): mayor volumen de orina evacuado durante una única micción del día excluyendo la primera orina de la mañana.</p>	<p><i>Comentario:</i> existen diferentes fórmulas que se aproximan a los valores teóricos de normalidad para cada edad. Fórmula de Koff<sup>59</sup>: Vol. (ml) = (Edad en años + 2) x 30</p>
<p><b>Volumen miccional máximo nocturno</b> (antes <i>capacidad vesical funcional nocturna</i>): mayor volumen de orina evacuado durante una única micción de la noche, incluyendo (muchas veces es la única) la primera orina de la mañana.</p>	<p><i>Comentario:</i> suele ser 1,6-2,1 veces mayor que el "volumen miccional máximo diurno".</p>
<p><b>Diuresis nocturna o volumen nocturno de orina:</b> se define como el volumen de orina producido entre el momento en que el individuo se acuesta con la intención de dormir y el momento en que se despierta con la intención de levantarse. Se excluye la última micción antes de acostarse pero se incluye la primera tras levantarse por la mañana.</p>	<p><i>Comentario:</i> se puede recoger guardando el pañal empapado por la noche en una bolsa cerrada (para que no se seque), pesándola posteriormente con una balanza que aprecie 5 gramos (muchas de cocina lo hacen) y restando de ese valor el peso del pañal seco.</p>
<p><b>Diuresis de 24 horas:</b> se mide recogiendo toda la orina de 24 horas. Usualmente se comienza a contar después de la primera micción tras levantarse por la mañana (se excluye) y se completa cuando se anota la primera micción realizada tras levantarse a la mañana siguiente.</p>	<p><b>*Poliuria:</b> &gt; 40 ml/kg/día ó 2,8 litros en adultos. No bien definido en niños.</p>
<p><b>Poliuria nocturna:</b> la diuresis nocturna supone más del 20% en adultos jóvenes. En niños no está establecido, aunque en algún estudio se habla de más del 50%.</p>	
<p><b>*Urgencia:</b> (marcado como prisa en el diario) es el deseo claro y súbito de orinar difícil de demorar.</p>	<p><i>Comentario:</i> en los niños pequeños es frecuente y no siempre patológico</p>
<p><b>*Escapes diurnos:</b> es la expresión de la incontinencia urinaria. Pueden ser pequeños, si son unas gotas y apenas moja la ropa exterior, y grandes si la cala por completo.</p>	
<p><b>*Actitudes del niño:</b> como retener la orina hasta el límite porque está concentrado y atrapado por la televisión o el juego y llega a olvidarse de ir al aseo.</p>	
<p>* Datos de especial interés en la enuresis.</p>	

veces (percentiles 25-75) y 3-8 veces (percentiles 2,5-97,5)<sup>26</sup>. Por consenso se considera un límite de normalidad de 8 micciones en 24 horas y de 7 si no se cuenta la noche. Valores límites por sí solos son difíciles de interpretar. Tiene gran valor en el diagnóstico de vejiga hiperactiva cuando se acompaña de urgencia o incontinencia, datos que también se pueden obtener del diario.

La capacidad vesical es muy variable debido a que la vejiga es un órgano elástico, musculoso, sobre el que influyen las situaciones de diferente tensión emocional. Varía en un mismo individuo entre las diferentes micciones o días y también en función de cómo se haga la medición. Las medidas más usuales son el VMMD, que es el máximo volumen de micción durante el día, excluyendo el volumen de la primera orina de la mañana que corresponde a la capacidad vesical durante el sueño. Ésta suele ser de 1,6 a 2,1 veces mayor que el VMMD<sup>25</sup>. El valor del VMMD se considera que es el mayor volumen miccional conseguido en los tres días de registro, excluyendo el primer volumen de la mañana. Este dato se tomará como referencia para el cálculo del porcentaje de la capacidad vesical teórica, VMMD teórico, según la fórmula de Koff<sup>89</sup>,  $ml = (edad + 2) \times 30$ .

La Tabla XI muestra otros datos de interés que se pueden extraer de los diarios miccionales.

## 9.4 Tira reactiva de orina

---

### Infección urinaria

*¿Vale la pena realizar una tira reactiva de orina o un urinocultivo para la detección de infección urinaria en niños con ENPM?*

Los objetivos de esta prueba son:

- Detectar si existe infección urinaria asintomática (cribado) con suficiente seguridad.
- Si obtenemos una probabilidad elevada de bacteriuria, valorar si es clínicamente relevante.

La relevancia clínica de la bacteriuria estaría en función de:

- Que los niños con ENPM tuvieran un número de infecciones urinarias o problemas asociados a ella mayor que la población general de niños no enuréticos (anomalías urológicas, micción no coordinada...). Y, como ya se ha descrito en el apartado de factores asociados a la enuresis, la prevalencia de bacteriuria en niños con ENPM es la misma que la de la población general, la de la bacteriuria asintomática [IIc].

- Que el diagnóstico y/o tratamiento de la bacteriuria cambiara el pronóstico de su enuresis.

No existen trabajos que evalúen directamente el impacto pronóstico de la existencia de bacteriuria en el momento del diagnóstico de la ENPM. No obstante, en los estudios de fracaso terapéutico de enuresis o persistencia hasta la pubertad o edad adulta no se encuentra mayor prevalencia de bacteriuria [IV].

Anomalías urológicas asociadas a fracaso terapéutico de la enuresis nocturna monosintomática como estenosis de uretra<sup>90</sup> [IV] o vejiga funcionalmente pequeña no cursan con infección urinaria.

En una serie de 97 niños con fracaso terapéutico que llegaron a la pubertad o edad adulta con enuresis, no se encontró a ninguno con bacteriuria<sup>91</sup> [IV].

Con todos estos datos se puede deducir que si no realizamos un urinocultivo o una tira reactiva de orina de forma sistemática a todos los niños de la consulta, tampoco procede realizarla a un niño cuyo único síntoma es la enuresis.

En la enuresis nocturna monosintomática se recomienda adoptar la misma actitud frente a la infección urinaria que en la población general [B].

## Diabetes mellitus e insípida

La diabetes mellitus juvenil no se asocia a la ENPM [IV] y se llega antes al diagnóstico de diabetes por las manifestaciones clínicas de esta enfermedad que por realizar un estudio de orina con tira reactiva a un niño con enuresis.

No se recomienda la realización sistemática de pruebas para descartar diabetes mellitus a los niños con ENPM [C].

Como la diabetes insípida tiene una incidencia de 5 casos por millón anuales en la población general pediátrica<sup>79</sup> [IIIb], no se espera que una prueba (tira reactiva de orina) que no se considera útil en el diagnóstico de pacientes con sospecha clínica de diabetes insípida ayude al diagnóstico de esta enfermedad en niños que consultan por ENPM, en los que no se ha encontrado evidencia epidemiológica de asociación.

El patrón de referencia para su diagnóstico es la prueba de privación de agua, que es difícil de realizar, exige ingreso hospitalario en condiciones muy controladas, a veces es difícil de interpretar y siempre se indica para realizar el diagnóstico ante una sospecha clínica por poliuria con hiperosmolaridad san-

guínea o por polidipsia-poliuria, nunca por el resultado de una tira reactiva de orina.

No se recomienda emplear la prueba de la tira reactiva de orina como cribado de diabetes insípida en los niños con ENPM **[B]**.

### 9.5 Otras exploraciones

---

En la ENPM no se considera necesario realizar ecografía abdominal, Rx simple de abdomen o de raquis ni otras exploraciones.