

UCSF Pediatric Urology
Material de Informacion Para el Nino y la Familia

Enuresis

Que sabemos y que debe usted saber

La demora en lograr el control para orinar durante se duerme, es un problema muy común durante la niñez. Esto, frecuentemente mueve a los padres a buscar evaluación y atención de proveedores del cuidado de la salud. La enuresis nocturna persistente (orinarse en la cama) es el problema más común del control de la vejiga durante la niñez. La enuresis nocturna es usualmente definida como la micción involuntaria, o escape de orina durante se duerme, después de los 5 años de edad. Este problema se encuentra en grupos de la familia. Si los padres, o uno de los padres tuvo problemas de orinarse en la cama, en los hijos, existe la gran posibilidad de que tengan problemas similares. Y es más común en los varones.

El 15% de niños de 5 años, y el 10% de niños de 6 años, experimentan enuresis. A medida que los niños van creciendo, se sabe que hay una reducción gradual en el número de niños quienes se mojan, a una medida del 15% al año.

Causa

La causa por la cual la enuresis no es conocida. Hace 20 o 30 años atrás, se creía de que la enuresis era el resultado de problemas psicológicos, pero hoy en día, éste no es el caso en la mayoría de niños.

Existen varias teorías:

1. Muchos doctores presienten de que la dificultad está en el desarrollo retrasado de la madurez de la vejiga. Estos niños simplemente necesitan más tiempo, para que su vejiga se desarrolle completamente. Así como unos niños hablan y caminan antes que otros niños de su misma edad, el control de la vejiga puede tener enormes variaciones. Ya que ocurren resoluciones espontaneas sobre el orinarse en la cama a medida de que el niño crece, esto refuerza la teoria del retraso del desarrollo.

2. En algunas niños la producción inadecuada de una hormona que disminuye la producción de orina durante se duerme puede ser la causa. Esta hormona se llama hormona antidiurética (HAD), que ocurre en todos nosotros y es responsable de concentrar la orina en caso de deshidratación. Esta hormona no está relacionada con las hormonas sexuales. La secreción de ésta hormona es normalmente más alta por la noche.

3. Todo lo contrario a la creencia popular, investigaciones clínicas han demostrado de que los niños que padecen de enuresis, no tienen una forma anormal de dormir.

Una causa física para la enuresis es inusual en aquellos niños quienes:

1. Se orinan unicamente mientras duermen
2. Nunca han tenido infección del canal urinario
3. Orinan normalmente durante el día

Una causa física para la enuresis puede estar presente en niños quienes:

1. Se orinan en el día y en la noche
2. Tienen infección del canal urinario
3. Tienen problemas de controlar la evacuación fecal

Como sea, si el niño está mojandose durante el día y la noche, es importante determinar de que nó está presente una infección,

determinar si el niño alguna vez estuvo seco, y finalmente asesorar al niño completamente. En éstos niños puede que se recomiende rayos X y análisis de laboratorio, para determinar la presencia de algún problema en la anatomía. El manejo de éste grupo de niños varía de algunas formas, en aquellos quienes se mojan únicamente de noche. Por lo tanto, ésta situación será discutida en otro folleto.

Evaluación

La evaluación de los niños con enuresis se hace en calidad de paciente de fuera. Durante la consulta inicial se tomará cuidadosamente una historia médica, en la cual se incluirá una serie de preguntas concernientes a la: enuresis de sus padres, hermanos, previos problemas del canal urinario, establecer el entrenamiento para aprender a ir al baño por sí solo, y el control de no mojarse durante el día. El exámen físico incluirá la examinación del abdomen y la genitalia, también se incluirá un exámen neurológico de las piernas y el perineo, para determinar la sensación y el desarrollo adecuado del sistema nervioso. La inspección de la parta baja de la espalda, es hecha para detectar anomalías que pudieran sugerir el maldesarrollo de la espina dorsal.

Si el niño que se orina en la cama por la noche, se presenta en todos los aspectos completamente normal, por ejemplo, historia médica normal, un exámen físico normal, y un análisis de orina normal, quiere decir que no necesitará de más exámenes.

Manejo

El manejo de la enuresis no es una ciencia exácta. Además, ya que la enuresis nocturna es muy común hasta los 6 años de edad, es muy difícil justificar el tratamiento para éste grupo, de ésta edad. Por lo tanto, el tratamiento no es generalmente recomendado para niños **menores de 6 años de edad**. A cualquier edad, las decisiones concernientes al tratamiento deben ser consideradas hasta el punto que éste problema le afecta al niño, y el aspecto

social del desarrollo del niño. Muchos niños pequeños y sus padres, serán mejor servidos al asegurarles de que no existe más anomalía física, que una terapia costosa y con incierta eficacia.

El tratamiento puede consistir en el consumo de algunas drogas, la modificación en el comportamiento, o, casi siempre la combinación de los dos enfoques.

Terapia por medio de drogas: No hay medicina que cure enuresis

El uso de ciertos medicamentos en el tratamiento es puramente sintomático. Cuando se discontinúa el medicamento, la enuresis regresará usualmente, a no ser de que el niño haya parado de enuresis naturalmente, en este tiempo.

Las dos drogas, que comúnmente se usan son **Tofranil** (Imipramine) y **DDAVP** (Desmopressin acetate).

1. **Tofranil** (Imipramine). Esta fue la primera droga introducida para el tratamiento de la enuresis. El efecto específico no es conocido todavía. Se sabe que la imipramine relaja el músculo de la vejiga y también aligera el sueño. El exitoso resultado con esta droga, no parece aminorar la duración del problema de mojarse. La droga le favorece al niño, únicamente en la noche que se toma, pero la cesación de la enuresis aún requiere de la madurez neurofísica y finalmente la resolución espontánea que hubiera ocurrido sin el uso de la imipramine.

Algunas de las **características** están enlistadas a continuación:

- a. Generalmente se usa en niños de 6 años de edad o más
- b. No está disponible en líquido, no más viene en capsulas o tabletas

La dosis para 7-8 años de edad es: 25 mg suministrada una hora antes de ir a la cama

La dosis para 9 años de edad es: 50 mg - 75mg suministrada una hora antes de ir a la cama

- c. La medida de éxito documentada solo del 10% al 15%
- d. Los efectos máximos adquiridos en pocos días
- e. La medida de recaída es alta cuando se descontinúa la droga
- f. Los efectos secundarios incluyen: Ansiedad, irritabilidad, insomnio, pérdida de apetito y mal genio
- g. Sobredosis: irregularidades cardíacas, convulsiones
- h. Relativamente barato

Dosis terapéuticas para enuresis no causan irregularidades cardíacas. Un adulto debe suministrar la imipramine a un niño personalmente y además debe guardarse fuera del alcance de los niños.

2. **DDAVP** (Desmopressin acetate). Esta droga imita la hormona natural que actúa en el riñón, para conservar el agua en el cuerpo y concentrar la orina.

Algunas **características** del DDAVP están enlistadas a continuación:

- a. Promueve la reabsorción del agua, que resulta obtener más orina concentrada, y disminuye la producción de orina durante se duerme
- b. Se recomienda generalmente en niños que pasan de los 6 años de edad
- c. Esta droga se consigue únicamente en forma de inhalador nasal
- d. La máxima duración del tratamiento, no se sabe
- e. Mejoría significativa - del 25% al 65% de niños que están bajo el tratamiento de DDAVP
- f. Completa sequedad - del 12% al 40% de niños que están bajo el tratamiento de DDAVP
- g. Los efectos secundarios son mínimos
- h. Su eficacia disminuye en niños que sufren de repetidas infecciones respiratorias y alergias

- i. Es costoso
- j. La recaída después de discontinuar el uso, es alta aproximadamente el 80%
- k. La dosis inicial de 20 ug (una inhalación en cada ternilla) a la hora de ir a la cama y después de que el niño desocupó su vejiga
- l. Si no responde, entonces aumente la dosis a una inhalación extra por semana
- m. La dosis máxima 40 ug (dos inhalaciones en cada ternilla a la hora de ir a la cama)
- n. Si responde con éxito al tratamiento, entonces use de 3 a 4 meses y vaya rebajando la dosis gradualmente en el periodo de varias semanas

DDAVP es muy sano y usualmente efectivo. Es muy importante de que ésta droga sea usada solo a la hora de ir a la cama para reducir el peligro del sobrecargo de líquidos y anomalías electrolíticas. Es una droga que es bueno tenerla para cuando se va a dormir en otro lado o cuando se va de vacaciones, etc. A pesar de que es costosa, no garantiza curación. Nuestra proposición para el tratamiento, consiste en que un niño que padece de enuresis primero sea sometido a un tratamiento a prueba de DDAVP. La ventaja de un tratamiento experimental de DDAVP le provee al niño con la seguridad de sequedad, momentos en los cuales el mojar la cama, resultaría particularmente inconveniente y traumático. Después de una secuencia experimental de DDAVP, es recomendado que los padres consideren otra secuencia de DDAVP, pero ésta vez incluir una unidad de modificación de comportamiento. El uso intermitente de DDAVP en conjunto con un programa de re-entrenamiento y modificación de ó es casi siempre efectivo y le da a su niño un gran sentido de auto-confidencia, mientras se esfuerza por obtener una curación que sea libre de la dependencia de drogas.

Modificación de Comportamiento

Aún que se han usado diferentes tácticas para tratar la enuresis incluso la modificación de mero de comportamiento, hasta aquí la más efectiva ha sido el uso de los equipos de alarma. La unidad de alarma está diseñada para que despierte al niño cuando el/ella empieza a mojarse. Las pequeñas unidades son de auto-contención y se usan en el hombro o en la muñeca y puede activarse, al cocer o pegar un pequeño electrodo directamente en la prenda interior de su niño. Hoy en día existen dos clases en el mercado: Un tipo emite ruido y el otro genera una sensación de vibración.

La alarma tradicional emite un sonido cuando presiente que su niño se ha orinado.

Este método en las dos clasificaciones es barato y requiere mucha paciencia. La causa mayor que contribuye al fracaso es la manera pobre de enforzar el cumplimiento tanto por parte del niño como de los padres. Se debe poner énfasis y es muy importante reconocer de que ésta es una terapia verdaderamente familiar y que los padres deben estar dispuestos a aceptar la responsabilidad de supervisar la terapia condicional. Cuando ésta terapia se pone en practica rígidamente, una escala del 70% al 80% de niños lograrán finalmente que el control urinario de noche haya mejorado, apesar de que esto puede tomar de 2 a 6 meses para demostrar su efectividad. Los mayores problemas asociados con el condicionamiento, es el tiempo que toma para demostrar una respuesta adecuada, la desorganización de los patrones de dormir de la familia y el hecho de que algunos niños reaccionan de una forma perezosa a la unidad de alarma.

El objetivo de la terapia de condicionamiento consiste en despertar repetidamente al niño, justo en el momento que empieza el episodio de mojar, esto a su vez condiciona al niño a reconocer el deseo de orinar cuando va a ocurrir, y conseqüentemente enseña al niño a inhibir el reflejo de vaciar la orina. Por lo tanto, es esencial

que durante las primeras semanas, los padres despierten al niño adecuadamente cuando suene la alarma.

La medida de recaer puede llegar tan alto como el 35% varios meses después de que los niños descontinuaron el uso de la alarma, pero los niños pueden ser tratados nuevamente por un corto período de tiempo. Otras técnicas de aprendizaje pueden ayudar a reducir la recaída. Esto puede incluir el aumento del consumo de líquidos durante el día, y el uso continuo de la alarma una vez el niño se haya secado.

Los métodos a los cuales muy a menudo recurren los padres antes de obtener atención médica, son por ejemplo: límite en el consumo de líquidos antes de ir a la cama, levantar al niño sin proyectar estrategias así como premio o castigo son generalmente inefectivos. El tratamiento para la enuresis puede resultar tardío y frustrante. De ninguna manera se puede asegurar el éxito. Pero finalmente, todos los niños que sufren de enuresis simple paran espontáneamente con el crecimiento.

Contact Information:

Laurence S. Baskin, MD

<http://urology.ucsf.edu/people/laurence-s-baskin#>

Hillary Copp, MD, MS

<http://urology.ucsf.edu/people/hillary-l-copp>

Michael DiSandro, MD

<http://urology.ucsf.edu/people/michael-j-disandro>

Appointments & Location

Mission Bay Benioff Children's Hospital (Surgical Admissions)

1975 4th Street

San Francisco, CA 94143

[415.353.2200](tel:415.353.2200) (Phone)

[415.353.2480](tel:415.353.2480) (Fax)

Children's Hospital & Research Center Oakland

747 52nd Street Ambulatory Care 4th

Oakland, CA 94609

[510.428.3402](tel:510.428.3402) (Phone)

PEDIATRIC NURSE PRACTITIONERS

Anne Arnhym, CPNP

Certified Pediatric Nurse Practitioner

Anne.Arnhym@ucsf.edu

Angelique Champeau, CPNP

Certified Pediatric Nurse Practitioner

Angelique.Champeau@ucsf.edu