

Control de esfínteres, trastornos miccionales y enuresis

Coordinación Científica y Salud Pública SURA. Octubre 2020.

Los conceptos y recomendaciones establecidos pretenden orientar la atención de los pacientes, sin embargo, todo usuario deberá tener un manejo individualizado de acuerdo con sus condiciones particulares.

Para la elaboración se consultaron fuentes bibliográficas confiables, con el objetivo de proveer información completa y generalmente acorde con los estándares aceptados en el momento de la edición. Dada la continua evolución de las tendencias médicas y normativas, en cualquier momento pueden surgir cambios.

Control de esfínteres

La edad ideal para lograr el control de esfínteres es de 18 meses a 3 años, esta depende además de la adquisición de destrezas como reconocer el deseo de ir al baño, esperar y aguantar hasta lograr llegar al baño y sentarse el tiempo necesario. Lograrlo antes de los 18 meses puede asociarse con regresión en el control de esfínteres más adelante.

Los logros del neurodesarrollo que explican porque se debe empezar después de los 18 meses son:

- A los 12 meses saben que existe la bacinilla así no la vean.
- A los 2 años tienen conciencia corporal: se quitan el pañal, la ropa les estorba y muestran interés por las partes íntimas.
- A los 2 a 3 años aprenden a solucionar problemas y tienen suficiente lenguaje como para expresar miedo o pedir ayuda.
- A los 3 años son capaces de interrumpir una actividad para ir al baño.

El orden como generalmente lo logran es: primero se produce el control de las heces durante la noche, luego control de las heces durante el día, después control de la orina durante el día y finalmente, el control de la orina durante la noche.

Reglas universales a la hora de iniciar:

- ✓ Siempre tener una actitud positiva: elogiarlo con palabras y reconocimiento social y premiarlo cuando lo haga bien y apoyarlo ante el fracaso, sin desesperarse o frustrarse.
- ✓ Ser consistente: la bacinilla siempre en el mismo lugar, explicándole el orden: tras su uso, se limpia con el papel higiénico y por último el lavado de manos. Si falla, enseñar consecuencias, no castigos.
- ✓ Participar y observar: el enfoque que funcionó inicialmente puede que ya no sea tan efectivo y haya que modificarlo, además algunas destrezas que parecía ya tener dominadas pueden desaparecer ante nuevos retos.
- ✓ Disfrutar: no tome todo con demasiada seriedad, tarde o temprano, todos lo logran.

Todo este proceso puede tardar aproximadamente 6 semanas. Durante este tiempo puede haber accidentes y regresiones.

¿Cómo saber que el niño esta listo para iniciar control de esfínteres?



- ✓ Permanece seco 2 o más horas y se levanta seco después de las siestas.
- ✓ Las deposiciones se vuelven más regulares y predecibles.
- ✓ Hace expresiones con su cara o cuerpo que indican que está a punto de orinar o defecar.
- ✓ Sigue instrucciones.
- ✓ Puede ir y venir del baño sin ayuda.
- ✓ Se quita prendas. Desde los 18 hasta los 36 meses se les debe enseñar a vestir y desvestir.
- ✓ Luce incómodo con el pañal sucio.
- ✓ Pide que le dejen usar la bacinilla o inodoro, es decir, muestra interés por el tema. Si no es así o incluso se resiste al tema, es mejor esperar.
- ✓ Pide ropa interior de niño grande.
- ✓ Avisa que tiene deseos.

¿Cómo iniciar?

- Inicialmente se puede entrenar al niño sentado, luego a los 2 a 3 años que se interesan por las diferencias de género.
- La ropa para utilizar debe ser muy cómoda. Se podría dejar solo con calzones o calzoncillos fáciles de bajar.
- Se comienza pidiéndole que avise cuando quiera ir al baño. Al principio le avisará cuando ya se haya hecho, pero se le reforzará que avise antes. Se debe llevar entre 15 y 20 minutos después de comer a la bacinilla y cuando esté haciendo gestos de deseos de defecar (no lo cargue, acompañelo para que él haga todo solo).
- Mientras están en el baño, acompañelo, léale, convérsele, tómelo la mano y si se pone intranquilo, déjelo irse, pues forzarlo le generará más resistencia.
- Cuando lo haga bien felicítelo y que otros también lo hagan.
- Ante eventos perturbadores como el divorcio, una mudanza, el cambio de cuidador, la llegada de un hermano, entre otros, puede haber regresión en el control de esfínteres e incluso constipación. Es muy importante hablar mucho con ellos y explicarles en detalle. Si es necesario puede suspenderse por un tiempo el proceso.
- El control diurno la mayoría lo tienen a los 3 o 4 años mientras que el nocturno puede tardar hasta los 6 años por inmadurez vesical.
- Cuando estén en baños públicos, se usa hasta los 4 años el del sexo del padre que lo está acompañando, luego de eso, el del sexo del menor.

Accidentes

- Es normal tener accidentes los primeros 6 meses, sobre todo cuando están en ambientes desconocidos o cuando están muy concentrados en otra actividad.
- Es muy importante hablar el mismo idioma con los de la guardería, abuelos, niñera o ambas casas cuando se trata de padres divorciados.
- Facilita el proceso hablarles del tema y repetirles que cuando necesiten ir al baño, donde sea los van a acompañar, no ofrecer mucho líquido ni antes de dormir ni antes de salir, anticiparse y mantener el colchón con protector, llevarlo al baño antes de salir, ofrecerle usar afuera pantaloncitos de entrenamiento, empacar una muda extra para las salidas y tener horarios.
- Cuando se haga pipi/popo encima, mostrar cierta desilusión, no actuar como que no pasara nada, para que entienda que no lo debe hacer. No se debe reaccionar de manera negativa, castigar, ridiculizar o gritar.

¿Qué necesita un niño para poder ir al baño?



- ✓ Identificar la necesidad de ir.
- ✓ Comparar su conducta con la de otros.
- ✓ Formularse el plan de ir y alcanzar a llegar.
- ✓ Recordar instrucciones.
- ✓ Quitarse y ponerse la ropa.
- ✓ Expresar con palabras los sentimientos que le genera.
- ✓ Superar distracciones.
- ✓ Despertarse en la noche cuando siente las ganas y dirigirse al baño.
- ✓ Mantener estos hábitos en situaciones desconocidas o que le generan estrés.

Niños con necesidades especiales



Discapacidad visual: se inicia a los 4 o 5 años, se lleva y se le muestra con reconocimiento espacial donde queda todo. Se le acompaña siempre y se permite que ellos lo acompañen a usted. Procurar que huelga rico. Mostrarle diferentes baños para que tenga confianza. Uso de recompensas.



Discapacidad auditiva: énfasis en lo visual. Enseñarle con el lenguaje de señas. Hacer gestos que el reconozca y asocie con pipi, popo, seco, húmedo, bacinilla. Recompensas.



Niños con incontinencia: llevarlo cada hora al baño para limitar la frustración, ya que él entiende, pero no lo logra.

PCI (parálisis cerebral infantil) y espina bífida: tardan un poco más, pues les cuesta entender el proceso. La limitación en los movimientos exige mayor comodidad con la ropa (ojalá velcro) y la bacinilla. Suelen ser más constipados. Puede ser necesario el uso de cateterismo vesical y horarios regulares para la deposición.



Trastornos mentales y de conducta: autismo, trastorno de déficit de atención e hiperactividad, trastorno oposicionista desafiante, síndrome de alcohol fetal. Pueden tardar un año o más. No siguen el ejemplo. Pueden tener problemas sensoriales con desvestirlos o con estar en entornos desconocidos. Empezar cuando logren estar secos por períodos más largos. Identificar qué es lo que le molesta al menor para tratar de adaptarlo/modificarlo. Haga rutinas. Permítale que lleve lo que más le gusta.

Cuando hay resistencia extrema en el oposicionista desafiante:

- En ellos no funcionan las rutinas ni los horarios rígidos.
- La clave está en que ir al baño parezca idea del niño y no del adulto.
- Se recomienda no darle mucha importancia.
- Trate que él elija en la mayoría de los casos: recompensas, que baño usar, que ropa usar.
- Fomente la autoconciencia de ir al baño.
- Ofrézcale ayuda.
- Evite enfrentamiento.
- Si hay accidentes, que ayude a limpiar.

Trastornos miccionales



La micción y la continencia son el resultado de la perfecta función y coordinación de la vejiga y de la uretra, lo cual obliga a diferenciar dos etapas en la dinámica miccional:

- a) Fase de llenado, en la que la vejiga se llena de orina sin aumentar la presión, acomodándose a su contenido.
- b) Fase de vaciado, en la que se relaja el esfínter externo y se contrae el músculo detrusor de la vejiga

Síntomas en los trastornos funcionales del tracto urinario

Síntomas de almacenamiento: tienen relevancia en mayores de cinco años.

- Frecuencia miccional: aumentada cuando el niño realiza ocho o más micciones al día de forma reiterada, y disminuida cuando ocurre en menos de tres al día.
- Urgencia: es la experiencia repentina e inesperada de una necesidad inmediata de orinar.
- Incontinencia: se refiere a la fuga no controlada de orina, que puede ser continua o intermitente. Si es continua suele asociarse a malformaciones congénitas o a daño iatrogénico del esfínter uretral externo.
- Nicturia: el niño se despierta por la noche por la necesidad de orinar. Es frecuente en escolares y no indica alteración funcional.
- Enuresis: equivale a incontinencia urinaria intermitente durante el sueño.



Síntomas de vaciamiento

- Retardo miccional: dificultad para iniciar la micción o si el niño tiene que esperar un tiempo considerable antes del inicio de esta.
- Esfuerzo: aplicación de presión abdominal (maniobra de Valsalva) por el niño para iniciar y mantener la micción.
- Chorro miccional débil: sería la expulsión observada de orina con una fuerza débil.
- Flujo intermitente: evacuación de la orina en varias ráfagas discretas en lugar de un chorro continuo. Es un patrón fisiológico normal en niños menores de tres años.



Otros síntomas

- Maniobra de retención: estrategias que utilizan los niños de forma consciente o no para posponer la micción o suprimir la urgencia. Incluyen cruzar las piernas, ponerse de puntillas o en cuclillas con una mano o el talón presionando el periné.
- Sensación de vaciado incompleto (Tenesmo): relevante en adolescentes que pueden reconocer estos síntomas.
- Goteo postmiccional: los niños refieren escapes involuntarios de orina inmediatamente después de acabar la micción.



Vejiga hiperactiva

- Su diagnóstico es clínico, reservando los estudios urodinámicos para los casos refractarios o cuando se asocian síntomas de vaciado vesical disfuncional, anomalías tracto urinario inferior, IU de repetición o cirugía previa.
- Se caracteriza por urgencia miccional, acompañada habitualmente de aumento de frecuencia miccional. La incontinencia puede estar presente o no.
- Puede también manifestarse con dolor hipogástrico intermitente e infecciones urinarias de repetición.

Micción obstructiva o disfunción de vaciado

- Se define como la hiperactividad de la musculatura del suelo pélvico durante la micción.
- Presentan con frecuencia estreñimiento y encopresis, Infecciones urinarias y reflujo vesicoureteral, su persistencia en el tiempo puede favorecer la aparición de una vejiga hipoactiva
- La característica clínica fundamental en estos niños es precisamente un flujo urinario entrecortado que puede ser demostrado mediante la inspección de la micción. La flujometría confirma el diagnóstico clínico

Incontinencia por aplazamiento de la micción

Se produce en niños que retrasan voluntariamente la micción (ignoran el deseo miccional) durante su actividad diaria hasta que aparece el escape de orina. La función vesical y uretral en estos pacientes es rigurosamente normal. Puede asociarse a comorbilidad psicológica o trastornos del comportamiento

Vejiga hipoactiva

Se trata de niños con baja frecuencia miccional con necesidad de aumentar la presión abdominal para iniciar, mantener o completar la micción. Puede ser la evolución de una disfunción de vaciado o de una micción retardada y pueden presentar incontinencia por rebosamiento.

Cuadros clínicos de los trastornos miccionales

Incontinencia de la risa

- Se cree que se debe a contracciones involuntarias del detrusor asociadas a relajación uretral durante la fase de llenado.
- Aparece entre los cinco y los siete años de edad y en la mayoría de los casos desaparece de manera espontánea al inicio de la pubertad. Es más frecuente en el sexo femenino y con frecuencia se detecta una historia familiar.

Enuresis nocturna

- Llamada incontinencia urinaria durante la noche, después de los 5 años afecta a muchos niños en edad escolar e incluso a algunos adolescentes. No es un problema de salud grave y los niños suelen superarlo al crecer.
- La enuresis ocasional es común entre los niños que ya saben ir solos al baño. Alrededor del 20% de los niños tiene algún problema de incontinencia urinaria a los 5 años, y hasta un 10% lo tiene todavía a los 7 años

Criterios diagnósticos de la enuresis

	Asociación Americana de Psiquiatría	OMS
	DSM IV y V	CIE-10
Edad	5 años.	5 años.
Frecuencia (noches mojadas)	2 veces/semana.	1 vez al mes.
Duración	3 meses.	3 meses.
Lugar	En cama, voluntaria o involuntariamente.	En cama involuntariamente.
Situaciones excluyentes	Diabetes mellitus, epilepsia, uso de diuréticos, enfermedades nefrourológicas o neurológicas.	Enfermedad del aparato urinario, anatómicas o neurológicas.

Hay dos tipos de enuresis nocturna:

Enuresis primaria

- Enuresis en un niño que nunca ha permanecido seco durante el sueño por un periodo de al menos seis meses.
- Es la más común.

Enuresis secundaria

- Enuresis en un niño que ha permanecido seco durante el sueño por un periodo continuado de al menos seis meses.
- En niños mayores o en adolescentes deberá ser evaluada, la incontinencia urinaria en este grupo etario podría ser un signo de infección urinaria u otros problemas de salud, afecciones neurológicas, estrés, abuso u otras complicaciones.

Según la terminología más reciente y de acuerdo con la presencia de otros síntomas acompañantes se puede clasificar en:

Enuresis nocturna monosintomática o no complicada.

No existe una sintomatología diurna que sugiera la existencia de una patología nefro-urológica. Es el escape repetido de orina durante el sueño, por encima de los 5 años, cuando los niños ya deberían ser capaces de controlarla.

Enuresis nocturna no monosintomática o complicada.

Cuando, además, el niño presenta síntomas urinarios diurnos (urgencia miccional, aumento/disminución de la frecuencia urinaria, escapes, chorro urinario débil, dolor...) que sugieren patología nefro-urológica, como vejiga hiperactiva, micción no coordinada, etc.



Otros factores de riesgo de la incontinencia urinaria

- × **Genética.** Si uno de los padres se orinaba en la cama después de los 5 años, hay un 40% de probabilidades de que sus hijos tengan el mismo problema. Si ambos padres se orinaban en la cama cuando niños, entonces cada uno de sus hijos tendrá una probabilidad alrededor del 70% de padecer el mismo problema.
- × **Estrés.** Este es uno de los motivos más comunes de la enuresis secundaria.
- × **Sueño profundo.** Un patrón de sueño profundo puede ser parte normal del desarrollo adolescente, al igual que los malos horarios de sueño y muy pocas horas de sueño. Esto es absolutamente común durante la pubertad y, en especial, durante los años de la adolescencia.
- × **Apnea obstructiva del sueño/ronquidos.** En casos excepcionales, la incontinencia urinaria ocurre porque un niño tiene apnea obstructiva del sueño y ronquido.
- × **Estreñimiento.** La constipación puede generar presión sobre la vejiga y hacer que el niño pierda el control de la vejiga.
- × **Otros:** Infección urinaria, enfermedad neurológica, diabetes, TDAH (trastorno de déficit de atención e hiperactividad).

Evaluación de la enuresis

Historia clínica completa indagar por síntomas urinarios como tenesmo, disuria, polaquiuria, preguntar sobre los patrones de sueño, con qué frecuencia tiene evacuaciones intestinales el niño y sobre la salud familiar. Indagar antecedentes familiares y preguntar directamente a los padres si se orinaban en la cama por la noche cuando eran niños. Por último, preguntar sobre acontecimientos estresantes en la vida del niño que pudieran estar sumándose al problema.

Exámen físico completo: peso, talla, presión arterial, debe ser minucioso, centrándose en la morfología de los genitales externos y la localización meatal. Hay que buscar asimetrías o datos que sugieran disrafismo espinal oculto.

Realizar exploración neurológica completa incluyendo marcha, sensibilidad perineal y reflejos lumbosacros (tono y reflejo anal, reflejo bulbocavernoso), cuyos centros medulares coinciden con áreas en las que se ubican los centros miccionales, especialmente ante la presencia de sintomatología miccional sugestiva de neuropatía.

Diario miccional: es la herramienta más eficaz de la que disponemos. Se recogerán detalladamente la ingesta de líquidos y el volumen de orina por micción durante varios días o semanas (incluyendo los volúmenes nocturnos). Se deben anotar el número de micciones, las horas a las que se realizan y el volumen miccional. También se anotarán los episodios de urgencia e incontinencia. Cuando la edad del niño lo permita, el diario debe ser responsabilidad suya, con el apoyo necesario de sus padres.



Ayudas diagnósticas

Su objetivo principal es descartar la existencia de patología orgánica subyacente y en el caso del estudio urodinámico ver las características de la micción.

1. **Pruebas de laboratorio:** citoquímico de orina y gram con urocultivo en caso de requerirse este último, y el cociente calcio: creatinina cuando se asocien síntomas irritativos o aumento de la frecuencia miccional. En caso de sospecha de afectación renal, se ampliará el estudio con creatinina y BUN.
2. **Pruebas de imagen:** en función de sospecha clínica.
 - **Ecografía:** descartar alteraciones del tracto urinario superior, valorar la morfología vesical, cuantificar residuo de una forma exacta (patológico > 20 ml) y también ante fracaso de tratamiento inicial o ante la sospecha de micción disfuncional.
 - **Cistouretrografía miccional (CUGM):** cuando existan IU de repetición y/o alteraciones ecográficas sugestivas. Aporta información sobre la presencia de RVU y la morfología vesical, así como, del residuo posmiccional. No se usa en caso de enuresis solamente.
 - **Gammagrafía renal DMSA Tc-99;** informa sobre la posibilidad de daño renal cuando los trastornos miccionales se acompañan de IU febriles.
 - RMN se reserva para aquellos casos con sintomatología neurológica asociada o cuadros de difícil resolución.

Tratamiento

La mayoría de los niños con enuresis leve (< 3 noches/semana) tienden a la resolución espontánea. Sin embargo, la enuresis moderada (3 a 6 noches/semana) o grave (diaria) y la que persiste pasados los 9 años de edad, difícilmente se resolverá sin tratamiento.

No farmacológico

Uroterapia Estándar

Puede ser un proceso largo, puesto que se trata, ante todo, de crear unos hábitos miccionales correctos.

- Establecimiento de un horario miccional regular, realizando micciones pautadas cada 3 a 4 horas, evitando las maniobras de retención y adoptando una postura correcta durante la micción.
- Aportar consejos sobre el estilo de vida, consumo de líquidos y prevención del estreñimiento, evitando irritantes vesicales como la cafeína y algunos edulcorantes artificiales.
- Documentar los síntomas y el hábito miccional utilizando diarios miccionales.

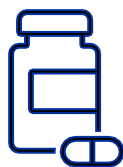
Alarmas de incontinencia urinaria

- La alarma se activa cuando la humedad de las primeras gotas de orina alcanza el electrodo. En ese momento el niño debe despertarse y detener la micción, desconectar el sistema, ir al baño, orinar y cambiarse la ropa si se ha mojado y volver a conectarlo antes de acostarse. Todo ello exige la colaboración de la familia, sobre todo al principio.
- Aunque no hay límite de edad para su utilización, el niño debe tener suficiente grado de madurez para comprender cómo actúa, lo que se pretende y porque se tiene que levantar a orinar cuando suene la alarma.
- No se recomienda la alarma cuando los escapes son muy infrecuentes (menos de 1 a 2 veces/semana).

Uroterapia específica

El Biofeedback (BFB) es una forma de reeducación en la que el paciente se hace consciente de un proceso fisiológico, generalmente inconsciente y de tipo neuromuscular.

Farmacológico



Anticolinérgicos: indicados en los casos en donde fracasa la uroterapia estándar. La oxibutinina es la primera elección, actúa suprimiendo la hiperactividad del detrusor vesical. Dosis 0,1 a 0,2 mg/kg/dosis 2 a 3 veces al día.

Imipramina: funciona bien en algunos niños con enuresis nocturna. Se recomienda hacerle un **ECG** (electrocardiograma) al niño antes de empezar a administrar este medicamento.

Desmopresina (DDAVP): mejora la incontinencia urinaria en un 40 a un 60% de los niños. La DDAVP viene en aerosol nasal. La dosis habitual es entre 120 a 240 µg administrados una hora antes de acostarse.

*La terapia combinada de desmopresina y alarma debe reservarse para los casos refractarios o con respuesta parcial sin mejoría posterior, descartando previamente causas orgánicas o funcionales que pudieran haber pasado desapercibidas

Recomendaciones para padres cuyos hijos se orinan en la cama

- ✓ Colocar doble sábana y en el intervalo un plástico para que cuando se moje solo se retire la de arriba y puedan seguir dormidos.
- ✓ Pedirle que ayude con el cambio de la sábana para que conozca las consecuencias, no el castigo.
- ✓ No regañar ni permitir burlas.
- ✓ aconsejar al propio niño que prepare el despertador para que suene a las 2 horas de haberse acostado. Si no lo oye, debería prepararlo, al menos, una vez por semana.
- ✓ Antes de dormir poco líquido, nunca gaseosas, bebidas con cafeína, o azucaradas y siempre debe hacer micción antes de acostarse.
- ✓ Dejar una luz tenue en la pieza para que no tema ir al baño.
- ✓ Ofrecerle que lo acompaña cuando necesite.
- ✓ Mantener pantalones de entrenamiento a la mano.
- ✓ Recompensas para cuando lo hace bien.
- ✓ Despierte a su hijo una sola vez durante la noche para ir a orinar, si fuera necesario. Despertar a su hijo más de una vez por noche interrumpiría su patrón de sueño y eso podría provocar problemas en la escuela al día siguiente.
- ✓ Anime a su hijo para que vaya al baño regularmente durante el día (cada dos o tres horas).
- ✓ En casos de pasar la noche en casa de amigos, tenga en cuenta la posibilidad de que su hijo vaya con ropa interior desechable y un bóxer por encima. Hable con su hijo sobre la posibilidad de hablar con los padres anfitriones en privado para que lo ayuden, si fuera necesario.
- ✓ Insistir a los familiares en que no se debe reprender al niño ni avergonzarlo. Al contrario, es necesario reforzar la idea de que es, simplemente, un retraso madurativo que se solucionará.
- ✓ Recomendar al niño que debe realizar ejercicios de "entrenamiento vesical" (aguantar un corto rato el deseo de orinar e interrumpir una vez el chorro urinario durante la micción).

Referencias

1. Guía para enseñar al niño a usar el inodoro. Mark L Wolraich. Academia Americana de Pediatría.
2. El cuidado de su bebe y niño pequeño. 3era edición. American Academy of Pediatrics.
3. American Academy of Pediatrics, American Society of Pediatric Nephrology, and the National Kidney Foundation Patient Education Collaborative. 2019.
4. Marta Fernández Fernández, José Eugenio Cabrera Sevilla. Trastornos miccionales y enuresis en la infancia. Protoc diagn ter pediatr. 2014.
5. American Academy of Pediatrics. 2015.
6. Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria. Manejo y diagnóstico terapéutico de la enuresis infantil. (abril 2020).
7. Dra. Elena Taborga Díaz, Dr. Víctor Manuel García Nieto. Manejo y diagnóstico terapéutico de la enuresis infantil. Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria. 2014.
8. Pediatrics in Review. Toilet Training Vol.31 No.6 June 2010
9. Società italiana di Chirurgia Colo Rettale www.siccr.org. Toilet training. 2015.
10. AEP. Consejo anticipado a los eventos del desarrollo. 2009.