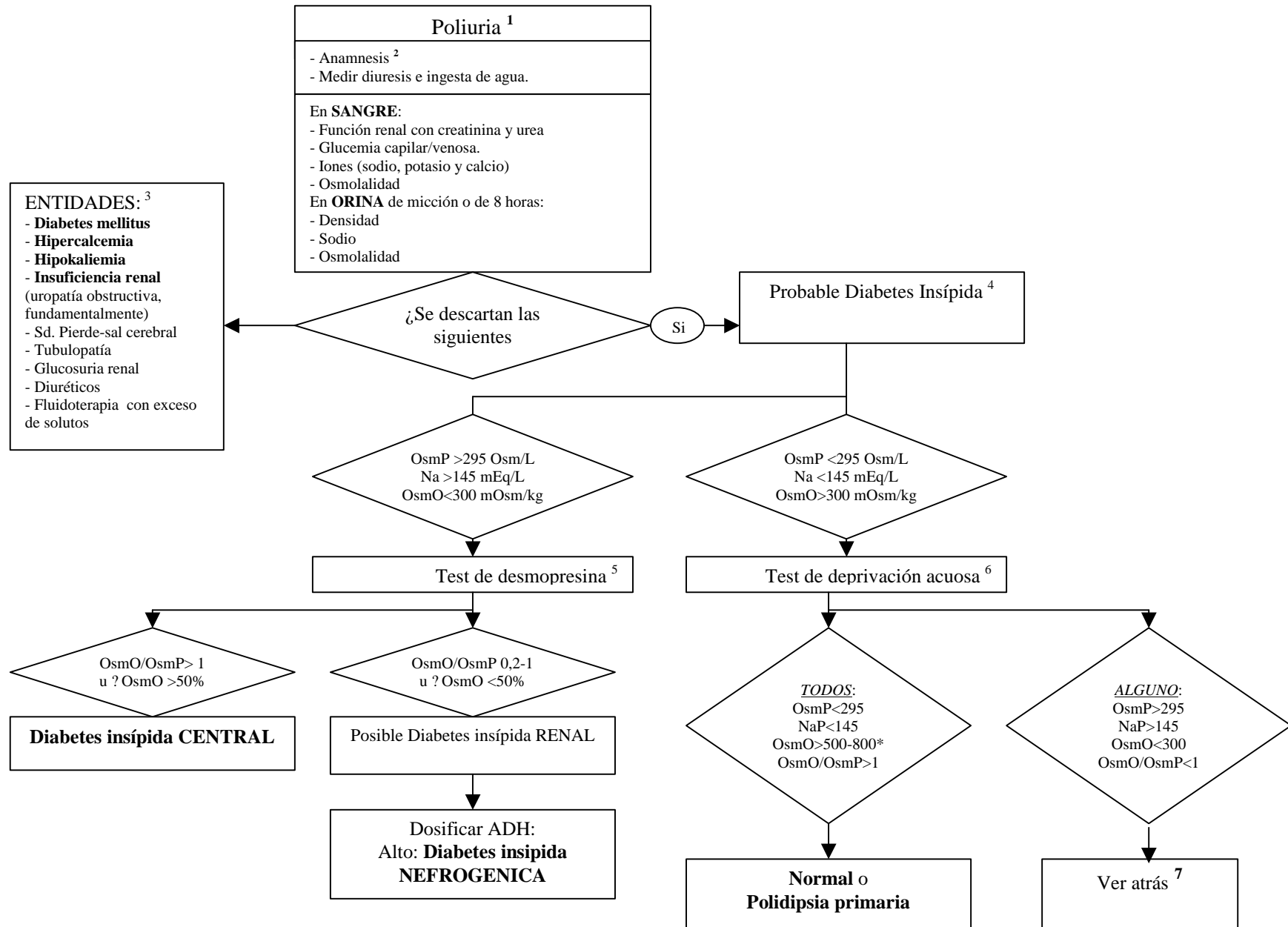


POLIURIA-POLIDIPSIA

Dr. J. Guerrero-Fdez.



NOTAS DEL ALGORIMO:

1. Se define **poliuria** si la diuresis es mayor de **> 4mL/kg/hora** (>2 mL/kg/hora en pacientes de > 40 kg de peso). Para que la medición sea fiable será recomendable medir la diuresis durante 24 horas.
2. Preguntar por antecedentes de neurocirugía, tnos. del SNC (meningitis, TCE, etc), la administración de sueros (con agua o solutos en exceso, tras una cirugía... cursarían sin polidipsia), antecedentes de uropatía obstructiva (sospechar en un neonato) y tratamiento con manitol, diuréticos o medios de contraste. Si el paciente bebe mucho durante el día pero puede conciliar el sueño sin orinar ni beber agua durante > de 6 horas en la noche estaremos muy proba blemente ante una polidipsia primaria.
3. Diagnóstico diferencial más importante de la poliuria:
 - El Sd. pierde-sal cerebral acontece en los trastornos del SNC (cirugía cerebral, TCE de la base, meningitis tuberculosa, encefalitis, tumores, HSA) y cursa con una eliminación excesiva de Na por orina (>120 mEq/L) lo que conlleva deshidratación e hiponatremia importantes que hacen peligrar la vida del niño (por Shock hipovolémico y encefalopatía hiponatrémica). El tratamiento debe hacerse en una UCIP y consiste en la reposición horaria de sodio y agua eliminados por orina (véase protocolo de hiponatremia).
 - Uropatía obstructiva (válvulas de uretra posterior): En estadios avanzados existe fracaso renal poliúrico (confirmar con creatinina y estudios de imagen)
 - Ante glucosuria descartar: Diabetes mellitus (medir glucemia), tubulopatía de Fanconi (glucosuria, fosfaturia y aminoaciduria) y glucosuria renal idiopática (descartando las entidades anteriores)
 - Tubulopatía: Habiendo descartado las demás entidades (empleo de diuréticos, hiperkaliemia, hipocalcemia e yatrogenia), enviar a nefrología.
4. Una densidad urinaria > 1010 y una relación OsmO/OsmP > 1 basales hacen improbable una diabetes insípida.
5. **Test de Desmopresina:**
 - 5.1 Se puede realizar por la mañana tras un periodo de dieta nocturna o a continuación del test de deprivación acuosa.
 - 5.2 Vaciamiento de vejiga y determinación de osmolalidad urinaria.
 - 5.3 Administración de DDAVP intranasal 10 ug en lactantes y 20 ug en niños. Como alternativa: Vasopresina acuosa 0,1 U/kg (IM) o lisina de vasopresina 1 UI/m² IV.
 - 5.4 Medición horaria de osmolalidad urinaria durante las 4 horas siguientes. Si tiene mucha sed se puede reponer en cantidad equivalente a la pérdida con la diuresis
 - 5.5 Los pacientes con polidipsia primaria no podrían responder por lo que el test debería de repetirse tras un test de deprivación acuosa o tras la administración de DDAVP durante 2 -3 días.
6. **Test de Deprivación acuosa:** No realizar si Osmolalidad y sodio séricos mayor de 295 mOsm/kg y 145 mEq/L respectivamente,
 - 6.1 Restricción absoluta de la ingesta líquida durante el estudio con vigilancia médica estricta de control de peso, tensión arterial y diuresis horaria.
 - 6.2 Requiere de estado de hidratación normal.
 - 6.3 Iniciar a las 18:00-20:00 horas en mayores de 1-2 años y a las 06:00-08:00 horas en lactantes.
 - 6.4 Duración: 14 horas en mayores de 1-2 años y 6-8 horas en lactantes.
 - 6.5 Medición basal y cada 2 horas de Osmolalidad y sodio sanguíneo así como osmolalidad urinaria; peso horario.
 - 6.6 Finalizar prueba si se produce alguna de las siguientes eventualidades:
 - Osmolalidad urinaria > 800-850 mOsm/kg o > *500 mOsm/kg en lactantes.
 - Pérdida de peso del 3-5%
 - Estabilización de osmolalidad urinaria.
 - Natremia > 148 mEq/L y/o osmolalidad plasmática > 305 mOsm/kg
 - Sensación de sed irresistible.
7. Continuación del algoritmo:

