

Sección 2: Procedimiento para ayudar a movilizar y alimentar al paciente

Dentro de las técnicas realizadas por el auxiliar de enfermería, bien sea en el Servicio de Urgencias de un hospital o en el cuidado desde el hogar del paciente, la movilización e inmovilización de los pacientes es quizás de las actividades más desconocidas, pero no de las menos importantes. La movilización correcta de los diferentes pacientes, bien sea porque ellos presentan dificultades de deambulación, o bien porque puntualmente y, debido a diferentes patologías, necesitan apoyo o ayuda, son las técnicas que más frecuentemente se emplean en el día a día de un servicio.

Movilización e inmovilización del paciente

INDICACIONES SEGÚN DIFERENTES TIPOS DE PATOLOGÍAS

- Paciente sin lesiones vitales ni potenciales fracturas:

Este es el perfil de paciente que más frecuente nos podemos encontrar, donde la mayor diferencia es si el paciente puede colaborar o no para su movilización con el personal sanitario.

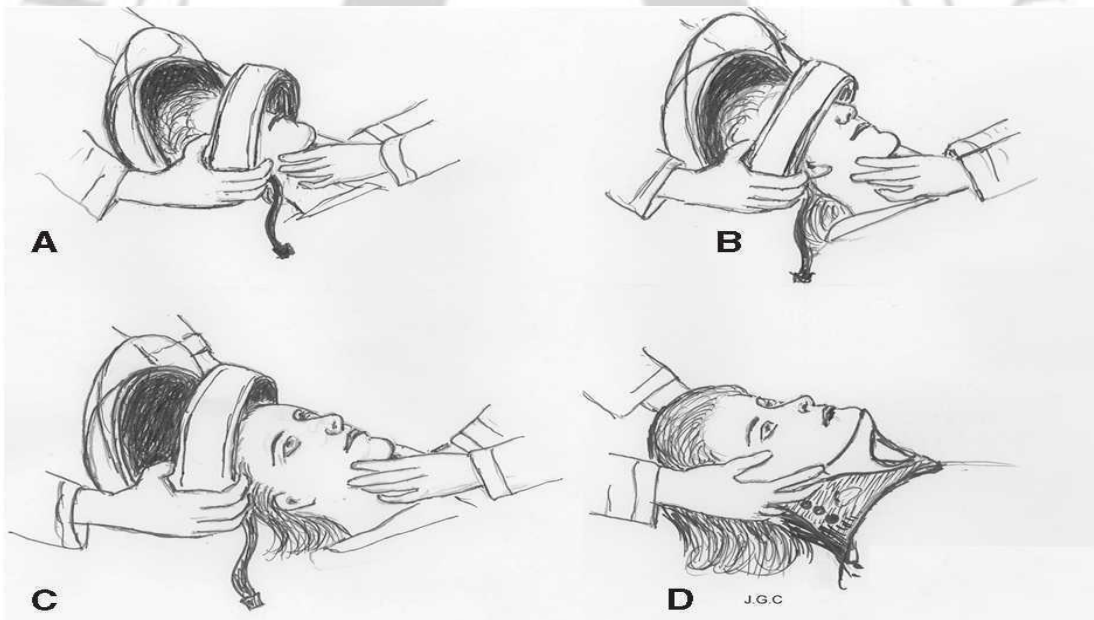
Los objetivos que debemos tener en cuenta con respecto al paciente son:

- * Seguridad del paciente y personal sanitario en todo momento.
- * Confort del paciente.
- * Seguridad e higiene postural del personal sanitario para evitar lesiones.
- * Ante un paciente colaborador daremos explicaciones sencillas para que nos ayude y realizaremos un feed-back con él para comprobar que ha entendido correctamente lo que le hemos explicado (esto es muy importante ya que muchos de nuestros pacientes son de edad avanzada, presentan patología que pueden disminuir las funciones superiores como ictus o demencia, o se encuentran en una situación altamente estresante que hace que baje su capacidad de comprensión).

- Paciente politraumatizado:

Estos pacientes, por su potencial gravedad, deben ser movilizados con sumo cuidado, ya que de la realización correcta de las técnicas de movilización e inmovilización depende que no empeoren las lesiones que presenta, así como no provocar otras nuevas. Dentro de todas las técnicas que se describen a continuación es importante destacar dos objetivos principales:

- * Procurar, siempre, mantener el eje cabeza-cuello-columna, preservándolo lo más posible en movimiento laterales, así como en los de flexo-extensión.



- * Si el paciente presenta alguna lesión en alguna extremidad intentaremos inmovilizarla y alinearla con respecto al eje del tronco para evitar desplazamiento de los fragmentos implicados.



- TRANSFERENCIA SILLA-CAMILLA

Esta transferencia se realiza en múltiples situaciones, algunas de ellas:

- * En pacientes que van a ser explorados en una consulta.
- * En pacientes que han sufrido un empeoramiento de su situación y necesitan una camilla.
- * Pacientes que van a ser trasladados a otro Servicio y sea necesario, o aconsejable, que vayan en camilla (ej: traslado a Quirófano, Sala de Endoscopias).

Indicaciones

Explicaremos la técnica a realizar ante un paciente no colaborador por lo que será necesaria la presencia de dos celadores para su movilización. Ante pacientes con un peso excesivo y que no sea posible su movilización haremos uso de la grúa.

Material

Para realizar esta transferencia necesitaremos el siguiente material:

- * Camilla convencional
- * Dos sábanas

Técnicas

- * Situaremos al paciente al lado de la camilla, que previamente habremos bajado al máximo, frenado y colocado una sábana.
- * Frenaremos la silla, levantaremos los apoya pies y el apoya brazos que está más próximo a la camilla. (Foto N°1)
- * Uno de los celadores se situará a la espalda del paciente y le agarrará de las axilas, el otro frente al paciente y le agarrará por detrás de las rodillas (fosas poplíteas). (Foto N°2)
- * A la voz de "1, 2, 3" levantaremos al paciente y con un movimiento lateral lo trasladaremos a la camilla.
- * Una vez el paciente esté en la camilla, le taparemos con una sábana, levantaremos las barandillas y si lleva suero lo pasaremos a la camilla.
- * Por último trasladaremos al paciente donde nos indiquen y dejaremos la silla en su lugar.

Precauciones

- * Frenar la camilla y bajarla al máximo.
- * Frenar la silla y levantar el apoya brazos.
- * Sujetar al paciente de forma segura para evitar posibles caídas.

Ilustraciones



(Foto N°1)

- 1.- Apoya brazos próximos a la camilla levantado.
- 2.- Silla frenada.
- 3.- Apoya pies levantados.
- 4.- Camilla bajada al máximo y frenada.



(Foto N°2)

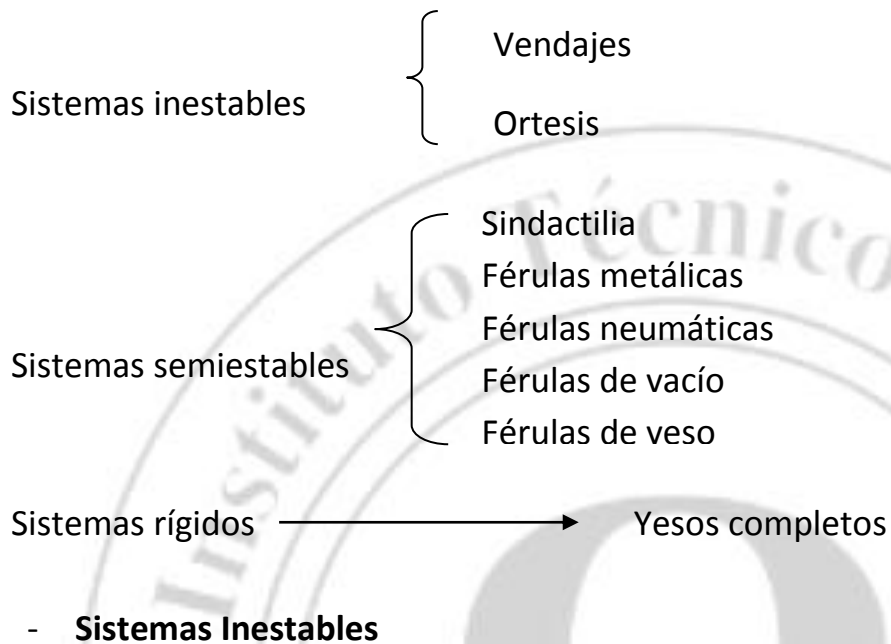
Celador 1- A la espalda del paciente agarrándole por las axilas.

Celador 2- Frente al paciente agarrándole por detrás de las rodillas (fosas poplíteas).

Inmovilización de extremidades

Podemos definir inmovilización como el conjunto de técnicas destinadas a conseguir de modo temporal o permanente, la supresión parcial o total de todos los movimientos de un miembro o zona corporal.

Existen diferentes clasificaciones, según la funcionalidad, el tipo de materiales empleados, la complejidad técnica para su realización, etc., pero hemos preferido ésta en función de la solidez y permanencia de la inmovilización.



Vendajes

Procedimiento o técnica consistente en envolver una parte del cuerpo cubriendo lesiones cutáneas e inmovilizando lesiones osteoarticulares con el objetivo de aliviar el dolor y proporcionar el reposo necesario para favorecer la cicatrización de los tejidos.

Indicaciones de los vendajes

- * Fijar apósitos y medicamentos tópicos.
- * Limitar el movimiento de la parte afectada, minimizando el dolor.
- * Fijar férulas, impidiendo que se desplacen.
- * Comprimir adecuadamente una zona corporal para controlar la inflamación y el edema.
- * Facilitar sostén a alguna parte del cuerpo.
- * Fijar en su sitio los aparatos de tracción.
- * Favorecer el retorno venoso.
- * Moldear zonas del cuerpo (muñones de amputación).

- * Proteger la piel como prevención de lesiones.
- * Contener una hemorragia.

Tipos de vendajes

Vendaje contentivo o blando: usado para contener el material de una cura o un apósito, proteger la piel de erosiones y sostener otra inmovilización (férulas). Es frecuente la utilización de mallas de algodón. Existen diferentes tipos de tallas según la zona a cubrir. Se elige el tamaño adecuado y se efectúan los orificios pertinentes. Las complicaciones más frecuentes son la infección y la maceración de las heridas por utilizar vendajes no transpirables, esto se puede evitar con una periodicidad adecuada en las curas.

Vendaje compresivo: Es un vendaje blando que se utiliza para obtener un gradiente de presión

Se usa para:

- * Ejercer una compresión progresiva a nivel de una extremidad, de la parte distal a la proximal, con el fin de favorecer el retorno venoso.
- * Limitar el movimiento de alguna articulación en el caso de contusiones y esguinces de grado I, por ejemplo.
- * Como método hemostático.
- * Reabsorción de hematomas ya formados.
- * Evitar la inflamación y el edema postraumático. Según la ley de Laplace, aunque se aplique una venda con la misma tensión en dos circunferencias con distinto radio (tobillo y muslo, por ejemplo), cuanto menor es el radio de la circunferencia, mayor es la presión ejercida por el vendaje. El tipo de vuelta a elegir en este tipo de vendaje es la vuelta en espiga y la venda más utilizada, la de crepé.

Vendaje suspensorio: Sostiene escroto o mamas.

Vendaje funcional: Realiza una inmovilización selectiva de la articulación afectada, permitiendo cierto grado de movilidad en aquellas estructuras músculo-tendinosas no lesionadas. Se pretende limitar y disminuir los movimientos que producen dolor, reduciendo el período de inmovilización. El vendaje funcional requiere de la adquisición de conocimientos sobre anatomía y biomecánica para que éste sea eficaz.

Esta técnica la podemos utilizar tanto en el campo terapéutico como preventivo.

Tipos de vendas

Venda de gasa orillada: Es un tipo de venda de algodón, porosa y que se suele utilizar para la realización de vendajes contentivos.

Venda algodónada: Venda de algodón prensado que se emplea para almohadillar vendajes compresivos o de yeso.

Venda elástica: Son vendas de algodón y tejido elástico que se usan en aquellos vendajes en los que se requiere aplicar cierto grado de presión.

Venda elástica adhesiva: Es una venda realizada con tejido elástico con una cara adhesiva. Evitar aplicarla directamente sobre la piel cuando existan problemas como piel delicada, varices o alergia a algún componente; en este caso, es conveniente utilizar un prevendaje.

Vendajes tubulares: Son vendas en forma de tubo que permiten la adaptación a diferentes partes del cuerpo según su tamaño, pueden ir desde los dedos hasta el tronco. Las hay en diferentes tejidos y se emplean fundamentalmente para realizar vendajes contentivos.

Venda impregnada en materiales: Es aquella venda impregnada de yeso, que al humedecerla, se vuelve rígida. Antes de aplicarla, es necesario vendar con algodón y papel.

Venda de papel: Es papel pinocho con cierto grado de elasticidad. Se usa en la colocación de los yesos, entre éste y el algodón.

Venda de espuma: Es aquella que se utiliza como prevendaje a fin de evitar el contacto de la piel con vendajes adhesivos.

Venda cohesiva: Es una venda de fibra de poliéster que se adhiere a sí misma pero no a la piel.

Tape: Tipo especial de “esparadrapo” que se utiliza en el vendaje funcional.



Técnicas de vendaje

Vuelta circular: Consiste en dar vueltas sobre la vuelta anterior. Se usa para iniciar y finalizar vendajes, para fijar apósitos y para contener hemorragias.



Vuelta en espiral: Cada vuelta de la venda cubre 2/3 partes de la vuelta anterior de forma oblicua al eje de la extremidad que se está vendando. El vendaje se debe iniciar en la parte más distal, avanzando a medida que se venda, hacia la más proximal.



Vuelta en espiga: Se comienza por la zona distal de la extremidad, realizando vueltas hacia arriba y hacia abajo con una inclinación de 45° en cada una de ellas. La primera vuelta se inicia hacia arriba y la segunda hacia abajo, y así sucesivamente. Se aplicará una mayor tensión a las vueltas que se dirigen hacia arriba.



Vuelta recurrente: Se utiliza fundamentalmente para los dedos, la cabeza y los muñones. Se realiza comenzando con una vuelta circular, a continuación se lleva el rollo de venda hacia el extremo del dedo, muñón o cabeza, realizando pliegues sobre sí misma en distintas direcciones hasta completar el vendaje. Terminar con vuelta circular. En el caso de la cabeza se denomina capelina o gorro hipocrático.



Vuelta en ocho: se utiliza en rodillas y codos. Las vueltas ascendentes y descendentes se alternan cruzándose en el centro de la articulación formando una figura en ocho.



Contraindicaciones de los vendajes

Absolutas

- * Como tratamiento definitivo de una lesión sin diagnosticar.
- * Fracturas, esguinces grado III o roturas cápsuloligamentosas completas y roturas músculo-tendinosas completas como tratamiento definitivo de la lesión.
- * Reumatismo agudo en fase inflamatoria.

Relativas

- * Insuficiencia venosa periférica o trastornos de la circulación importantes (la técnica de elección es la elástica).
- * Alergia a los componentes del vendaje.

- * Heridas complicadas de la zona a vendar.
- * Quemaduras importantes del segmento a vendar.

Recomendaciones al iniciar un vendaje

Antes del inicio de cualquier vendaje existen una serie de puntos que tenemos que tener en cuenta:

- * Informar al paciente sobre el procedimiento al que va a ser sometido.
- * Adoptar una postura cómoda y hacer que el usuario, dentro de lo posible, la adopte también.
- * Elegir el tamaño de venda adecuado para la zona que se va a vendar.
- * Inspeccionar la piel: color, temperatura, limpieza, lesiones en la zona, etc.
- * Retirar anillos, pulseras y otros objetos de la extremidad lesionada, aunque no se encuentre en la zona a vendar. Por ejemplo, en caso de un vendaje de muñeca, retirar los anillos.
- * La posición del paciente para realizar el vendaje es aquella en que la presión capilar es menor, es decir, no debe hacerse con el miembro en declive.
- * Colocar en posición funcional la zona que necesitamos inmovilizar

Hombro: Brazo adosado al cuerpo (adducción), rotación interna y codo a 90°.

Codo: Flexión de 90° y posición neutra de muñeca.

Muñeca: Ligera flexión, se le dice al paciente que adopte la posición que tendría al coger un vaso.

Dedos de la mano: En ligera flexión.

Rodilla: Flexión de 15 a 20°.

Tobillo: Posición a 90°.

Dedos del pie: En extensión.

Las posiciones funcionales que se han detallado son las que se suelen utilizar a la hora de inmovilizar, pero existen algunas excepciones como por ejemplo:

- * Fractura de Colles: es un tipo de fractura articular de muñeca que requiere una reducción previa y la posición en la que se inmoviliza suele ser en flexión palmar y desviación cubital.
- * Rotura de tendones extensores de los dedos de la mano: los dedos se inmovilizan en extensión. Este tipo de rotura se produce con frecuencia al sufrir heridas incisivas en la zona dorsal de dedos y manos ya que los tendones extensores se disponen de manera muy superficial.
- * Fractura de rótula: La rodilla se inmoviliza en extensión.
- * Fractura del 5º metacarpiano o lesión del boxeador, así llamada porque se suele producir al dar un puñetazo: posición neutra de muñeca y flexión forzada de 4º y 5º dedos.
- * Lesión del tendón de Aquiles: Requiere la extensión del tobillo para provocar un acortamiento en el tendón.

Recomendaciones durante el vendaje

- * Proteger las prominencias óseas.
- * Comenzar a vendar siempre desde la zona más distal a la proximal.
- * Evitar pliegues en la venda que puedan presionar excesivamente y dañar la piel.
- * Asegurarnos de que se mantiene la posición correcta durante todo el procedimiento.
- * No vendar dos superficies dérmicas en contacto. Interponer entre ambas una gasa o algodón a fin de evitar la maceración de la piel.
- * El rollo de venda debe ser sujetado con la mano dominante y el extremo de la venda con la otra mano. La cara externa del rollo de venda se deslizará alrededor de la extremidad que estemos vendando y no al contrario.



Correcto



Incorrecto

- * No se cubrirá la zona distal de los dedos si no es imprescindible a fin de valorar la circulación periférica.
- * En caso de que existan heridas, cubrirlas con apósitos antes de vendar.
- * En vendajes compresivos no dejar zonas sin vendar ya que esto podría dar lugar a la aparición de edemas de ventana.
- * Una vez finalizado el vendaje, asegurarnos de que la presión ejercida no es excesiva.

Complicaciones más frecuentes de los vendajes *

1. Mecánicas
2. Vasculares
3. Neurológicas
4. Irritativas
5. Edema de ventana
6. Escara por decúbito
7. Maceración cutánea
8. Tromboflebitis y tromboembolismo pulmonar
9. Síndrome compartimental agudo

10. Alineamiento incorrecto
11. Quemaduras por yeso
12. Rigidez articular
13. Fracaso del vendaje

1. **Complicaciones mecánicas**: Son las más frecuentes. Son lesiones dérmicas parecidas a quemaduras de primer grado provocadas por pliegues en la venda y por la fricción de ésta sobre la piel. Si no se soluciona el problema, pueden dar lugar a flictenas. Se previenen con una correcta aplicación del almohadillado y evitando en lo posible los pliegues al vendar.
 2. **Complicaciones vasculares**: Provocadas por una presión excesiva sobre la zona a vendar. Se manifiestan en primer lugar por hormigueo, posteriormente por edema distal y, en los casos más severos, por cianosis. Dejando libre la parte distal de la extremidad podemos valorar la coloración y temperatura que nos proporcionarán información del estado circulatorio. Se previenen almohadillando adecuadamente la región a vendar y evitando las vueltas circulares durante el vendaje.
 3. **Complicaciones neurológicas**: La compresión prolongada y extrema de un nervio periférico puede provocar parestesias e incluso parálisis de la extremidad. La prevención se basa en un buen almohadillado.
1. **Complicaciones irritativas**: Se producen por la aplicación directa de material adhesivo sobre la piel. Hay que diferenciarlas de una posible reacción alérgica y se previene utilizando un prevendaje como la venda de espuma.
 2. **Edema de ventana**: Es una inflamación localizada en una zona del cuerpo que se ha vendado y en la que se han dejado áreas de piel sin cubrir. Es en estas zonas descubiertas donde aparece el edema ya que no hay tejido externo que lo comprima. Se evita cerrando completamente los vendajes y nunca creando una

ventana mayor ya que esto aumenta la superficie descubierta; por este motivo hay que dejarle claro al paciente que no debe recortarse el yeso. El vendaje debe llegar hasta la base de los dedos, ni debe cubrir estos, ni quedar a mitad del dorso de la mano o del pie.



Vendajes incorrectos



Vendaje correcto

3. **Escara por decúbito**: Son lesiones cutáneas producidas por compresión que aparecen fundamentalmente en prominencias óseas. En ésta, al igual que en otras complicaciones es imprescindible un correcto almohadillado y vigilar la presencia de dolor, escozor, olores anormales o coloración anómala del vendaje.
4. **Maceración cutánea**: Ablandamiento de la piel que se produce cuando dos superficies dérmicas permanecen en contacto durante un período de tiempo prolongado. Puede terminar ulcerando la zona. Se previene interponiendo apósitos entre las dos superficies dérmicas. Esta complicación se da con frecuencia cuando se vendan dos dedos juntos.
5. **Tromboflebitis y tromboembolismo pulmonar**: La inmovilización de miembros inferiores produce un éstasis venoso que puede ocasionar la aparición de trombos en las extremidades; si el trombo permanece sin moverse y obstruye el flujo sanguíneo da lugar a una tromboflebitis, en cambio, si el trombo es lanzado a distancia a través de la circulación puede alcanzar diferentes órganos produciendo un embolismo, cuando esto se da en la arteria pulmonar aparece el tromboembolismo pulmonar que se caracteriza por una serie de signos y síntomas: disnea, taquipnea, dolor torácico, hipertensión arterial e incluso muerte. Dentro de los embolismos, el más frecuente, es el pulmonar. La prevención se basa en la administración subcutánea de heparina de bajo peso molecular. En caso de aparición brusca de disnea en un paciente con inmovilización de un miembro inferior, sospechar la posibilidad de instauración de un cuadro de tromboembolismo.
6. **Síndrome compartimental agudo**: Un compartimento es un conjunto de músculos con su paquete vasculo-nervioso cubierto por una fascia de tejido conjuntivo inelástico. Esto constituye un espacio cerrado que responde mal a los cambios de presión intracompartimental El síndrome compartimental agudo es el conjunto de

signos y síntomas secundarios al aumento de la presión en un compartimento, lo que provoca una disminución de la presión de perfusión capilar comprometiendo la viabilidad de los tejidos de dicho compartimento.

Un vendaje o yeso muy compresivo puede ser causa de un síndrome compartimental al aumentar la presión en la zona. Esto es más frecuente en las extremidades. Es una de las complicaciones más grave que se puede derivar de un vendaje.

Las lesiones de los distintos tejidos pueden manifestarse de las siguientes formas:

- * La necrosis nerviosa ocasiona parestesias, paresias e incluso parálisis.
- * La necrosis muscular provoca una degeneración de las fibras musculares que son sustituidas por tejido fibroso inelástico ocasionando una contractura.

Si se instaura el cuadro, puede hacerse irreversible dando lugar a lo que se conoce como contractura isquémica de Volkman. Ante la presencia del inicio de los síntomas, se retirará de manera inmediata el vendaje.

7. **Alineación incorrecta**: Esta complicación aparece exclusivamente en caso de fracturas óseas. Es recomendable realizar examen radiológico tras la colocación del yeso para comprobar la correcta alineación de los segmentos. En caso de no existir alineación, será necesario retirar el yeso y volver a repetir el procedimiento.
8. **Quemaduras por yeso**: Se producen tanto en yesos cerrados como en férulas por lo que es importante controlar la temperatura del agua que debe ser templada ya que el agua muy fría dificulta el fraguado y muy caliente puede provocar quemaduras.
9. **Rigidez articular**: El vendaje prolongado de una articulación puede conducir a rigidez más o menos prolongada que casi siempre es transitoria y cede con bastante rapidez al tratamiento de fisioterapia.
10. **Fracaso del vendaje**: Cuando un vendaje no cumple su objetivo (proteger, comprimir o inmovilizar), lo mejor es quitarlo y efectuar otro nuevo.

VENDAJE FUNCIONAL

El vendaje funcional consiste en una inmovilización selectiva de las estructuras músculo-tendinosas lesionadas obteniendo como resultado el mantenimiento o estabilización de las posiciones antiálgicas y el reposo de las zonas afectadas, evitando de esta forma la atrofia muscular, la rigidez articular y la elongación de los ligamentos.

El vendaje funcional requiere conocimientos sobre anatomía y biomecánica para que éste sea eficaz y cumpla su cometido. Esta técnica se utiliza tanto en el campo terapéutico como en el preventivo; en el primer caso, intentando mantener y estabilizar unas estructuras biológicas determinadas que han sido lesionadas y en el caso preventivo para preparar estas estructuras cuando van a ser sometidas a estrés. Este tipo de vendaje se inició en el ámbito deportivo y es aquí donde ha alcanzado su máximo desarrollo.

Un buen vendaje acorta el tiempo de convalecencia y acelera la incorporación de la persona al mundo laboral, a la práctica deportiva o simplemente a la realización de las actividades de la vida diaria.

Además, a nivel psicológico, al mantener mayor grado de movilidad, la actitud del paciente va a ser mucho más positiva.

Indicaciones del vendaje funcional

- * Prevención de laxitudes ligamentosas.
- * Distensiones ligamentosas de grado I y II.
- * Rotura de fibras musculares.
- * Fisuras de huesos largos.
- * Descarga de tendinitis.
- * Tras retirada de escayola como prevención de lesiones.

Contraindicaciones del vendaje funcional

- * Fracturas óseas.
- * Grandes roturas ligamentosas, tendinosas o musculares.
- * Quemaduras o heridas graves.
- * Insuficiencia venosa importante.
- * Alergia al adhesivo.

Técnicas de vendaje funcional

De contención o elástica: Por medio del vendaje se limita el movimiento que produce dolor. Se realiza con venda elástica, cohesiva o adhesiva. Se utiliza especialmente ante superficies musculares amplias o en lesiones agudas con edema. También en aquellas personas que además sufran insuficiencia venosa periférica.

De inmovilización o inelástica: Es la técnica que por medio del vendaje anula el movimiento que produce dolor, el material que se utiliza es el esparadrapo o tape. Se suele aplicar tanto desde el punto de vista preventivo como terapéutico, en este último caso siempre y cuando la lesión no curse con un proceso inflamatorio moderado o grave.

Mixta o combinada: Se utiliza una combinación de materiales de las dos técnicas anteriores.

Al contrario de los vendajes tradicionales, los funcionales no consisten en una tira que debe enrollarse alrededor de la parte del cuerpo afectada, sino de varias piezas separadas que sólo llegan a formar una unidad cuando se pegan juntas.

Tipos de tiras

Estribos, activas o funcionales: Sirven para estabilización de la zona afectada traccionando longitudinalmente.

De anclaje: Soportan la tracción de los estribos, distribuyendo la tensión. · De fijación: Para fijar los extremos de los estribos al anclaje.

De cierre o “encofrado”: Puede ser continuo o tira a tira.

Problemas en el vendaje funcional

- * Si durante la realización del vendaje no se mantiene la posición funcional, las tiras pierden la tensión necesaria, impidiendo una inmovilización correcta.
- * La presencia de arrugas puede producir lesiones dérmicas, resultando además muy incómodas para el paciente.
- * La falta de tensión en los estribos hace que el vendaje no cumpla su función. La tensión se debe distribuir uniformemente.
- * Un cierre con tensión excesiva puede producir un compromiso circulatorio. · Si se sobrepasan los anclajes con los estribos, la tensión se efectuará directamente sobre la piel en vez de en el anclaje

Vendaje funcional de tobillo

Existen técnicas de vendaje funcional para casi todas las articulaciones del cuerpo. Además hay diferentes métodos para aplicar un vendaje funcional a una misma articulación.

Nos centraremos en el vendaje funcional de tobillo ya que el esguince de esta articulación es una lesión muy frecuente y que genera incapacidad.

Técnica

1. Colocar el tobillo en ángulo de 90º con respecto a la pierna.
2. Rasurar el vello existente en la zona.
3. Si existe riesgo de sensibilidad al adhesivo, se utilizará una venda de espuma elástica como prevendaje teniendo la precaución de dejar libre la zona correspondiente a los anclajes para asegurar una correcta fijación.
4. En caso de que exista edema es conveniente la realización del vendaje con técnica elástica (venda elástica adhesiva), en cambio, cuando se realiza un vendaje preventivo, la técnica de elección es la inelástica con tape.
5. Aplicaremos una tira de tape o venda elástica adhesiva alrededor del pie en la base de las articulaciones metatarsofalángicas sin cerrar totalmente en la zona plantar para permitir un correcto apoyo del pie al deambular (anclaje distal).



6. Aplicaremos otra tira circular sin apretar alrededor de la pierna por encima de los maléolos (anclaje proximal).
7. Un primer estribo longitudinal en forma de "U" parte del anclaje proximal por la cara interna de la pierna, pasa por el talón cubriendo ambos maléolos. Al pasar por el maléolo externo traccionaremos ligeramente en dirección ascendente y fijaremos el extremo del estribo sobre el anclaje proximal y no en la piel. Cada vez que se fije un estribo al anclaje se debe asegurar con esparadrapo (Tira de fijación).



Sentido hacia el que debe dirigirse el primer estribo.

- Continuaremos el vendaje con un segundo estribo transversal al eje de la pierna también en forma de "U" que se inicia en el anclaje distal, pasa por la región aquílea, cubre ambos maléolos y se fija en el anclaje distal por el otro lado.



- Un tercer estribo oblicuo que parte del maléolo externo, pasa por encima del antepié, se dirige hacia la planta del pie, rodeándola y asciende por la cara externa de la pierna sobre el maléolo externo hasta anclarse en el anclaje proximal.

Pasos a seguir para la colocación correcta del tercer estribo. Traccionar ligeramente a la altura del maleolo externo.





10. Este último estribo se puede repetir cubriendo el 50% del estribo anterior para reforzar el vendaje.
11. El cierre o encofrado se puede realizar con venda cohesiva o venda elástica de forma continua.

En presencia de edema hay que evitar dejar zonas sin cubrir para prevenir el edema de ventana.

Si el vendaje se realiza con técnica inelástica y no existe edema, el encofrado se puede realizar tira a tira de tape, el talón puede quedar sin cobertura y así facilitar el calzado.



12. Una vez finalizado el vendaje, comprobaremos la temperatura del miembro, la sensibilidad y el llenado capilar distal

Alimentación del paciente

Dietas de pacientes

En el Hospital y fuera de él, todo un equipo de profesionales trabajamos para proporcionarle la mejor atención que precise un paciente en lo referente a su alimentación. Diariamente el médico es el encargado de indicar la dieta más adecuada a sus necesidades. Existen dos grandes tipos: Dieta normal, que en el hospital es llamada BASAL y Dieta Terapéutica, la cual está adaptada para procurar que los alimentos no interfieran negativamente en la diagnosis del paciente.

Dieta normal o basal: Este tipo de dieta no conlleva restricciones, es decir, el paciente podrá comer cualquier alimento. Debemos tener en cuenta:

1.- Que esta dieta se elabora teniendo en cuenta sus necesidades en reposo, por ello no debe exceder las 2700 Kcal. Diarias.

2.- Que en la preparación de este menú basal, las concentraciones de sal y otros aditivos, así como las formas de cocinar, serán diferentes a las de la cocina de casa (si el paciente se encuentra hospitalizado), por tanto las percepciones cambian. En caso de tener este tipo de dieta, lo ideal es que un dietista tomé nota de las preferencias del paciente, así como también notas sobre las posibles alergias alimentarias que pueda tener el paciente. Lo mismo ocurre si estamos cuidando del paciente en su casa. En este caso no habrá dietista, pero será nuestra responsabilidad tener muy en cuenta y hacerle saber a la persona encargada de cocinar, las preferencias del paciente, así como también las alergias alimentarias que este pudiera padecer.

Dieta Terapéutica: En este caso no podrá elegir menú ya que el médico le ha prescrito una dieta específica, dependiendo de sus necesidades. Esta podrá ir progresando en variedad o cantidad según indicaciones médicas.

El papel del auxiliar de enfermería

Basándonos en el proceso de atención de enfermería (PAE), lo primero que realizaremos como acompañantes de un paciente que requiere de nuestra atención y cuidado es una **valoración** del paciente a través de diferentes métodos como la entrevista, la exploración física, análisis clínicos, para así conocer su estado físico, antropomórfico, su estado económico, social, sus influencias culturales y de gustos en cuanto a la alimentación, sus redes de apoyo, conocer a que está dispuesto, su motivación.

Tras ello, en la siguiente fase, la del **diagnóstico**, estableceremos las necesidades detectadas, como, por ejemplo, alteración de la nutrición, riesgo de alteración de la nutrición.

Una vez detectadas las necesidades realizaremos la **planificación**, priorizaremos las distintas necesidades, como, por ejemplo, perder peso; nos plantearemos unos objetivos, como perder 5 kg en 2 meses, estos deben ser reales y alcanzables; y estableceremos unas intervenciones para así poder lograrlos, como, por ejemplo, reducción del porcentaje de grasas e hidratos de carbono. En esta fase le proporcionaremos toda la educación nutricional pertinente en su caso, como composición de cada alimento, horarios, la hidratación, ejercicio físico, situaciones especiales, distintas técnicas de preparación de los alimentos.

La fase de **ejecución** es en la que pondremos en marcha todo lo anterior, daremos al paciente las pautas necesarias en las distintas intervenciones para que logre sus objetivos. Debemos proporcionar un apoyo constante, continuado en el tiempo, motivacional, con refuerzos positivos, debemos estar allí para lo que necesite.

En la última fase de **evaluación**, nos centraremos en observar el grado de cumplimiento de los objetivos, siendo positiva y pudiendo mantener lo aprendido el resto de la vida y si por el contrario no se hubieran conseguido los objetivos, se podría analizar y revisar

de nuevo la situación para intentar un cambio para reconducir la misma, y así, poder lograrlos.

NUTRICION, ALIMENTACION Y EDUCACION NUTRICIONAL

La alimentación es el proceso voluntario por el cual ingerimos alimentos; a diferencia de la nutrición, que es el proceso involuntario, por el cual, nuestro organismo absorbe los nutrientes de estos alimentos para que puedan cumplir sus funciones en el mismo. Por tanto, si no hay patología la nutrición depende de la alimentación, es decir, nuestro cuerpo absorberá los nutrientes de los alimentos que ingerimos, y es esto lo que debemos conseguir, que el paciente realice una buena alimentación, equilibrada y sana, para que su nivel de salud aumente. Esto lo conseguiremos a través de la llamada educación alimentaria y nutricional.

Como ayudar a las personas a comer más

- * Ofrecer alimentos cada 1 ó 2 horas; ofrecer pequeñas colaciones o refrigerios entre las comidas.
- * Animar a la persona a comer más en cada comida.
- * Ofrecer alimentos que sean fáciles de comer y que le gusten al enfermo, incluyendo alimentos ricos en nutrientes y energía en la preparación de las comidas. Por ejemplo, darles carnes, vísceras, aves, pescado, huevos, y leche cuando sea posible (la adición de leche en polvo a las papillas, cremas, purés y otros alimentos permite aportar leche extra); agregar aceite y/o azúcar o miel, para aumentar las calorías.
- * Alimentar a la persona cuando tenga la temperatura baja, esté lavada, tenga la boca limpia y las narices destapadas.
- * Alimentar a la persona sentada (especialmente si puede tener vómitos); en el caso de un bebé enfermo, alimentarlo mientras esté sentado en la falda de otra persona.

- * Mantener el agua y los alimentos cerca cuando la persona tiene que permanecer en cama. Nunca se debe forzar a un niño enfermo a comer, dado que puede alterarse o vomitar.

Tipos de alimentación

Siempre es necesario conocer qué cosas ingerimos y en qué nos benefician estos alimentos. En este campo se relaciona la nutrición. La nutrición se refiere a la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas de la persona y su organismo. No todos los organismos trabajan de la misma forma por eso la nutrición es personalizada según la necesidad u objetivo de la persona.

La nutrición es el proceso en el que nuestro organismo utiliza los alimentos para mantenerse en buen funcionamiento y reparar algunas áreas del cuerpo deterioradas. Este ámbito de la medicina se divide en varias ramas.

La clasificación de la nutrición se puede realizar según sus tipos. Estos son tres:

Nutrición autótrofa: Hace referencia a la alimentación de uno mismo, sintetizando sustancias orgánicas, en otras palabras, podemos decir que la nutrición autótrofa se refiere a aquellos seres vivos que son capaces de producir los alimentos que consumen. Las plantas son un ejemplo perfecto para esto, ya que estas se alimentan gracias a la fotosíntesis.

Nutrición heterótrofa: Este tipo de nutrición se refiere a las que emplean aquellos seres vivos que necesitan una fuente ya elaborada de alimentos. Como ejemplo podemos mencionar los animales, hongos y gran parte de los microorganismos.

La nutrición heterótrofa comprende varios tipos. Entre ellos se puede hablar de la nutrición parasita que no es más que el ser vivo habita sobre o dentro de otro organismo y del cual obtiene sus nutrientes por ingestión o absorción. También está la nutrición saprofita, en la que el ser vivo succiona los nutrientes del medio y los descompone a través de enzimas para obtener la energía que necesita.

Por último en la clasificación de la nutrición y dentro de la rama heterótrofa tenemos la holozoica, que es propia del ser humano. Los organismos ingieren los alimentos de forma sólida, después los dirige el sistema encargado y obtiene los nutrientes que necesita. Los nutrientes holozoicos se clasifican de tres formas:

- * Nutrición herbívora: El organismo se alimenta de los vegetales.
- * Nutrición carnívora: El organismo se alimenta de la carne.
- * Nutrición omnívora: El organismo se alimenta tanto de vegetales como de carnes.

Después de conocer cuál es la clasificación de la nutrición es necesario saber sus tipos. Estos son mencionados constantemente y se visualizan en la tabla de contenido de los productos que ingerimos.

Carbohidratos: Son macronutrientes esenciales para el organismo. Ellos son la fuente de energía y los alimentos que los contienen son ricos en fibra, la cual es necesaria para que el intestino funcione correctamente. Aunque los carbohidratos son los enemigos de las dietas adelgazantes son muy necesarias para el cuerpo.

Proteínas: Este nutriente forma parte de la estructura de todas las células, es decir, que es parte de la materia prima de nuestro cuerpo. Ayudan a reparar tejidos y luchar contra algunas infecciones. Cuando su consumo excede las necesidades del cuerpo resulta ser una fuente de energía.

Vitaminas: Son micronutrientes que el organismo necesita para poder asimilar otros nutrientes. Participa en la formación química del sistema nervioso, los glóbulos rojos, hormonas y el material genético. Es necesario para el buen funcionamiento del organismo y el sistema metabólico.

Grasas: Además de aportar energía y ser necesaria para mantenerse en buen estado cumplen con un rol estructural. Es el medio de transporte para otras sustancias y aumenta la palatabilidad. Es importante recalcar que existen grasas buenas y malas.

Minerales: Son las que dan estructura a los huesos, dientes y uñas. Al igual que las vitaminas ayuda a las enzimas en algunos procesos del cuerpo. Estas son sustancias inorgánicas que provienen del suelo, el agua o las rocas. Entre algunas de ellas mencionamos el fósforo, calcio, zinc y magnesio.

Sin embargo, existen situaciones en las que la nutrición comiendo alimentos habituales por la boca no son suficientes para mantener un estado de salud adecuado, por más que la alimentación sea la adecuada y contenga todos los nutrientes y minerales necesarios para el organismo.

Técnicas de soporte nutricional o de nutrición artificial

Existen situaciones en las que la nutrición, tal y como se conoce, comiendo alimentos habituales por la boca, no es suficiente para mantener un estado de salud adecuado, ya sea por alguna enfermedad que aumente mucho las necesidades (por ejemplo, una enfermedad pulmonar en la que el individuo gaste mucha energía al tener que respirar muy rápido) o situaciones en las que no pueda realizarse (por ejemplo cirugía reciente de intestino, tras la que sea necesario no ingerir nada durante un periodo largo de tiempo).

En estos casos se recurre a técnicas de soporte artificial (nutrición enteral, nutrición parenteral o ambas) para administrar dichos nutrientes de otra forma.

Nutrición enteral

La nutrición enteral es una técnica de soporte nutricional que consiste en administrar los nutrientes directamente en el tracto gastrointestinal mediante sonda. No se acepta

conceptualmente como nutrición enteral la administración oral de fórmulas artificiales. Es la administración de los nutrientes en el aparato digestivo. Puede ser:

Nutrición enteral oral: Se toman por boca productos obtenidos de los alimentos y diseñados específicamente para que tengan muchas calorías, o algún nutriente determinado según la enfermedad del paciente. Estos productos se denominan “fórmulas o módulos nutricionales”, aunque tradicionalmente se usa de manera errónea el término “batido”. Las fórmulas se comercializan de forma líquida o en polvo y se suelen saborizar para que sepan a vainilla, chocolate, fresa, etc. (Por eso, quizá, la denominación de “batido”).

Nutrición enteral por sonda: Se administran dichas fórmulas a través de un tubo fino, largo y flexible. Este tubo se puede introducir a través de la nariz o la boca hasta el estómago o el intestino (sondas nasogástricas, desde la nariz al estómago; naso intestinales, desde la nariz al intestino; orogástricas, desde la boca al estómago, etc.), o a través de agujeros que se hacen en quirófano en el estómago o en el intestino (gastrostomía, agujero en el estómago).

Nutrición parenteral

La nutrición parenteral consiste en administrar nutrientes al organismo por vía extra digestiva. En la calidad y cantidad necesaria para cada individuo. Sin embargo, es una técnica no exenta de complicaciones, que supone una carga asistencial y con un coste económico elevado. Por ello debemos ser estrictos en sus indicaciones y valorar en todo momento los beneficios, riesgos y costes que se derivan de la misma. Como premisa fundamental hay que tener presente que siempre que sea posible, por existir un tracto digestivo funcional, debe utilizarse la nutrición enteral.

Es la administración de los nutrientes a través de una vena

Cuando y para qué se usa la nutrición enteral

Siempre que se necesiten más nutrientes o energía de los que el paciente pueda comer con una alimentación normal o cuando no pueda comer por boca. Se necesita que el aparato digestivo funcione total o parcialmente.

Cuando y para qué se usa la nutrición enteral

Cuando no se pueda usar el aparato digestivo por una enfermedad o en situaciones en las que se necesite reposo digestivo. A veces, el aparato digestivo funciona parcialmente y de forma insuficiente, y se necesita completar la nutrición de forma parenteral.

Hidratación

La idea de hidratación puede referirse a la cantidad de agua que necesita el organismo de un ser vivo para funcionar de manera correcta. En el caso del ser humano, se recomienda el consumo de al menos dos litros de agua al día para mantener la hidratación.

El agua, un elemento vital

Es importante tener en cuenta que el agua permite el transporte de nutrientes a los tejidos y a los órganos y posibilita que se lleven a cabo las reacciones químicas esenciales para la vida. Como el cuerpo pierde agua de manera constante, es imprescindible incorporar este líquido para mantener la hidratación.

La pérdida de agua se incrementa con la actividad física ya que aumenta la sudoración. Por eso, al realizar ejercicio, resulta indispensable beber agua.

No solo sentir sed es un indicador de una hidratación deficiente. La orina de color oscuro también puede revelar que el organismo no está bien hidratado, al igual que el cansancio intenso y la cefalea. Estos síntomas, de todos modos, pueden asociarse a otros trastornos, con lo cual el médico debe ser el encargado de interpretarlos.

Cómo asegurar una hidratación adecuada

Más allá de beber agua, las personas puede ingerir otras bebidas para favorecer la correcta hidratación: jugos, infusiones, etc. Incluso comer frutas y vegetales aporta agua al organismo.

La hidratación, por otro parte, refiere a propiciar que la piel y el cabello tengan la humedad correcta. Para esto existen lociones, cremas y otros productos que ayudan a cubrir las necesidades.

La importancia de la hidratación

La actividad física frecuente y una dieta sana son importantes para envejecer de forma saludable. Sin embargo, con frecuencia nos olvidamos de que el agua es una necesidad básica para el cuerpo, y eso da lugar a la deshidratación.

Hidratarse consiste en reponer los líquidos corporales que perdemos a través del sudor, al exhalar aire y al eliminar residuos. En promedio, el cuerpo pierde y necesita reponer de 2 a 3 cuartos de galón de agua al día.

Afortunadamente, muchos de los alimentos que comemos están compuestos principalmente de agua. Los alimentos con alto contenido en agua son las verduras de hoja y la mayoría de las frutas y hortalizas. Las bebidas con cafeína (refrescos, té y café) solo cuentan, en parte, a la hora de medir nuestra ingesta diaria de líquidos. Aunque no

nos deshidratan, suelen favorecer el aumento de orina y no deben ser la principal fuente de líquidos no alimenticios que consumamos durante el día.

Las mejores fuentes de hidratación son el agua y las bebidas cuya composición principal sea el agua (bebidas para deportistas, té de hierbas, agua de limón y caldo de verduras).

El papel del agua en el cuerpo humano

Podemos aguantar hasta seis semanas sin comer, pero no podemos permanecer más de una semana sin agua. Las siguientes son otras formas en las que el agua influye en nuestra salud:

- * Transporta los nutrientes y el oxígeno a todas las células del cuerpo.
- * Ayuda a convertir los alimentos en energía.
- * Lubrica las articulaciones.
- * Regula la temperatura corporal.
- * Protege y amortigua los órganos vitales.
- * Humedece el oxígeno que empleamos al respirar.
- * Es esencial para que nuestros sentidos funcionen adecuadamente.
- * Es un compuesto esencial de la sangre, que transporta los nutrientes a las células y los desechos fuera del cuerpo.
- * Es uno de los seis nutrientes esenciales para la vida (agua, grasa, carbohidratos, proteínas, vitaminas y minerales).

Consecuencias de no beber suficiente agua o de deshidratación

- * El funcionamiento óptimo. Nuestro cuerpo necesita estar hidratado para funcionar de forma óptima. Si no tenemos suficiente líquido en el cuerpo, las funciones esenciales como la circulación de la sangre no se realizan

adecuadamente y los órganos no reciben los nutrientes necesarios, de modo que su rendimiento será menos eficiente.

- * El estado de ánimo. La deshidratación puede afectar a nuestro estado de ánimo. Si una persona no ha bebido suficiente agua, es posible que se sienta cansada, de mal humor o irritable. Incluso quizá piense que tiene hambre, cuando lo que su cuerpo realmente está necesitando es agua.
- * La productividad. Una buena hidratación también es importante para pensar con claridad. Si usted está deshidratado, su productividad puede verse afectada. Es importante recordar que nuestro cuerpo pierde agua durante todo el día y por eso debemos reponerla continuamente.

Recomendaciones para aumentar la ingesta de líquidos

1. Lo primero, al comenzar la mañana, el paciente debe beber un vaso de agua o jugo.
2. Con el fin de satisfacer las necesidades de su cuerpo y evitar problemas para orinar con frecuencia, debemos hacer que el paciente beba pequeños tragos frecuentes a lo largo del día, en lugar de varios tragos grandes a la vez.
3. Los problemas de estreñimiento podrían deberse a no beber suficiente agua: nuestro cuerpo necesita agua para equilibrar la ingesta de fibra.
4. Los líquidos se absorben más fácilmente cuando están más fríos, entre 40 y 60 grados F.
5. El color de la orina del paciente nos puede servir como indicativo para saber si está bien hidratado. Si orina con regularidad y su orina es de color amarillo claro, está bebiendo lo suficiente. Si la orina es de color amarillo oscuro, se debe aumentar el consumo de líquidos.
6. El paciente debe beber agua con frecuencia entre las comidas.
7. Las personas que sufren alergias y quienes toman medicamentos deben tratar de cumplir los objetivos de consumo de líquidos antes indicados. Los riñones y el hígado necesitan una mayor cantidad de agua para procesar los medicamentos.

8. El paciente debe beber agua antes de manifestar que tiene sed. La sed es una señal de que su cuerpo ya está deshidratado. Siga bebiendo con frecuencia a lo largo del día, incluso después de saciar la sed.

Control de esfínteres

El control de esfínteres es un proceso de maduración y aprendizaje del control de la micción y la defecación, que tiene lugar durante la infancia.

Incontinencia Urinaria

La insuficiencia urinaria (IU), es cualquier pérdida involuntaria de orina que supone un problema social o higiénico. Se presenta tanto en personas sanas como asociada a diferentes enfermedades, y puede ser consecuencia de diversas causas. No se ha venido considerando una enfermedad per se, lo que unido a la falta de consenso sobre su definición ha dificultado su conocimiento. A ello hay que añadir el no haber estado incluido en los temarios formativos (universitarios y de todo tipo). Además, su identificación, cuantificación y adecuado tratamiento desde el punto de vista asistencial han sido muy escasos, a pesar de que se trata de un problema clínico relevante, tanto por su prevalencia como por sus connotaciones psicosociales y económicas.

La IU en los últimos años ha experimentado una creciente atención por parte de todos los medios sociales (autoridades y personal sanitario, población en general e incluso medios de comunicación), en parte debido al envejecimiento de la población. Pese a que las empresas farmacéuticas han desarrollado fármacos útiles en algunos tipos de IU (lo que le ha aportado un valor añadido a la enfermedad), el mayor gasto relacionado con su control sigue estando relacionado con los absorbentes derivados de la celulosa.

La incontinencia, como síntoma de la fase de llenado, se define como la enfermedad, o condición médica, caracterizada por cualquier pérdida involuntaria de orina que supone

un problema higiénico o social. Hasta ese año, la falta de consenso en la definición ocasionaba graves problemas a la hora de realizar trabajos epidemiológicos. La IU no es una enfermedad que ponga en peligro la vida del paciente, pero deteriora significativamente la calidad de vida de quien la padece, ya que reduce su autoestima y merma su autonomía.

En cuanto al tipo de incontinencia, desde un punto de vista sintomático y de acuerdo con las directrices de la ICS, ésta puede clasificarse de diferentes formas:

Incontinencia urinaria de esfuerzo: La IU de esfuerzo (IUE) es la pérdida involuntaria de orina asociada a un esfuerzo físico que provoca un aumento de la presión abdominal (como toser, reír, correr o andar).

Incontinencia urinaria de urgencia: La IE de urgencia (IUU) es la pérdida involuntaria de orina acompañada o inmediatamente precedida de “urgencia”. Entendemos por “urgencia” la percepción por el paciente de un deseo miccional súbito claro e intenso, difícil de demorar y con miedo al escape.

La ICS también define el síndrome de vejiga hiperactiva como el conjunto de síntomas de la fase de llenado caracterizado por urgencia miccional como síntoma principal (deseo miccional imperioso con miedo al escape), con o sin incontinencia, habitualmente asociado a frecuencia miccional elevada y nocturia. Debe quedar bien claro que el síndrome de vejiga hiperactiva es un síndrome exclusivamente clínico. Así pues, dicho síndrome puede cursar o no con IU y puede ser la expresión clínica de etiología muy variada.

Incontinencia urinaria mixta: Se trata de un tipo de incontinencia que se asocia a urgencia miccional y también a los esfuerzos, al ejercicio, a los estornudos o a la tos.

Insuficiencia urinaria “continua”: Es la pérdida involuntaria y continua de orina. Puede deberse a una fístula vesicovaginal, a una desembocadura ectópica de un uréter en la vulva o a una lesión grave del sistema esfinteriano (lo que se ha denominado “deficiencia esfinteriana intrínseca”).

Enuresis nocturna: Se refiere a cualquier pérdida involuntaria de orina durante el período de sueño.

Incontinencia urinaria por rebosamiento: Algunos autores la denominan “incontinencia urinaria inconsciente”. Es la IU que se aprecia en pacientes sin deseo miccional alguno. El enfermo presenta incontinencia que suele requerir al uso de absorbentes y que origina un cuadro también denominado “retención crónica de orina”. El motivo suele ser una obstrucción infravesical con dilatación de todo el tracto urinario, incluido el superior, y que suele acompañarse de insuficiencia renal postrenal.

Otros tipos de incontinencia urinaria: Otros tipo de IU son la que se produce durante el coito, tanto en la mujer como en el varón, o climacturia (sobre todo en pacientes intervenidos de prostatectomía radical), la incontinencia con la risa (giggle incontinence) y el goteo postmiccional.

Incontinencia “funcional”: Se puede denominar así al tipo de IU que se produce en pacientes cuyo aparato urinario no tiene problema alguno, pero que debido a trastornos físicos (movilidad reducida), cognitivos (demencia), arquitecturales (barreras arquitectónicas en pacientes con movilidad reducida) o al uso de determinados medicamentos no son capaces de llegar al baño. Este tipo de IU suele observarse en pacientes ancianos, en los que pueden coexistir diversos factores como delirio, infección urinaria, atrofia vaginal, factores psicológicos, fármacos, movilidad restringida, exceso de diuresis (poliuria) o impactación fecal (stool impaction en inglés), que constituye la regla nemotécnica DIAPPRES.

Incontinencia fecal

La incontinencia fecal es la incapacidad para controlar la salida de heces del cuerpo. Puede presentarse junto con estreñimiento o diarrea. Generalmente ocurre en adultos de edad avanzada y en niños.

La incontinencia fecal se puede deber a diversas condiciones, su médico podría ordenar pruebas para evaluar posibles problemas. Estas pruebas evalúan el colon, el recto, los

músculos anales, y los músculos del piso pélvico. El tratamiento dependerá de la causa subyacente de la condición. Podría incluir modificaciones en la dieta, medicamentos, terapia física, cirugía, u otras formas de ayudar a restaurar una función adecuada.

¿En qué consiste la incontinencia fecal?

La incontinencia fecal es la incapacidad para controlar la salida de heces del cuerpo. Puede presentarse junto con estreñimiento o diarrea. Generalmente ocurre en adultos de edad avanzada y en niños.

Durante la evacuación intestinal normal, el recto, el ano, los músculos de la pelvis y el sistema nervioso deben trabajar juntos, en forma simultánea. La incontinencia fecal puede ocurrir debido a:

- **Daños en los músculos o nervios.** Daño en los nervios sensoriales del recto o de los músculos del esfínter pueden causar una pérdida de control de la defecación. Este tipo de daño podría ocurrir debido al parto, al esfuerzo constante durante la defecación, a una lesión de la médula espinal, o a un accidente cerebrovascular. Algunas enfermedades tales como la diabetes mellitus y la esclerosis múltiple también pueden afectar los nervios que controlan la defecación.
- **Daños en el recto.** El recto se puede endurecer debido a la inflamación crónica. Esto hace que las heces se muevan rápidamente a través del recto. Este tipo de daño puede deberse a la colitis, al tratamiento con radiación, o a procedimientos quirúrgicos que involucran el recto y el ano.
- **Estreñimiento crónico (continuo).** El estreñimiento crónico y las heces duras pueden hacer que los músculos del recto se estiren y debiliten con el tiempo. Esto puede hacer que los músculos que rodean al ano (denominado esfínter anal) permanezcan abiertos, resultando en la fuga de las heces.
- **Diarrea.** Las heces blandas pueden empeorar la incontinencia fecal.

- **Otras condiciones.** La incontinencia fecal también puede ser el resultado de una condición denominada prolapso rectal. Esto sucede cuando el recto se desplaza fuera de lugar, a veces saliendo hacia afuera del cuerpo. En las mujeres, la incontinencia fecal también puede ser el resultado de una condición denominada rectocele. Esto sucede cuando el recto forma una protuberancia hacia la vagina de una mujer (debido a un debilitamiento o desgarramiento del tejido que normalmente separa el recto y la vagina).

En los niños existen dos tipos de incontinencia fecal:

- **Incontinencia fecal verdadera.** Es una condición congénita en la que las estructuras normales del intestino no se desarrollan adecuadamente. Los niños con incontinencia fecal verdadera son físicamente incapaces de controlar la defecación. Podrían tener heces blandas o estreñimiento. Los problemas de la columna, una espina bífida, o una malformación anorrectal podrían causar esta condición. Una malformación anorrectal es un defecto congénito en el que la apertura anal, el recto, y/o los nervios que le indican al cuerpo que debe defecar no se desarrollan adecuadamente.

La enfermedad de Hirschsprung también puede causar incontinencia fecal. Es una enfermedad congénita en la que faltan las células nerviosas en los músculos del recto y del colon. Esto causa problemas para defecar.

- **Encopresis o pseudoincontinencia.** Problemas emocionales o del desarrollo también pueden causar una incapacidad para controlar la defecación. Ocurre en niños que se niegan a defecar. Esto hace que las heces se acumulen en el colon y en el recto. Cuando las heces se endurecen, los músculos del recto se pueden debilitar y las heces líquidas podrían fugarse por los lados de las heces duras y hacia afuera del cuerpo. El término encopresis significa el derrame involuntario de heces hacia afuera del cuerpo debido a la incontinencia fecal.