

La presente guía de práctica clínica intenta dar respuesta al problema de la ENPM (enuresis nocturna primaria monosintomática) en la infancia. Para ello se estructura en diferentes apartados sobre los que se busca de forma sistemática las pruebas existentes. El grupo de trabajo decidió utilizar la clasificación del Centro de Medicina Basada en la Evidencia de Oxford para graduar la evidencia y el grado de las recomendaciones (Anexo 1).

Prevención

La mayoría de los niños desarrollan una funcionalidad y continencia urinarias normales independientemente del momento y tipo de entrenamiento miccional que se utilice. Sin embargo, si el inicio del entrenamiento de la continencia urinaria se demora o no es adecuado, se prolongan los vaciados incompletos y puede perpetuar esta conducta funcional anormal, quedando predispuestos a infecciones urinarias, micción no coordinada y vejiga hiperactiva [IIc].

Las siguientes actitudes se han mostrado beneficiosas para alcanzar la continencia urinaria diurna más temprana y evitar la micción disfuncional. Aunque se desconoce si también conseguirán adelantar el inicio de la continencia urinaria nocturna, se recomienda [C]:

- Iniciar la enseñanza de la continencia urinaria antes de los 18 meses, quizás cuando consiga con frecuencia no orinarse durante la siesta.
- Uso del orinal o de una taza de váter adaptada en la que el niño apoye bien tanto las nalgas como los pies.
- Sugerir al niño que orine cuando se le vea o suponga deseoso para que lo logre al primer intento. No mantener al niño sentado en el orinal hasta que logre la micción y no insistir en que haga esfuerzo si fracasa el primer intento.
- Ser persistentes en esta educación ya que se logra el objetivo en menos de tres meses. No dispersar los esfuerzos cambiando de técnica continuamente.

Factores asociados

Tabla II

Existe una asociación entre cefalea crónica y enuresis nocturna, aunque ninguno de los estudios que avala esta afirmación es específico de ENPM. Los niños con cefalea crónica (cefalea con tal frecuencia que interfiere con sus actividades diarias durante un período de al menos 6 meses) tienen aproximadamente doble frecuencia de enuresis que los controles (OR = 1,8; IC95% 1,1-2,9) [IIb].

Se recomienda interrogar sobre la existencia de cefalea crónica en niños con enuresis nocturna [B].

A pesar de que se ha descrito que los episodios enuréticos pueden ser la expresión de crisis epilépticas nocturnas, no se ha encontrado evidencia de epilepsia como factor asociado a la enuresis nocturna [IIIb].

Tabla II. Factores asociados a la enuresis nocturna primaria monosintomática

Enuresis nocturna primaria monosintomática	
<p>Se asocia</p> <p>Cefalea crónica [IIb] (OR = 1,8; IC95% 1,1-2,9)*</p> <p>Trastorno de déficit de atención hiperactividad [IIIb] (OR = 6,0; IC95% 2,5-14,3)*</p> <p>Fracasos previos o remitidos al hospital tienen baja autoestima [IIIa]</p> <p>Hiperactividad del detrusor [IV], especialmente en enuresis persistente y fracasos terapéuticos</p>	<p>No se asocia</p> <p>Epilepsia [IIIb]</p> <p>Problemas psicológicos en general [IIb]</p> <p>Trastornos del sueño. Indicios de que les cuesta más despertar [IIIb]</p> <p>Infección urinaria/bacteriuria [IIc]</p> <p>Diabetes mellitus [IV]*</p>
<p>No está bien establecida su asociación</p> <p>Apnea del sueño [IV]*</p> <p>Asma/alergia [IV]*</p> <p>Cafeína</p> <p>Encopresis/estreñimiento [IV]*</p> <p>Diabetes insípida</p> <p>Infestación por oxiuros [IV]*</p>	
<p>* Los estudios evaluados no tratan exclusivamente la ENPM.</p>	

No está justificada la solicitud de un electroencefalograma en la evaluación de la enuresis nocturna **[B]**.

Los niños con trastorno de déficit de atención/hiperactividad (TDAH) que no han sido tratados tienen un riesgo 6 veces mayor de padecer enuresis que los controles (OR = 6,0; IC95% 2,5-14,3). Este riesgo persiste, aunque en menor grado, en un grupo que incluye a niños ya tratados **[IIIb]**.

Dada la alta prevalencia de estas dos entidades y su asociación, clínicamente es importante conocer la coexistencia de TDAH en los niños enuréticos. Por tanto, se deben investigar los síntomas de TDAH en los niños que presentan enuresis **[B]**.

No existe asociación entre problemas psicológicos en general y la ENPM aunque sí con la EN secundaria **[Ib]**. Sin embargo, los niños con ENPM que solicitan tratamiento, han tenido fracasos previos o son remitidos al hospital, tienen baja autoestima **[IIIa]**. El tratamiento de la enuresis mejora la autoestima del niño a corto plazo independientemente del resultado **[Ib]**.

Se recomienda el tratamiento precoz de la enuresis en Atención Primaria para mejorar **[A]** o prevenir la baja autoestima **[D]**.

La ENPM no se asocia con trastornos del sueño, si bien hay indicios de que a estos niños les cuesta más despertar, al menos por estímulos sonoros **[IIIb]**.

Aunque el despertar tiene un papel importante en la patogenia de la enuresis, no se ha encontrado ninguna implicación clínica. No hay que estudiar el patrón del sueño como parte de la historia clínica del niño con enuresis **[B]**.

Se han descrito sólo casos y series de casos de asociación de apnea del sueño y enuresis nocturna **[IV]**. Ninguno evalúa específicamente ENPM. La asociación está demostrada con la enuresis secundaria **[Ib]**.

Se recomienda la obtención de historia de síntomas de apnea obstructiva del sueño en los niños con ENPM, a pesar de que el nivel de evidencia es bajo **[C]**. Siempre se debe descartar en casos de enuresis secundaria **[A]**.

La asociación entre asma/alergia y enuresis no es concluyente. Los estudios existentes son de baja calidad, contradictorios y ninguno específico de ENPM [IV].

No se recomienda investigar la asociación asma/alergia en los niños con ENPM [C].

Aunque nunca se ha estudiado, evitar bebidas con cafeína a última hora de la tarde es una recomendación razonable por su efecto diurético [D].

Así como existe una clara asociación entre el estreñimiento/encopresis y la enuresis secundaria, su relación con la ENPM no está bien establecida [IV].

Valdría la pena investigar en todos los pacientes con enuresis la existencia de estreñimiento pertinaz o encopresis, y, si es así, tratar el estreñimiento antes [C], dada la facilidad del diagnóstico clínico de estreñimiento (menos de 3 deposiciones a la semana) y ante la posibilidad de que haya una relación causal entre éste y la enuresis.

No existen suficientes pruebas que confirmen que la infestación por oxiuros se asocia con la EN [IV].

En el momento actual y en nuestro medio no está justificada la realización de la técnica de Graham ante todo niño con ENPM [C].

La mayoría de protocolos o guías recomiendan descartar la infección urinaria o bacteriuria en los niños con enuresis. Sin embargo, existe evidencia de que la ENPM no se asocia a infección urinaria/bacteriuria [IIc].

En la ENPM se recomienda adoptar la misma actitud frente a la infección urinaria/bacteriuria que en la población general [B].

La diabetes mellitus juvenil no se asocia a la ENPM sino a la enuresis secundaria [IV].

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

No existe evidencia de asociación entre la diabetes insípida y la EN.

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

Existen pruebas de que la hiperactividad vesical se asocia a la ENPM, especialmente a aquellos casos en los que fracasa el tratamiento con desmopresina o alarma [IV].

Se debería evaluar en ensayos clínicos la utilidad de los anticolinérgicos en la ENPM [C].

Diagnóstico

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].

La realización del diario miccional durante al menos 3 días es el método de evaluación de varios parámetros que nos ayudarán a realizar un diagnóstico de

enuresis “monosintomática” con precisión y a valorar factores pronóstico como el VMMD (volumen miccional máximo diurno) [Ia], 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].

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

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].

No se recomienda la realización sistemática de pruebas de cribado para descartar infección urinaria [B], diabetes mellitus [C] o diabetes insípida [B] en los niños con ENPM.

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

Tratamiento conductual simple

Incluye:

- Restricción de líquidos y de bebidas diuréticas al final del día.
- Levantar al niño por la noche.
- Despertarlo programadamente.
- Terapia motivacional con calendarios.
- Entrenamiento para la retención vesical.
- Técnica del corte del chorro.

No existe ningún estudio de calidad que evalúe la eficacia de la terapia conductual simple en la ENPM.

El entrenamiento para la retención vesical no aporta ningún beneficio en la ENPM por lo que no se recomienda en Atención Primaria **[B]**. No existen datos que evalúen la eficacia de la técnica del corte del chorro y, dado que puede predisponer a la micción disfuncional, se desaconseja su uso **[D]**.

A pesar de la ausencia de datos de calidad en la ENPM, la terapia motivacional con calendarios ayuda a ob-

jetivar la situación basal del número de noches mojadas y se puede recomendar antes y junto con otros tratamientos, ya que carece de efectos adversos **[D]**.

Intervenciones conductuales complejas y educativas

Incluyen:

- Entrenamiento de cama seca.
- Entrenamiento en casa de espectro completo.
- Otras alternativas complejas.
- Intervenciones educativas: información en folletos o CD.

No hay datos que demuestren que algunas de las intervenciones conductuales complejas sean eficaces o efectivas **[IIb]**.

La información, aunque es eficaz para que los niños aprendan los conceptos sobre la enuresis, no tiene ningún efecto terapéutico independientemente de si se presenta en la forma en folletos de papel o formato multimedia **[IIIb]**.

Dada la escasa eficacia de las intervenciones complejas y educativas, no se recomienda su utilización en Atención Primaria **[B]**.

Alarma

En la ENPM el tratamiento con alarma es más eficaz que no tratar. El riesgo relativo de conseguir curación, 14 noches secas sin recaída, es 5,56 veces mayor con la alarma que sin ella (RR = 5,56; IC95% 1,54-20,00 y NNT = 3; IC95% 2-8) **[Iib]**.

La alarma es una opción terapéutica para la ENPM si cuentan con una familia motivada y colaboradora **[B]**.

No existe evidencia de ensayos clínicos que comparen los resultados del tratamiento conductual simple o complejo con la alarma en niños que presenten sólo ENPM.

La asociación del tratamiento conductual (entrenamiento de cama seca o entrenamiento para la retención vesical) a la alarma no ofrece ventajas al tratamiento con alarma sólo **[Iib]**.

No existen ensayos clínicos que evalúen la asociación de alarma con otras técnicas de tratamiento conductual simple o complejo en niños con ENPM.

No se recomienda asociar las técnicas de entrenamiento de retención vesical o entrenamiento de cama seca al tratamiento con alarma **[B]**.

A pesar de que no se ha evaluado específicamente en niños con ENPM, la técnica de refuerzo (prolongar el tratamiento administrando líquidos extra antes de acostarse una vez conseguido el objetivo terapéutico) disminuye la tasa de recaídas en niños con enuresis nocturna **[Ia]**.

La técnica de refuerzo debería recomendarse antes de finalizar el tratamiento con la alarma en niños con ENPM **[B]**.

Se recomienda cambiar de actitud terapéutica si, una vez iniciado el tratamiento con alarma, el niño nunca logra despertarse **[C]**. Recomendamos evaluar esta respuesta durante un período mínimo de un mes **[D]**.

No existe suficiente evidencia para decidir que una alarma sea mejor que otra en niños con ENPM **[Ib]**.

Las alarmas portátiles actuales son seguras y bien toleradas **[Ia]**.

Desmopresina

Cuando el objetivo es la sequedad completa, el análisis combinado de dos estudios mostró que en niños muy mo-

jadores (más de 3 noches mojadas por semana), la dosis de 0,4 mg conseguía 14 noches secas consecutivas con una probabilidad 1,14 veces mayor que el placebo (RR = 1,14; IC95% 1,05-1,23) **[Ib]**.

El tratamiento farmacológico con desmopresina es una opción terapéutica en la ENPM **[B]**.

Los datos de dosis/respuesta no muestran diferencias en la reducción de noches mojadas entre las dosis de 20 µg y 40 µg vía intranasal **[Ib]**; en cambio con la vía oral esta reducción es dosis-dependiente **[Ib]**.

Si el objetivo es conseguir el éxito inicial (14 noches secas consecutivas), no existen diferencias entre las dosis orales de 0,2, 0,4 y 0,6 mg **[Ib]**, si bien el tamaño muestral de los estudios es insuficiente para confirmar diferencias de efectos entre las dosis.

Ante el desconocimiento de la dosis más adecuada de desmopresina, tanto con la vía oral como con la intranasal, se recomienda individualizar el tratamiento a la mínima dosis eficaz (0,2-0,4 mg para la vía oral y 10-40

µg para la intranasal). Existen dos tendencias: iniciar el tratamiento con la mínima dosis y aumentarla si la respuesta es insuficiente, o comenzar directamente con la dosis mayor, que se puede disminuir posteriormente, aunque no hay datos que orienten a cuándo hacerlo **[D]**.

Se recomienda administrar la desmopresina intranasal al acostarse. Debido a que la desmopresina oral inicia su acción a los 30 minutos, se recomienda administrarla 30 minutos antes de realizar la última micción y acostarse **[D]**.

A pesar de que los estudios que comparan la vía oral con la intranasal no tienen suficiente potencia para confirmar la equivalencia entre ambas vías, en clínica y en investigación se usa la vía oral a dosis de 0,2-0,4 mg como equivalente a la vía intranasal a dosis de 20 µg **[Ib]**.

En un estudio comparativo con alarma ya se observa efecto de la desmopresina en la primera semana de tratamiento **[Ib]**; sin embargo, el efecto máximo de reducción de noches mojadas se observa a la 4.^a semana **[Ib]**.

La desmopresina es un fármaco seguro tanto a corto como a largo plazo. Los

efectos adversos se presentan con poca frecuencia y son menores cuando se utiliza la vía oral **[Ia]**.

Para prevenir la intoxicación acuosa se aconseja restringir la ingesta líquida nocturna a no más de 240 ml (1 vaso de agua) cada noche que se administre la desmopresina, desde 1 hora antes hasta 8 horas después de la toma **[D]**.

Sin tener en cuenta estudios de coste-efectividad, se recomienda la vía oral, por su mayor seguridad **[A]** y comodidad de administración, que mejora el cumplimiento **[D]**.

Prolongar el tratamiento con desmopresina más de 1 mes no mejora los resultados de sequedad completa o curación **[IIb]**. Se ha observado una eficacia mantenida sin efectos secundarios durante tratamientos prologados hasta 5-7 años **[IIb]**.

Si el objetivo es la curación, se debe iniciar la retirada al mes de conseguir el éxito inicial **[B]**. En tratamientos prolongados se recomienda retirarlos

periódicamente durante 1-2 semanas para reevaluación **[D]**.

Al retirar bruscamente el tratamiento con desmopresina en niños con enuresis, la recaída es habitual **[Ia]**.

No se recomienda la interrupción brusca de un tratamiento con buena respuesta a la desmopresina **[B]**.

No existen estudios de calidad que demuestren que una retirada progresiva a dosis decreciente logre evitar las recaídas.

Un esquema de retirada estructurada (progresiva intermitente a dosis completas) consigue una curación sin recidiva en más de la mitad de los pacientes que habían recidivado previamente sin este esquema **[IIb]**.

Se recomienda usar el esquema de retirada intermitente (a dosis completas) en la finalización del tratamiento con desmopresina **[B]**.

Asociación con otros tratamientos

La asociación de desmopresina a la alarma no ofrece ninguna ventaja a largo plazo, aunque inicialmente esta aso-

ciación consigue mayor número de noches secas [Ib].

Salvo en situaciones en las que intese conseguir mayor sequedad al inicio del tratamiento, de forma rutinaria no se recomienda la asociación de desmopresina y alarma [A].

En el caso de niños que mojen más de una vez cada noche, podría recomendarse el uso de desmopresina con el objetivo de reducir el número de micciones nocturnas a una sola, para hacer más tolerable el tratamiento con la alarma [D].

La asociación de desmopresina y anticolinérgicos podría obtener un mejor

porcentaje de respuesta que la monoterapia con desmopresina, especialmente en pacientes con fracaso previo de tratamiento [IV].

No existe suficiente evidencia para recomendar la asociación de anticolinérgicos, aunque podría ser una alternativa de tratamiento ante fracasos terapéuticos [D].

Actitud ante el fracaso con desmopresina. ¿Asociar o cambiar a la alarma?

En los niños con ENPM que no responden inicialmente (en 1-2 meses) a desmopresina, la asociación de alarma a este tratamiento no ofrece mejores re-

Tabla III. Ventajas e inconvenientes de las diferentes opciones terapéuticas

	Ventajas	Inconvenientes
Tratamiento conductual simple	<ul style="list-style-type: none"> – Fácil de implementar. – Seguro. – Mejora la motivación y es complementario a otros tratamientos. 	<ul style="list-style-type: none"> – Baja tasa de curación.
Alarma	<ul style="list-style-type: none"> – Baja tasa de recaídas. – Seguridad. 	<ul style="list-style-type: none"> – Respuesta lenta. – Precisa la colaboración del niño y su familia. – No es reembolsable por el Servicio de Salud.
Desmopresina	<ul style="list-style-type: none"> – Respuesta rápida. – No exige colaboración del niño ni del familiar. – Reembolsable por el Servicio de Salud. – Seguridad. 	<ul style="list-style-type: none"> – Elevada tasa de recaídas. – Restricción líquidos al final del día.

sultados a largo plazo (4 meses) que el tratamiento sólo con alarma **[Ib]**.

Se recomienda no asociar alarma a desmopresina en niños que no han respondido a la desmopresina **[A]**.

Cuando el objetivo del tratamiento sea la sequedad a corto plazo, se recomienda usar desmopresina y no alarma **[A]**. Si el objetivo es mantener la sequedad sin recaídas al finalizar el tratamiento, la alarma ofrece ventajas frente a la desmopresina **[A]**.

Ventajas e inconvenientes de los diferentes tratamientos

(Tabla III)

En niños con ENPM la desmopresina es más rápida y eficaz que la alarma a corto plazo (1 semana) **[Ib]**. A largo plazo (3-6 meses) ambos tratamientos son igualmente eficaces mientras dura el tratamiento **[Ia]**. En cambio, al suspender el tratamiento las recaídas son menores con la alarma **[Ib]**.

Factores pronóstico de respuesta al tratamiento

(Tablas IV y V).

El tratamiento con alarma exige gran esfuerzo y colaboración del niño y su familia. La preocupación y motivación de los padres o el niño por la enuresis son factores de buen pronóstico para instaurar un tratamiento con alarma, mientras que la intolerancia de los pa-

Tabla IV. Factores pronóstico del tratamiento con alarma

Favorables	Desfavorables
<ul style="list-style-type: none"> - Motivación (preocupación padres y niño) [Ib] - Frecuencia elevada de noches mojadas/semana [IIa] 	<ul style="list-style-type: none"> - Intolerancia de los padres con la enuresis [Ib] - Volumen miccional máximo diario < 45% [IV] - Situación estresante del niño y familia o trastorno psiquiátrico en el niño [Ib] - Trastorno de déficit atención hiperactividad [IIb]
No influyen	
<ul style="list-style-type: none"> - Sexo [Ib] - Edad [Ib] - Tratamientos previos [Ib] 	<ul style="list-style-type: none"> - Factores demográficos [Ib] - Clase social [Ib] - Efectos arquitectónicos adversos en la casa [Ib]

Tabla V. Factores pronóstico del tratamiento con desmopresina

Favorables	Desfavorables
<ul style="list-style-type: none"> - Frecuencia baja de noches mojadas/semana [Ib] 	<ul style="list-style-type: none"> - Volumen miccional máximo diurno $\leq 75\%$ [Ib] - Errores en copia o reproducción de figura Rey-Osterrieth [Ic] - Hipercalciuria nocturna [IV]
No influyen	
<ul style="list-style-type: none"> - Sexo [Ib] - Historia familiar de enuresis [Ib] - Motivación (preocupación padres y niño) [Ib] - Intolerancia de los padres con la enuresis [Ib] - Número de episodios enuréticos por noche [Ib] 	<ul style="list-style-type: none"> - Trastorno de déficit atención hiperactividad [IIb] - Tratamientos previos [Ib] - Factores demográficos [Ib] - Osmolaridad urinaria [Ib]

dres predice una alta tasa de abandonos con alarma pero no influye en el tratamiento farmacológico [Ib].

Se recomienda no instaurar tratamiento con alarma si se detecta una escasa motivación familiar o del niño [B]. En este caso el tratamiento con desmopresina es de elección [B].

No existen estudios de factores pronóstico para otros tratamientos conductuales diferentes de la alarma.

En general se puede afirmar que los tratamientos previos para la enuresis no influyen en la respuesta a un nuevo tratamiento instaurado con alarma o desmopresina. No obstante, los trabajos

que evalúan este factor no informan sobre la cumplimentación de los tratamientos previos, su duración, ni del tiempo que hace que finalizaron, por lo que hay que ser prudente al interpretar estos datos [Ib].

La frecuencia elevada de noches mojadas/semana es un factor pronóstico de buena respuesta al tratamiento con alarma [IIa].

La alarma es una buena opción terapéutica cuando existe buena motivación y la frecuencia de noches mojadas es elevada [B]. Con los datos publicados no se puede establecer el número que define "frecuencia elevada de noches mojadas", pero se ha

observado que a mayor número de noches mojadas mejor es la respuesta.

Al contrario de lo que ocurría con la alarma, un menor número de noches mojadas antes de iniciar el tratamiento es un factor de buen pronóstico para el tratamiento con desmopresina **[Ib]**.

Los niños pequeños (6-7 años) con ENPM poco mojadores (1-2 veces/semana) tienen una excelente respuesta a la desmopresina **[Iib]**.

La desmopresina es una buena opción terapéutica cuando la frecuencia de noches mojadas es baja **[B]**, incluso en niños pequeños **[B]**.

No existen estudios que evalúen el factor de número de episodios por noche para el tratamiento con alarma. El número de episodios enuréticos por noche no influye en el tratamiento con desmopresina **[Ib]**.

El VMMD < 45% del predicho para su edad según la fórmula de Koff, VMMD teórico en ml = (edad en años + 2) x 30, es un factor de mal pronóstico para el tratamiento con alarma **[IV]**.

Cuando el VMMD es \leq 75 % del predicho para su edad, la probabilidad de

respuesta a la desmopresina es 3,54 veces menor (RR = 3,54; (IC95% 1,81-6,90)) **[Iib]**.

Se recomienda la determinación del VMMD mediante la realización de diarios miccionales **[A]**, no tratar con desmopresina a aquellos niños con VMMD menor del 75% del calculado por la fórmula de Koff **[B]** y remitir al urólogo si dicho volumen es menor del 45% **[C]** ya que es un factor de mal pronóstico de respuesta a ambos tratamientos: desmopresina y alarma.

Situaciones estresantes en el niño o en su familia, el retraso en el desarrollo y algún problema psiquiátrico en el niño son factores pronóstico de mala respuesta al tratamiento con alarma **[Ib]**.

El TDAH se comporta como factor de mal pronóstico para el tratamiento con alarma; sin embargo, no influye en el tratamiento farmacológico **[Iib]**.

En los niños con enuresis y sospecha o diagnóstico de TDAH o algún trastorno psiquiátrico se recomienda iniciar el tratamiento con desmopresina y no con alarma **[B]**.

La observación de errores al realizar la prueba de la figura de Rey-Osterrieth se comporta como factor de mal pronóstico de respuesta a la desmopresina; dos o más errores entre la copia y la reproducción memorística (RR de éxito = 0,35; IC95% 0,20-0,61) o más de un error cuando se realiza sólo la reproducción memorística (RR de éxito = 0,44; IC95% 0,29-0,66) **[Ic]**.

Dada la complejidad de la prueba (exigencia de tiempo para su realización y dificultad de interpretación) no consideramos que sea útil en clínica y, por lo tanto, no recomendamos su uso en Atención Primaria **[D]**.