

## CONTROL DE ESFÍNTERES

La función neuromuscular que conduce al control de la vejiga y el esfínter anal tiene lugar en un periodo aproximadamente de 3 años, entre el segundo y el quinto. Pocos niños alcanzan un control completo antes de los 2 años y la mayoría no tiene ningún problema aparte de algún accidente ocasional después de los 5 años. Dentro de estos límites hay grados de variaciones en el orden y en el tiempo exacto en que cada niño alcanza ese control...

*Para alcanzar dicho control se requiere:*

- Un desarrollo neurológico determinado, ser capaz de deambular, comprender y expresarse verbalmente....
- Encontrarse en un nivel de maduración funcional adecuada en el desarrollo de las tendencias anales y uretrales propias.
- Estar la familia preparada y dispuesta a acompañar y guiar el proceso del niño.

Habitualmente, en esta etapa, el niño siente predilección por jugar con su cuerpo y con sustancias plásticas. Estos materiales en manos del niño crean situaciones placenteras de juego que deberían ser facilitadas y permitidas por los padres. Son recomendables el agua, la arena, el barro, las pinturas, masilla, etc. y es preciso que los padres sean tolerantes con la suciedad implícita en estos juegos.

- *El control de esfínteres representa un paso en la socialización, el niño aprende a eliminar sus excretas en el tiempo y lugar socialmente adecuados.*

Normalmente se controla primero el esfínter anal y luego se realiza el control de la vejiga. Clásicamente se describen tres etapas:

1. *El niño es capaz de percibir que ha hecho pis o caca en sus pañales y es capaz de transmitirlo a sus padres.*
2. *El niño percibe y transmite en los momentos previos o durante el acto, pero es incapaz de retener.*
3. *Puede retener o decidir la expulsión, ambas sensaciones que le resultan placenteras.*

### Control de Esfínteres - ¿Cuándo dejará los Pañales?

El control de esfínteres depende del desarrollo y maduración del Sistema Nervioso Central, así como el niño a medida que transcurren los meses va adquiriendo el sostén cefálico, se sienta, camina, etc., lo mismo sucede con el control esfinteriano. Existen a su vez otros factores que son importantes en la adquisición de este control como el aprendizaje y el condicionamiento.

Algo que necesita resaltarse, es que si un niño sufre un retraso en la adquisición en el control esfinteriano, casi siempre existe el antecedente en la familia ya sea que el padre o la madre o ambos tuvieron el mismo inconveniente en la primer infancia.

Las niñas tienen una tendencia a alcanzar las pautas madurativas un poco antes que los varones, pero ésta no es una regla de oro.

Generalmente, *el niño de entre 15 y 18 meses de vida le avisa a su madre que se orinó*, siendo esto una pauta de inicio del control de esfínteres. El niño es consciente y lo puede manifestar, pero cuando ya se hizo encima.

Luego le sucede la etapa en la cual el niño manifiesta el deseo de orinar o no ante la pregunta de la madre. En general en esta etapa no da tiempo de llevarlo al baño. Esta urgencia para orinar va atenuándose con el crecimiento y desarrollo. Es una pauta positiva y orienta acerca de que el niño va adquiriendo las pautas para el control esfinteriano.

El niño alrededor de *24 meses* ya suele avisar su necesidad de orinar dando tiempo de llevarlo al baño para que orine.

Alrededor de *los 2 años y medio*, el pañal puede ir retirándose ya que el niño puede por sí sólo ir al baño o bien ser ayudado por sus padres o cuidador. En general el pañal nocturno se sigue usando hasta que el niño puede retener más horas. En cuanto el pañal se mantiene seco a la mañana siguiente, se está en condiciones de retirarlo, esto ocurre aproximadamente *entre los 2 años y medio y los 3 años* de edad.

---

*Lo enunciado previamente, es lo cronológico esperable pero se debe tener en cuenta que existen variaciones las cuales dependerán del aprendizaje y el condicionamiento*

---

*El aprendizaje* debe ser flexible y sin carga emotiva y el condicionamiento debe evitar actitudes negativas sobre el niño como son el castigo o el enojo si no desea orinar o usar el WC.

En cuanto a los *factores ambientales* se recomienda la época de verano o de calor para que el niño deje sus pañales, tanto diurnos como nocturnos, pero SIEMPRE respetando obviamente los tiempos del niño.

Pueden ocurrir incidentes generalmente en forma involuntaria (enfermedades acompañadas de fiebre, infecciones o cambios / problemas en el hogar (mudanzas, fallecimientos, discusiones, separación...). Estos “incidentes” suelen ser transitorios y bajo ningún concepto debe reprochársele al niño.

### Reflexiones finales

- Muchas madres miran con preocupación lógica que su niño o niña no controle esfínteres en comparación con otros niños.
- A dichas madres es necesario explicarles que cada niño tiene sus tiempos y la mamá debe estar atenta a los cambios sin necesitar someter al pequeño a una estricta vigilancia.
- Lo mejor a realizar es confiar en el desarrollo normal del niño, estimularlo positivamente y enseñarle, no exigirle.
- No deje de consultar con su Pediatra si su hijo no adquiere pautas madurativas adecuadas en el control de esfínteres.

### **Orientaciones específicas para el establecimiento de pautas del control de la eliminación:**

- *Juego del orinal*: en la primera y segunda etapa los padres podrán disponer un orinal en el baño y cuando el niño indique que ha hecho pis o caca se le podrá mostrar el pañal sucio y el orinal simultáneamente, expresándole con claridad que en el futuro hará allí y que para eso sirve el “cacharro”.
- Si el niño lo desea, podrá sentarse allí, pero es importante que este juego esté desprovisto de expectativas parentales de control para ese mismo momento.
- No es aconsejable la práctica de colocar al niño en el orinal en horarios que se aproximan a los que suele evacuar éste y sin haber conseguido la previa “preparación”, sin que haya petición expresa del niño
- Posteriormente, los padres deben responder a la petición del niño quitándole el pañal para sentarlo en el orinal. Es preciso que esta respuesta sea constante y no errática.
- Es habitual que el niño logre retener hasta sentarse y que realice exitosamente la evacuación. Deberá expresársele la satisfacción por el logro, pero sin convertirlo en el evento del siglo, pues no es raro que si detecta una extremada importancia, alegría o decepción según cumpla o no las expectativas parentales, pudiera usar el proceso de control para expresar su amor u odio a las figuras adultas, llegando a perder la referencia principal de sus propias sensaciones corporales.
- Muchas situaciones de enuresis o encopresis se gestan en esta etapa y por motivos vinculares inadecuados y/o patológicos.
- En las últimas fases puede dejarse al niño sin pañales a ratos para que tenga un contacto más inmediato con sus excretas y para familiarizarse con ellas, pero la retirada definitiva se hará cuando los pañales dejen de ser necesarios o cuando el control sea relativamente confiable. Suele alcanzarse primero un control diurno y luego, nocturno.
- Se evitarán conductas que impliquen para el pequeño un desafío superior a sus posibilidades.

Como referente cronológico es *después del año y medio* de edad que los niños pueden iniciar la primera etapa y alrededor de los dos y medio que para la mayoría se establecen las etapas siguientes. Existen algunos procesos, incidencias y/o alteraciones en que los niños que controlaban esfínteres dejan de hacerlo y ello tiene que ver con infecciones del aparato urinario y/o con regresiones de orden psicológico. La mejor forma de ayudar al niño es no demostrar ansiedad.

- Si aún usaba pañales, continúe haciéndolo hasta que amanezcan secos por la mañana.
- Si no usa los pañales, intente que haga pis o caca antes de ir a la cama.

No castigue / ni humille si el niño se orina ya que probablemente estará tan angustiado como Ud. y lo más probable es que a su debido tiempo haga un buen control de los esfínteres. Proponga actuaciones preventivas como:

- Restringir el uso de bebidas, no suele tener efecto importante en esta patología
- Con los niños más grandes se pueden implementar ciertos juegos que premien al niño cuando amanece sin haberse orinado.

En conclusión, el pediatra deberá abordar el tema después del año y medio de edad para explorar expectativas parentales y pautas familiares.

- Deberá explorar el momento evolutivo del niño (si deambula, si entiende, si lo entienden, juegos e interés) y la situación familiar, sugiriendo a los padres que presten atención a las actitudes del niño y fomenten juegos de intercambio.
- En controles anuales se evaluarán avances, actitudes y pasos sucesivos.
- Si el pediatra se encuentra ante un niño que NO logra comenzar a controlar, deberá esperar un tiempo prudencial y reevaluar los datos evolutivos del niño y el medio familiar.
- Las dificultades en adquirir el control de los esfínteres suele ser un síntoma más dentro de los esfuerzos por el control complejo del propio cuerpo y de sí mismo...

---

## **Enuresis**

---

La enuresis es la emisión involuntaria de orina en los niños de más de 5 a 6 años de edad. Es necesario destacar que aproximadamente entre el 15 y el 30 % de los niños mayores de 6 años pueden presentar un episodio al mes, porcentaje que se eleva en niños. La prevalencia de incontinencia nocturna es tan elevada antes de la edad tomada como Standard que no se denomina enuresis, asumiéndose en principio como algo normal. Sin embargo un 20 % de niños entre 4 y 6 años presentan enuresis secundaria (ver clasificación) que necesitan una evaluación más detallada.

### Clasificación

La enuresis puede clasificarse como:

Primaria: Nunca controlaron esfínteres por más de 6 meses seguidos.

Secundaria: es la que presentan pacientes que controlaron la micción por más de 6 meses seguidos pero por alguna causa emocional (muy frecuente) u orgánica comienzan con dicho cuadro. Es también llamada Regresiva.

Este tipo de enuresis suele deberse a un acontecimiento o enfermedad generadores de tensión psicológica como lo son el nacimiento de un hermanito, una mudanza, tensión y peleas familiares, situaciones de stress emocional, etc.

Es importante destacar que en la enuresis secundaria a diferencia de la primaria es también más frecuente la presencia de una enfermedad del tipo orgánico que la desencadene como son: la infección urinaria, la diabetes mellitus o la diabetes insípida, malformaciones congénitas (esпина bífida, válvulas uretrales posteriores), masas en la región pélvica, constipación pertinaz, irritaciones químicas producidas por ejemplo por baños de espuma.

- La mayoría de los niños logran ser continente durante las horas de vigilia entre los 3 y 4 años.
- Diurna: la que ocurre durante el día y con el niño despierto. Tiene una prevalencia de sólo el 1/100 en niños entre 6 y 12 años, sin diferencias de sexo.
- Nocturna: Ocurre durante el sueño.

### Diagnóstico

Basado en el completo interrogatorio de los antecedentes personales y familiares del paciente y un exhaustivo examen físico. Petición de estudios para descartar causas orgánicas: análisis de orina y/o urocultivo (en la primera visita son pedidos generalmente), eventualmente pedido de laboratorios de sangre (en busca de diabetes, trastornos renales funcionales, etc.), ecografías de la vía urinaria para ver la anatomía de la misma o la presencia de masa en la región, etc. Los estudios deben ser solicitados bajo estricta supervisión médica según los hallazgos o dudas diagnósticas.

En caso de encontrar una enfermedad del tipo orgánico como la Infección urinaria (De lejos la más frecuente, después de las causas emocionales en la Enuresis Secundaria. En dicha infección se realiza tratamiento y probablemente remita el cuadro).

Muchas veces la Enuresis Secundaria por factores emocionales requiere de apoyo psicológico si se prolonga en el tiempo.

Las tasas de resolución espontánea son elevadas, por lo que no se prescribe tratamiento antes de los 6 años de vida. Incluso luego de esa edad tanto en Enuresis Primarias como Secundarias la curación espontánea ronda en alrededor del 10 a 15 % anual hasta los 12 años.

El control vesical es un proceso que requiere que el niño tenga conciencia sensitiva de que su vejiga está llena, capacidad para almacenar y contener, así como una experiencia positiva en el entrenamiento. La gran mayoría de los niños con enuresis presentan sólo enuresis nocturna, menos del 5% de los niños tienen una causa orgánica que deberá ser investigada por los doctores. Existe un ligero predominio en el sexo masculino.

Tasa de prevalencia de enuresis según edad
<ul style="list-style-type: none"><li>• A los <b>3 años</b> es igual al <b>40 %</b></li><li>• A los <b>4 años</b> es igual al <b>25 %</b></li><li>• A los <b>5 años</b> es igual al <b>15 %</b></li><li>• A los <b>6 años</b> es igual al <b>10 %</b></li><li>• A los <b>10 años</b> es igual al <b>5 %</b></li><li>• A los <b>15 años</b> es igual al <b>1 %</b></li></ul>

Las causas de la *enuresis nocturna* no están totalmente aclaradas hasta la fecha. Es un problema multifactorial, lo que dificulta a la hora de decidir una terapéutica en base a los diversos factores causales. En la *Enuresis Nocturna* intervienen entre sí diferentes factores causales:

1- Genético: La gran mayoría de los niños con Enuresis Nocturna presentan antecedentes familiares positivos. Si un padre tuvo enuresis nocturna las posibilidades para que un hijo presente la enfermedad es de entre 40 a 45 %... Si ambos padres padecieron enuresis nocturna la posibilidad que un hijo la presente aumenta a 70% aproximadamente.

2- Trastornos del despertar: Durante el sueño el niño no reconoce la sensación de vejiga llena, no despertándose para orinar en un sitio apropiado. Aparentemente existe un patrón de maduración con reconocimiento progresivo de la vejiga llena por el Sistema Nervioso Central y control del reflejo de micción. Hacia los 5 años, la gran mayoría de los niños asocia la vejiga llena con la "sensación" cerebral de vejiga llena (se dan cuenta).

3- Capacidad vesical disminuida: Algunos niños pueden presentar poca capacidad vesical. Un dato a tener en cuenta en estos niños es la presencia de micciones frecuentes durante el día, con varios episodios enuréticos durante algunas noches.

4- Poliuria nocturna: Se define así a la producción aumentada de orina durante la noche. Muchas son las causas de poliuria siendo la más frecuente la alta ingesta de líquidos por el niño/a. Algunos niños con enuresis nocturna pueden presentar una deficiencia de hormona antidiurética durante la noche.

5- Retraso en la maduración: La adquisición de pautas madurativas en los niños presenta gran variabilidad dentro de los rangos de normalidad. A los 5 años el 15% de los niños moja la cama. Ocasionalmente y aproximadamente el 10% lo hace a los 6 años. El SNC puede aún no reconocer la sensación de vejiga llena y su respuesta correspondiente (control esfinteriano)

6- Trastorno psicológico: NO tiene porqué existir un trastorno psicológico como causas de enuresis nocturna como suele ocurrir con la enuresis diurna o en la enuresis mixta. Sí es importante reconocer los problemas psicológicos ocasionados por mojar la cama. Estos niños pueden manifestar baja estima personal y la familia de los niños afectados, pueden presentar síntomas de estrés y ansiedad que también deben ser cuidadosamente atendidos.

### Tratamiento

Ante todo tratamiento a realizar, es muy importante el conocimiento del problema del niño y su situación familiar. El tratamiento deberá tener en cuenta todas las posibles causas (*genéticas, retraso madurativo, problemas del despertar, alteración emocional etc.*) y la edad del niño. En base a todo esto el pediatra de cabecera adecuará la estrategia terapéutica.

#### Tratamiento en menores de 8 años (Ante todo el asesoramiento familiar):

1. Hablar con el pediatra.
2. El niño asume un papel activo y responsable, llevando una agenda de las noches mojadas y secas.
3. Orinar antes de acostarse. Tomarse el tiempo necesario para hacerlo.
4. Cambiar su ropa y ropa de cama mojada, es recomendable que lo haga el niño por su cuenta.

5. No debe tomar líquidos después de cenar.
6. Se evitan castigos y reacciones de enojo de los padres.
7. Se realiza un refuerzo positivo en las noches secas (se felicita al niño).
8. Se tranquiliza acerca de la causa y el pronóstico, para eliminar la censura y los sentimientos de culpa del niño.

Es muy importante para los padres el entender que si no se presenta una causa orgánica de incontinencia urinaria, el tratamiento puede ser algo duradero pero no por eso asumirlo como un castigo o con decepción.

- Este tipo de patologías no debe trastocar la dinámica familiar a límites extremos.
- No sentir ni hacer sentir culpa y frustración es MUY IMPORTANTE para todo el núcleo familiar.
- Tener conocimiento que son muy pocas las personas que persisten con este inconveniente en la adolescencia y edad adulta.
- Saber que en muchas oportunidades puede recurrir el episodio.
- Ser paciente.

Tanto el niño como sus padres deben mantenerse tranquilos y ser informados adecuadamente sobre las causas probables de la enuresis nocturna. No culpar ni retar al niño, ni tampoco ridiculizarlo frente a sus hermanos o pares. El tratamiento habitual en este grupo de edad es NO medicamentoso y consiste en:

#### *a - Motivación positiva*

- Informarse sobre enuresis, control vesical, control de esfínteres, etc.
- Calendario de Enuresis: confección de un calendario en el cual se indica que sucede cada noche, por ejemplo, dibujar un sol en los días secos y una nube con lluvia en los días mojados; cuanto más dibujos de sol se encuentren significan mayor cantidad de días secos, por lo cual el niño se verá motivado. Aquellos niños que presenten más días "nublados" deberán de todas maneras ser contenidos y considerar la realización del calendario como un "juego positivo".
- Entrenar al niño todos los días para disminuir la ingesta de líquidos antes de acostarse y orinar antes de ir a dormir. El niño debe participar en estas decisiones.
- Si el niño se mojó, debe participar en la limpieza de su cama y en su higiene personal (no como una forma de castigo sino como el hecho natural de resolver el "haber mojado la cama")

#### *b – Modificación de conductas (más indicado en los casos de niños mayores)*

Consiste en el entrenamiento para no mojar la cama y el condicionamiento a través del uso de alarmas específicas de enuresis.

##### Niños de 8 a 11 años.

A esta edad la alarma brinda muy buenos resultados, como así también es de utilidad el uso de medicamentos como la Hormona Antidiurética.

El entrenamiento se basa en:

- Conocer los puntos básicos sobre la maduración neurológica, control vesical, control de esfínteres, etc.
- Despertar al niño a horarios progresivos.
- Si se mojó hacer que se cambie la ropa o bien si desea orinar que lo haga en el sitio apropiado.
- El entrenamiento se combina con el uso de alarmas (que pueden sustituirse por un despertador normal).

##### Niños mayores de 12 años.

El tratamiento debe ser más activo, dado que la presencia de enuresis nocturna a esta edad puede generar problemas emocionales. Está indicada la combinación del uso de una alarma y el tratamiento medicamentoso.

---

## **Encopresis (incontinencia fecal)**

---

Es la incontinencia de materia fecal después de los 4 años de edad. Comprende desde el simple manchado de la ropa interior a la evacuación de mayores cantidades de heces. Aproximadamente el 1% de los escolares de los primeros años presentan este cuadro, siendo predominante en el sexo masculino (80% aproximadamente).

### Causas

1. Predisposición física a la ineficaz motilidad y funcionamiento intestinal
2. Tratamientos prolongados con laxantes y supositorios.
3. Fisuras anales.
4. Pacientes con constipación que inician dietas para el estreñimiento.
5. Causas de orden emocional.
6. Frecuente en niños autistas o con severos desórdenes emocionales.

Las causas de orden emocional son muy frecuentes, ya que un niño bajo muchas presiones familiares puede expresar dicha disfunción con encopresis. Es frecuente encontrar esta patología en niños que fueron exigidos en exceso durante el fin del uso de los pañales o de más edad para evacuar el intestino en el jarrito o inodoro. El niño en este caso puede percibir la evacuación como una experiencia negativa y retener las heces por temor a las consecuencias de ensuciarse. Lógicamente mientras más retenga peor serán las consecuencias. A cualquier edad, las tensiones psicosociales o las enfermedades pueden determinar la regresión del control de esfínteres o una alteración de los hábitos intestinales que puede potenciar la encopresis.

(Behrman, Vaughan , Tratado de Pediatría de Nelson McGraw-Hill/Interamericana de España)

Para realizar el diagnóstico, el médico investigará acerca de:

- *Antecedentes personales* (ritmo intestinal desde el nacimiento, edad de aparición del problema, efecto de las medicaciones usadas anteriormente, problemas familiares, tensión psicosocial).
- *Antecedentes familiares* de estreñimiento, diarrea, encopresis, otros antecedentes familiares. Luego el examen físico para investigar causas orgánicas.

### Tratamiento

- En los niños sin clínica de severo trastorno emocional se basa en tranquilizar a la familia, saber que las recaídas pueden ser frecuentes.
- En caso de ser un proceso muy refractario se investiga a fondo la existencia de problemas psicosociales, enfermedad física que requiere nueva evaluación o impactación crónica en el intestino (ejemplo: bolo fecal).
- En los casos leves de encopresis es importante reeducar el intestino por medio de una dieta acorde, sentarse en el inodoro dentro de los 15 a 30 minutos después de las comidas y en otros momentos del día.
- Uso de medicaciones del tipo de laxante, supositorios, eventualmente en los casos que lo requieran: enemas (específicamente preparadas y a volúmenes y concentraciones determinadas para peso y edad).

**Y POR ENCIMA DE TODO ...**

**ES NECESARIO RESPETAR, ESCUCHAR Y COMPRENDER,...,  
ADEMÁS DE TENER CONSTANCIA Y PACIENCIA**