

Accidental wetting or urination during the daytime is common among young children, particularly as they begin toilet training. We start seeing children in our VIP Clinic if they have persisting daytime problems after reaching age 5.

WHAT CAUSES ACCIDENTAL WETTING DURING THE DAYTIME?

There are many causes of daytime wetting – a simple infection, a weakness of the pelvic muscles or a child holding their urine for too long and then losing control. Less common causes are structural problems in the urinary tract or problems caused by the brain and nervous system.

TYPES & SYMPTOMS

Urge Incontinence: This is caused by an over active bladder or bladder muscles contracting uncontrollably. A child often demonstrates urgency, frequency, holding maneuvers and wets on the way to the restroom.

Dysfunctional Voiding: This happens when the bladder and sphincter holding the urine aren't working together. The child usually has an interrupted ("staccato") flow and urine left in the bladder after voiding.

Underactive Bladder: This can happen when a child continually postpones urinating and ignoring the urge to go. This can leave urine in the bladder which can be harmful over long periods of time.

Detrusor-sphincter Dyssnergy: An severe form of dysfunctional voiding, this can lead to bladder and upper urinary tract problems. Symptoms include urine left in the bladder, bladder wall thickening and sometimes extra fluid in the kidneys.

Giggle Incontinence: This is urine leakage associated only with laughter.

Vaginal Voiding: This happens when urine backflows into the vagina during urination. When the child stands, this urine dribbles into their underwear giving the sensation of "wetness". These children complain of wetness after using the bathroom.

Often children with daytime wetting have other symptoms such as constipation, bladder spasms and abdominal pain.

DIAGNOSIS & TESTS

Obtaining an accurate and thorough history is the main way a diagnosis is made. Your provider will ask questions covering topics such as an elimination history, fluid intake and social history. The physical exam includes examination of the abdomen and external genitalia, and an inspection of the lower back for abnormalities that may suggest underlying neurologic problems. A child's urine is tested in the office on the day of the appointment. Additional tests to learn about urine flow may be performed. Sometimes, an ultrasound or abdominal X-ray is ordered. On return visits, additional tests to learn about urine flow may be performed.

TREATMENT & CARE

Treatment begins with conservative management and behavioral modification. This includes:

- Urinating every 2-3 hours during the day on a schedule
- Treating any constipation if present, often using fiber supplements
- Avoiding drinks which irritate the bladder; such as caffeinated, carbonated and citrus drinks
- Posture and relaxing techniques
- Hydration
- Management of genital or pelvic area skin irritation

For children who do not respond to conservative management, prescription medication is available. These medications can help stabilize the bladder; prevent recurrent UTIs and relieve constipation.

LIVING & MANAGING

A high degree of motivation on the part of both the child and family is key to successful management. Treating daytime wetting is an ongoing process that requires a great deal of time and effort. Positive reinforcement should be a mainstay of treatment, as there is no role for punishment. There is a spontaneous cure rate of daytime wetting of about 15%. Twenty percent of children will achieve dryness through behavior changes alone.

REFERENCES & SOURCES

Baskin, L. and Kogan, B. and Duckett, J. Handbook of Pediatric Urology. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1997.
Zderic, S. and Kirk, J. Pediatric Urology for the Primary Care Provider. Slack Incorporated; 2009.

Micción Accidental Durante el Día (Enuresis Diurna)

Hacerse pipí u orinarse de manera accidental durante el día es algo común entre los niños pequeños, en particular cuando comienzan a aprender a ir al baño. Sin embargo, en la Clínica VIP se considera necesario atenderse si esto persiste después de los 5 años.

¿QUÉ PROVOCA LA ENURESIS DIURNA? Existen muchas causas por las que los niños se hacen pipí durante el día. Puede tratarse de una simple infección, de debilidad en los músculos pélvicos o de que un niño simplemente no puede aguantarse demasiado tiempo y entonces pierde el control. Algunas causas menos frecuentes son problemas estructurales en las vías urinarias o causas neurológicas del cerebro y el sistema nervioso.

TIPOS Y SÍNTOMAS Incontinencia urinaria: Es provocada por la hiperactividad de la vejiga o por la contracción incontrolada de los músculos de la vejiga. A menudo los niños muestran una necesidad urgente de orinar, orinan con mayor frecuencia, hacen intentos por aguantarse y se orinan camino al baño.

Micción disfuncional: Ocurre cuando la vejiga y el esfínter que retiene la orina no se sincronizan bien. Por lo general, el niño presenta un flujo interrumpido (o entrecortado) y queda orina en la vejiga después de ir al baño.

Vejiga hipoactiva: Se produce cuando un niño pospone continuamente el ir al baño e ignora la necesidad de ir. Esto puede provocar que quede orina en la vejiga, lo que puede ser dañino en periodos prolongados.

Disinergia vesicoesfinteriana: Se trata de una forma extrema de micción disfuncional que puede conducir a problemas de la vejiga y las vías urinarias superiores. Algunos síntomas incluyen que quede orina en la vejiga, engrosamiento de la pared de la vejiga e incluso acumulación de líquido en los riñones.

Incontinencia por risa: Se trata de una fuga de orina asociada únicamente con la risa.

Micción vaginal: Se produce cuando la orina regresa a la vagina durante la micción; luego, cuando la niña se levanta, la orina escurre hacia su ropa interior y tiene la sensación de "haberse hecho pipí." Las niñas se quejan de estar mojadas luego de ir al baño.

A menudo los niños con enuresis diurna tienen otros síntomas, como estreñimiento, espasmos en la vejiga y dolor abdominal.

DIAGNÓSTICO Y PRUEBAS La obtención de antecedentes precisos y detallados es la principal forma de realizar un diagnóstico. Su proveedor le hará preguntas para cubrir temas como antecedentes de evacuación, ingesta de líquidos y antecedentes sociales. El examen físico incluye una exploración del abdomen y los genitales externos, así como una inspección de la espalda baja en busca de anomalías que pudieran sugerir problemas neurológicos subyacentes. La orina del niño se analiza en el consultorio el día de la cita. En algunas ocasiones se solicita una ecografía o una radiografía abdominal. En las visitas de seguimiento es posible que se realicen pruebas adicionales para conocer el flujo de orina del niño.

TRATAMIENTO Y ATENCIÓN En un inicio, el tratamiento comienza con un manejo conservador y cambios en el comportamiento. Esto incluye:

- Orinar cada 2 a 3 horas durante el día conforme a un programa
- Tratar cualquier estreñimiento presente, a menudo usando suplementos de fibra
- Evitar las bebidas que irriten la vejiga, como las cafeinadas, las carbonatadas y las cítricas
- Técnicas de relajación y postura
- Hidratación
- Control de la irritación en la piel del área perineal o pélvica

Para los niños que no respondan al manejo conservador, existen opciones de medicamentos recetados. Estos incluyen medicamentos que ayudan a estabilizar la vejiga, antibióticos diarios de baja dosis que ayudan a prevenir las infecciones urinarias recurrentes y medicamentos que ayudan a aliviar el estreñimiento.

CAMBIOS EN EL COMPORTAMIENTO Para que el control sea satisfactorio es fundamental que tanto el niño como la familia estén muy motivados. Evitar la enuresis diurna es un proceso continuo que requiere mucho tiempo y esfuerzo. El refuerzo positivo debe ser uno de los pilares principales del tratamiento, ya que no hay cabida para el castigo. El índice de curación espontánea de la enuresis diurna es de aproximadamente 15%. El 20% de los niños se mantienen secos solo con realizar cambios en su conducta.

REFERENCIAS Y FUENTES

Baskin, L. y Kogan, B. y Duckett, J. Handbook of Pediatric Urology. Filadelfia: Lippincott-Raven; 1997.
Zderic, S. y Kirk, J. Pediatric Urology for the Primary Care Provider: Slack Incorporated; 2009.