

## ABORDAJE DE LA ENURESIS EN LA INFANCIA APPROACH TO ENURESIS IN CHILDREN

### **Autor:**

Gómez Coca, S.; Ortiz Fernández, S.; Villamor Ruiz, E. M.

### **Institución:**

Servicio Andaluz de Salud. [sgomezcoca@gmail.com](mailto:sgomezcoca@gmail.com)

### **Resumen:**

La enuresis es un trastorno evolutivo de inicio durante la infancia en el que se produce la emisión de orina, de día o de noche, en momentos y lugares inadecuados, cuando el sujeto cuenta con edad para adquirir un control adecuado sobre la vejiga urinaria. Es un trastorno frecuente, que causa problemas, frustración y deterioro social a muchos niños y a sus familias, no estando diagnosticado en la mayoría de los casos.

El objetivo de nuestro estudio es conocer la prevalencia de la enuresis nocturna primaria monosintomática en la infancia, así como sus factores de riesgo y etiología.

Identificar las principales líneas de actuación en la prevención de este trastorno de la niñez, y determinar las medidas terapéuticas más actualizadas que fomenten estilos de vida saludables y favorezcan el bienestar y desarrollo infantil.

## **Palabras Clave:**

Enuresis, infancia, enuresis nocturna primaria monosintomática, incontinencia infantil.

## **Abstract:**

Enuresis is a developmental disorder during childhood with emission of urine, during the day or at night, at inappropriate times and places, when the subject is old enough to acquire urinary control. It is a common disorder, which causes problems, frustration and social deterioration to many children and their families, not being diagnosed in most cases.

The aim of our study is to establish the prevalence of primary monosymptomatic nocturnal enuresis in children, its risk factors and etiology.

To identify the main lines of action towards the prevention of this childhood disorder, and to determine the most current therapeutic measures that foster healthy lifestyles and to promote child welfare and development.

## **Key Words:**

Enuresis, childhood, primary monosymptomatic nocturnal enuresis, urinary incontinence.

## 1. INTRODUCCIÓN

Durante la infancia en el desarrollo normal del niño, hasta aproximadamente los dos años de edad, la micción se produce de manera refleja. Es a partir de ésta edad, cuando los niños son capaces de reconocer que su vejiga está llena y sienten la necesidad de orinar. Poco después, van siendo capaces de iniciar la micción sin necesidad de tener la vejiga llena, y finalmente consiguen el control miccional totalmente voluntario, primero durante el día y posteriormente también por la noche (Aleo, E. et al, 2000).

Se considera que el control totalmente voluntario de la micción, tanto diurno como nocturno, debe haberse adquirido a los cinco años de edad (Aleo, E. et al, 2000).

La enuresis es un trastorno evolutivo de inicio durante la infancia en el que se produce la emisión de orina, de día o de noche, en momentos y lugares inadecuados, cuando el sujeto cuenta con edad para adquirir un control adecuado sobre la vejiga urinaria (Bedmar, M., 2008). Es un trastorno frecuente, que causa problemas y frustración a muchos niños y a sus familias (Monge, M. et al, 2005).

La Asociación Americana de Psiquiatría DSM-IV habla de enuresis para referirse al escape repetido de orina durante el día o la noche, en la cama o en la ropa, considerando tanto los escapes voluntarios como los involuntarios. Exige para su diagnóstico dos o más episodios semanales de enuresis durante como mínimo tres meses, o bien, que los escapes provoquen malestar clínicamente significativo, deterioro social, académico (laboral) o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. El sujeto debe haber alcanzado la edad en la que es esperable la continencia, edad cronológica por lo menos de cinco años, o, en niños con retraso del desarrollo físico, una edad mental de, como mínimo, cinco años. Como criterios de exclusión cita la diabetes mellitus, la epilepsia, la toma de diuréticos y las enfermedades del aparato urinario tanto anatómicas como neurológicas (AEPNyA, 2008; Úbeda, M. I. et al, 2005; Úbeda, M. I. et al, 2004; Ramírez-Backhaus, M. et al, 2010).

La Organización Mundial de la Salud (CIE-10) define la enuresis como la emisión involuntaria de orina, en las horas diurnas o en 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 (Úbeda, M. I. et al, 2005; Ramírez-Backhaus, M. et al, 2010).

La Sociedad Internacional de Continencia de los Niños considera que una noche al mes puede aceptarse en niños, cuando son pequeños, pero no en niños más mayores o adolescentes (Úbeda, M. I. et al, 2005; Úbeda, M. I., Martínez, R., 2012; Ramírez-Backhaus, M. et al, 2010). Los episodios de incontinencia han de perdurar un mínimo de seis meses para el diagnóstico y este grupo especifica que la micción voluntaria del niño ha de tener un patrón normal (Úbeda, M. I. et al, 2005; Ramírez-Backhaus, M. et al, 2010).

En general, aunque no existe un consenso en cuanto a la frecuencia de los escapes, la definición más admitida por la comunidad científica a efectos diagnósticos y epidemiológicos, define la enuresis como la emisión involuntaria y persistente de orina durante el día o la noche, sin que existan indicios de patología y una vez el niño ha alcanzado la madurez suficiente para haber aprendido a controlar la micción, estableciéndose la edad en los 5 años, ya que en nuestra sociedad se espera que a dicha edad ya se haya alcanzado completamente el control vesical nocturno (Úbeda, M. I. et al, 2005; Úbeda, M. I. et al, 2004).

## CLASIFICACIÓN

- Según el momento del día:

Enuresis diurna: consiste en la emisión de orina solo durante la vigilia (Bedmar, M., 2008; AEPNyA, 2008). Está relacionada con la urgencia urinaria, señalando

como posibles causas la imposibilidad de inhibir el detrusor (músculo de la vejiga que al contraerse expulsa la orina), de controlar los esfínteres o de reconocer las contracciones del detrusor indicando el llenado vesical (American Academy of Pediatrics, 2003).

Enuresis nocturna: consiste en la emisión de orina solo durante el sueño (es el tipo más frecuente) (Bedmar, M., 2008; AEPNyA, 2008; Úbeda, M. I. et al, 2005; Úbeda, M. I., Martínez, R., 2012). Está relacionada con contracciones del detrusor insuficientes para despertar al niño, o escasa capacidad funcional de la vejiga para aguantar durante el sueño (American Academy of Pediatrics, 2003).

Enuresis mixta: la emisión de orina se produce indistintamente durante la vigilia o el sueño, es una combinación de los dos tipos anteriores (Bedmar, M., 2008; AEPNyA, 2008).

- Según el control de la micción:

Enuresis primaria: cuando el niño/a nunca ha tenido un periodo de continencia de al menos seis meses. Es el tipo más frecuente (Bedmar, M., 2008; American Academy of Pediatrics, 2003; AEPNyA, 2008; Úbeda, M. I. et al, 2005; Úbeda, M. I., Martínez, R., 2012; Úbeda, M. I. et al, 2004).

Enuresis secundaria: cuando aparece tras un periodo de continencia de entre seis meses y un año (Bedmar, M., 2008; AEPNyA, 2008; Úbeda, M. I. et al, 2005; Úbeda, M. I. et al, 2004). Está relacionada con problemas emocionales: fallecimiento de un familiar, nacimiento de un hermano, cambios de hogar, conflictos familiares o escolares, separación, etc. También se asocia a estreñimiento, infestación por oxiuros y obstrucción importante de la vía aérea

superior (American Academy of Pediatrics, 2003; Úbeda, M. I., Martínez, R., 2012).

- Si se asocia a otras patologías:

Enuresis monosintomática: cuando no existen síntomas que sugieran patología neurológica o urológica de base (Úbeda, M. I. et al, 2005; Úbeda, M. I., Martínez, R., 2012; Úbeda, M. I. et al, 2004). Es el tipo más frecuente (Úbeda, M. I., Martínez, R., 2012).

Enuresis no monosintomática: cuando existen síntomas que sugieren patología neurológica o urológica de base, como el síndrome de la vejiga hiperactiva, infecciones urinarias frecuentes, goteo continuo y/o disfunción de vaciado vesical o micción no coordinada (Úbeda, M. I. et al, 2005; Úbeda, M. I., Martínez, R., 2012).

Atendiendo a estas clasificaciones, el tipo más frecuente es la enuresis nocturna primaria monosintomática, que constituye el 85-90% de los casos (American Academy of Pediatrics, 2003; Úbeda, M. I., Martínez, R., 2012; Úbeda, M. I. et al, 2004).

## 2. OBJETIVOS

El objetivo de nuestro estudio es conocer la prevalencia de la enuresis nocturna primaria monosintomática en la infancia, así como sus factores de riesgo y etiología.

Identificar las líneas de actuación en la prevención de este trastorno de la niñez, y determinar las medidas terapéuticas más actualizadas que fomenten estilos de vida saludables y favorezcan el bienestar y desarrollo infantil.

### 3. METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica en las bases de datos de ciencias de salud: Scielo, Cuiden, Cuiden Plus, Pubmed y bibliografía encontrada sobre el tema. El idioma empleado ha sido español e inglés, utilizando los descriptores: “enuresis”, “infancia”, “enuresis nocturna” e “incontinencia infantil”, y sus homónimos en inglés: “enuresis”, “childhood”, “nocturnal enuresis” e “urinary incontinence”. Se ha seleccionado documentación que cumplía los criterios de inclusión en el periodo temporal 2000-2016.

### 4. RESULTADOS

#### Datos epidemiológicos

Se estima que en España más de 500.000 niños padecen enuresis nocturna (Rodríguez, L. M., Gracia, S., 2008), siendo la prevalencia de hasta dos veces mayor en niños que en niñas (Aleo, E. et al, 2000; AEPNyA, 2008; Rodríguez, L. M., Gracia, S., 2008; Úbeda, M. I. et al, 2005).

Este trastorno tiende a remitir espontáneamente en muchos casos y su incidencia va disminuyendo a medida que aumenta la edad (Aleo, E. et al, 2000; AEPNyA, 2008; Monge, M. et al, 2005), encontrándonos tasas a nivel mundial de entre 6-32% de casos a los 5 años y entre el 1-4% de casos a los 15 años (Aleo, E. et al, 2000; AEPNyA, 2008; Rodríguez, L. M., Gracia, S., 2008; Úbeda, M. I. et al, 2005; Úbeda, M. I. et al, 2004).

La enuresis primaria es dos veces más común que la secundaria (AEPNyA, 2008).

El 85% de los casos de enuresis nocturna es primaria monosintomática (Úbeda, M. I. et al, 2005).

## Factores de riesgo y etiología

1. Factores genéticos: Diversos estudios concluyen que la herencia genética juega un papel importante en el riesgo de padecer enuresis nocturna, aumentando cuando uno de los padres tienen antecedentes, siendo esta probabilidad mucho mayor cuando ambos progenitores lo han padecido (American Academy of Pediatrics, 2003; AEPNyA, 2008; Úbeda, M. I. et al, 2005).
2. Factores biológicos: retraso en la maduración del niño, disfunción vesical, disfunción neurológica del control de la función vesical, estreñimiento, alteración de la hormona antidiurética, trastorno del sistema urinario, efecto secundario de psicofármacos, patrón de sueño profundo... (American Academy of Pediatrics, 2003; AEPNyA, 2008; Úbeda, M. I. et al, 2005).
3. Factores psicológicos: situaciones estresantes (más comunes en las enuresis secundarias) (AEPNyA, 2008; Úbeda, M. I. et al, 2005).
4. Factores socioeconómicos: es más frecuente en clases socioeconómicas bajas, familias desestructuradas, niños a los que nunca se les ha fomentado el entrenamiento vesical... (AEPNyA, 2008; Úbeda, M. I. et al, 2005).
5. Otros factores: mal control alimenticio, exceso de consumo de cafeína, ingesta elevada de líquidos, horario inestable de sueño, horas limitadas sueño...



## Prevención (Úbeda, M. I. et al, 2005)

Es favorable que los padres inicien y motiven al niño en la continencia urinaria en torno a los 18 meses.

Usar orinales infantiles o adaptar el váter para que el niño tenga buena sujeción de nalgas y pies.

Indicarle que use el orinal o váter cuando se le note con ganas. No mantenerlo sentado sin realizar la micción ni insistirle.

Ser constantes en el entrenamiento vesical.

## Diagnóstico

La mayoría de los casos de enuresis no están diagnosticados ya que es muy común no darle importancia a este trastorno, ocultarlo por vergüenza, o tener una gran tolerancia hacia el problema. No todos los casos de enuresis remiten espontáneamente a lo largo de los años, o no lo hacen durante la infancia alargándose hasta la adolescencia o incluso adultez (Úbeda, M. I. et al, 2005).

Para poder diagnosticar este trastorno y catalogarlo entre los diferentes tipos de enuresis es esencial un proceso de valoración multifactorial e individualizado de cada paciente (Bedmar, M., 2008), mediante una anamnesis meticulosa, la exploración simple del niño y un diario miccional (American Academy of Pediatrics, 2003; Úbeda, M. I. et al, 2005; Úbeda, M. I., Martínez, R., 2012; Úbeda, M. I. et al, 2004).

## Anamnesis

Se recogerán datos sobre edad del niño, patologías, antecedentes en los padres, clínica de la enuresis (diurna, nocturna, primaria, secundaria, frecuencia, constante o irregular...), hábitos y anomalías del sueño, síntomas de infecciones urinarias y estreñimiento, hábitos alimenticios, medicación, tratamientos previos y evolución, desarrollo físico, psíquico y psicomotor del niño, situación personal actual del niño y la familia, estado psicológico y

motivación tanto del niño como de los padres... (American Academy of Pediatrics, 2003; AEPNyA, 2008; Rodríguez, L. M., Gracia, S., 2008; Úbeda, M. I. et al, 2005; Úbeda, M. I., Martínez, R., 2012; Úbeda, M. I. et al, 2004).

## *Exploración*

Se realiza examen físico mediante palpación abdominal, inspección de genitales, de espalda y observación de la marcha adelante y atrás descalzos. En la enuresis nocturna primaria monosintomática la exploración es normal ya que no se asocia a otras patologías, no obstante, se hace imprescindible la exploración para confirmar el tipo de enuresis y descartar otros problemas (Rodríguez, L. M., Gracia, S., 2008; Úbeda, M. I. et al, 2005; Úbeda, M. I., Martínez, R., 2012; Úbeda, M. I. et al, 2004).

## *Diario miccional*

Es un instrumento de registro imprescindible para el diagnóstico, se realizará durante al menos 3 días completos, no necesariamente consecutivos. Consiste en registrar (los padres o el niño si tiene la capacidad suficiente) las micciones que se producen durante este periodo de tiempo, anotando horas, volumen miccional, escapes, urgencia urinaria... (Úbeda, M. I. et al, 2005; Úbeda, M. I., Martínez, R., 2012; Úbeda, M. I. et al, 2004).

También se recomienda recoger un calendario de noches secas/mojadas durante al menos 15 días (Úbeda, M. I. et al, 2004).

## *Medidas terapéuticas:*

### *Tratamiento conductual simple*

1. Explicar al niño y a sus padres el funcionamiento del sistema urinario y por qué se produce la enuresis nocturna, exculpándolos por la situación ya que

se trata de un retraso madurativo (Bedmar, M., 2008; AEPNyA, 2008; Monge, M. et al, 2005).

2. Insistir en evitar reprender al niño, avergonzarlo o castigarlo. Las actitudes negativas pueden ser motivo de fracaso del tratamiento, es muy importante premiar los pequeños avances para mejorar la autoestima del niño (Bedmar, M., 2008; Rodríguez, L. M., Gracia, S., 2008; Úbeda, M. I. et al, 2005; Úbeda, M. I., Martínez, R., 2012; Monge, M. et al, 2005).
3. Hacer partícipe del tratamiento y de la toma de decisiones al niño (siempre que se pueda). La actitud positiva de los familiares y la participación activa del niño refuerza su confianza, mejora el cumplimiento del tratamiento y los resultados, siempre bajo la supervisión de los padres (American Academy of Pediatrics, 2003; Rodríguez, L. M., Gracia, S., 2008; Monge, M. et al, 2005).
4. Medidas higiénico-dietéticas:
  - Educar al niño y a sus padres en la restricción de líquidos al final del día, evitando sobretodo bebidas diuréticas y con cafeína (Bedmar, M., 2008; American Academy of Pediatrics, 2003; AEPNyA, 2008; Rodríguez, L. M., Gracia, S., 2008; Úbeda, M. I. et al, 2005; Úbeda, M. I., Martínez, R., 2012; Monge, M. et al, 2005).
  - Usar el baño antes de acostarse (American Academy of Pediatrics, 2003; Úbeda, M. I., Martínez, R., 2012).
  - Programar un despertador para levantar al niño una vez durante la noche a orinar (Bedmar, M., 2008; AEPNyA, 2008; Rodríguez, L. M., Gracia, S., 2008; Úbeda, M. I. et al, 2005; Monge, M. et al, 2005), hacerlo en más ocasiones alteraría su patrón de sueño y su rendimiento diario (American Academy of Pediatrics, 2003).
5. Terapia motivacional con un calendario de símbolos (dibujos, soles, nubes...) en las noches secas y húmedas. No existen estudios de calidad en cuanto a esta terapia, pero se recomienda su uso al carecer de efectos adversos (Bedmar, M., 2008; AEPNyA, 2008; Rodríguez, L. M., Gracia, S.,

2008; Úbeda, M. I. et al, 2005; Úbeda, M. I., Martínez, R., 2012; Monge, M. et al, 2005).

### *Tratamiento conductual complejo*

Técnicas como cortar el chorro durante la micción no se recomiendan en la enuresis nocturna primaria monosintomática, ya que dificulta el vaciado vesical y predispone a la micción no coordinada. En cuanto al entrenamiento de retención vesical, no aporta beneficios, el entrenamiento de cama seca o el entrenamiento en casa de espectro completo tampoco se recomiendan dada su escasa eficacia (Úbeda, M. I. et al, 2005; Úbeda, M. I., Martínez, R., 2012).

### *Alarma de enuresis*

Dispositivo con un sensor que se coloca en la ropa interior del niño o en el pijama y que se activa con la humedad produciendo un sonido, luz o vibración para despertar al niño y que vaya al baño (Rodríguez, L. M., Gracia, S., 2008; Úbeda, M. I. et al, 2005; Úbeda, M. I., Martínez, R., 2012). Diversos estudios señalan la eficacia de este dispositivo con buenos resultados a largo plazo (Úbeda, M. I., Martínez, R., 2012; Kyung, K., et al, 2010).

### *Fármacos*

La desmopresina (hormona antidiurética sintética) es el fármaco utilizado actualmente en el tratamiento de este trastorno con buenos resultados (aproximadamente 40-60% de los casos). Se indica como último recurso tras llevar a cabo el resto de medidas, y nunca se aconseja la interrupción brusca del tratamiento una vez alcanzado el objetivo (Bedmar, M., 2008; American Academy of Pediatrics, 2003; Rodríguez, L. M., Gracia, S., 2008; Úbeda, M. I. et al, 2005; Úbeda, M. I., Martínez, R., 2012; Kyung, K., et al, 2010).

La imipramida (antidepresivo tricíclico) ha sido el fármaco más usado durante años por su alta eficacia (aproximadamente el 50% de los casos), aunque actualmente no se recomienda debido a su elevada toxicidad (Bedmar, M., 2008; American Academy of Pediatrics, 2003; Rodríguez, L. M., Gracia, S., 2008; Úbeda, M. I. et al, 2005).

## 5. CONCLUSIONES

Durante los primeros años de la infancia los escapes de orina son considerados como algo normal, es cuando el niño crece el momento en el que esta situación empieza a ser un problema, causándole vergüenza, inseguridad, baja autoestima y limitación social e incluso bajo rendimiento académico, y por consiguiente afectando también a los padres y a la familia (Úbeda, M. I. et al, 2005; Úbeda, M. I. et al, 2004; Ramírez-Backhaus, M. et al, 2010). La enuresis impide a los niños su integración en el entorno, ya que en nuestra sociedad, cada día es más habitual que los niños pernocten fuera de casa a edades cada vez más tempranas (Úbeda, M. I. et al, 2005).

El asesoramiento por parte del personal sanitario para la prevención, la adquisición de medidas conductuales correctas o el tratamiento con dispositivos o farmacológico si es necesario, se hace fundamental para la correcta evolución y resolución precoz de este trastorno. La captación temprana de niños afectados es clave, ya que en la mayoría de los casos no se encuentran diagnosticados alargándose este trastorno durante años, conllevando repercusiones negativas al niño y a su familia que no deben infravalorarse.

## 6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aleo Luján, E., De Miguel Lavisier, B., y Pérez Rodríguez, O. (2000). Desarrollo de la incontinencia urinaria en el niño. *Clínicas urológicas de la Complutense*, 8, 663-669. Servicio de publicaciones. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/27583778> Desarrollo de la continencia en el niño
2. Bedmar Noguerol, M. (2008). Problemas emocionales y conductuales de inicio en la infancia. *Principales problemas de Salud Mental e intervención enfermera*, 1(3), 48-49.
3. American Academy of Pediatrics (2003). *Caring for your teenager*. Ed. Donald E. Greydanus, MD, FAAP and Philip Bashe, 20, 511-517.
4. Asociación Española de Psiquiatría del Niño y el Adolescente (AEPNyA). (2008). Enuresis. *Protocolos Clínicos 2008*, 169-175. Disponible en: <http://www.aeped.es/documentos/protocolos-sociedad-espanola-psiquiatria-infantil-aep>
5. Rodríguez Fernández, L.M., y Gracia Manzano, S. (2008). Diagnóstico y tratamiento de la enuresis nocturna. *Protocolos Diagnósticos Terapéuticos de la AEP: Nefrología Pediátrica*, 10, 116-126. Disponible en: [https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/10\\_3.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/10_3.pdf)
6. Úbeda Sansano, M. I., Martínez García, R., y Díez Domingo, J. (2005). Enuresis nocturna primaria monosintomática en Atención Primaria. *Guía de práctica clínica basada en la evidencia. Rev Pediatr Aten Primaria*. 7(3): 7-151. Disponible en: [https://www.aepap.org/sites/default/files/documento/archivos-adjuntos/gpc\\_367.pdf](https://www.aepap.org/sites/default/files/documento/archivos-adjuntos/gpc_367.pdf)
7. Úbeda Sansano, M. I., y Martínez García, R. (2012). Enuresis nocturna. *Pediatría Atención Primaria*, 14(22), 37-43. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1139-76322012000200005](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322012000200005)
8. Úbeda Sansano, M. I., Martínez García, R., Díez Domingo, J. y Álvarez de Laviada Mulero, T. (2004). Enuresis nocturna primaria monosintomática.

Asociación Española de Pediatría en Atención Primaria. Curso de Actualización Pediatría 2004, 63-67. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/239593972\\_Enuresis\\_nocturna\\_primaria\\_monosintomatica](https://www.researchgate.net/publication/239593972_Enuresis_nocturna_primaria_monosintomatica)

9. Ramírez-Backhaus, M., Arlandis Guzmán, S., García Fadrique, G., Martínez Agulló, Martínez García, R., y Jiménez-Cruz, J. F. (2010). La enuresis nocturna: Un trastorno frecuente con una prevalencia difícil de estimar. *Actas Urológicas Españolas*, 34(5), 460-466. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0210-48062010000500009&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-48062010000500009&lng=es&tlng=es)
10. Monge Zamorano, M., Méndez Abad, M., y García Nieto, V. (2005) Eficacia del tratamiento conductual en la enuresis nocturna. *Anales de Pediatría*, 63(5), 444-447. Disponible en: <http://www.analesdepediatria.org/es/eficacia-del-tratamiento-conductual-enuresis/articulo/13080411/>
11. Kyung Won, K., Young-Suk, L., Kwan Hyun, P., y Minki, B. (2010). Efficacy of Desmopressin and Enuresis Alarm as First and Second Line Treatment for Primary Monosymptomatic Nocturnal Enuresis: Prospective Randomized Crossover Study. *The Journal of Urology*, 184(6), 2521 – 2526. Disponible en: [http://www.jurology.com/article/S0022-5347\(10\)04306-5/abstract](http://www.jurology.com/article/S0022-5347(10)04306-5/abstract)

