

El niño pequeño normalmente no controla adecuadamente su esfínter urinario y su vejiga, sus micciones son involuntarias y producen un vaciado incompleto. Cuando se le enseña la continencia urinaria, aprende también a vaciar completamente su vejiga.

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 pueden perpetuar esta conducta funcional anormal quedando predispuestos a infecciones urinarias, micción no coordinada y vejiga hiperactiva [11c].

En un estudio belga se encuestó a 321 padres de diferentes generaciones de los últimos 60 años que habían enseñado a 812 niños y se observó un cambio importante en los hábitos de enseñanza del control vesical. El grupo de padres que en 2000 tenían más de 60 años consiguieron la continencia diurna de

sus hijos antes del año de edad en el 21% de los casos, frente a la generación más reciente, entre 20 y 40 años, que sólo lo lograron en un 3%. Las diferencias generacionales fueron el inicio más temprano del entrenamiento de la continencia urinaria, antes de los 18 meses, en los padres de mayor edad. La forma de enseñar la continencia, el uso de la taza del váter, una intensidad de estímulo más dispersa por el uso de varios métodos simultáneos y la insistencia en que el niño orine haciendo fuerza si no lo logra al primer intento fueron más frecuentes en las generaciones más jóvenes. Probablemente el trabajo fuera de casa de ambos padres y la comodidad de la lavadora y los pañales han sido el motivo de esta evolución¹ [11c].

Estos mismos autores encuestaron a 140 niños (73 con vejiga hiperactiva o micción no coordinada y 67 niños asintomáticos) y comprobaron que el inicio tardío de la enseñanza del control miccional, la insistencia ante el primer intento fracasado de micción instando al niño a que haga fuerza y el castigo ante escapes accidentales fueron actitudes

asociadas al grupo con problemas miccionales³⁹ [IIb]. En otro estudio transversal en el que se enviaron 5.646 encuestas y respondieron 4.332 (77%), se analizó la asociación de las infecciones urinarias recurrentes con diferentes factores. Se observó que las infecciones urinarias recurrentes se asociaron con el inicio tardío de la enseñanza de la continencia urinaria y con un método que mantenía al niño sentado intentando la micción más tiempo o haciendo fuerza para ello⁴⁰ [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.