



M^a. del Carmen Jiménez Díaz*
J. Gutiérrez Gascón*
M^a. Luisa Pérez Pérez*
J. López Ortega*
A. Frías Osuna*
M. Arrazola Saniger*

El masaje en el estreñimiento del anciano

* Profesores de Enfermería E.U.E. de Jaén.

Correspondencia:

M^a. del Carmen Jiménez Díaz
c/ Antonio Herrera, 2A-4^o C
23007 Jaén

RESUMEN

Parece indiscutible que el anciano es un gran consumidor de laxantes, que suponen un alivio rápido del estreñimiento, pero que con el tiempo provocan un agravamiento de éste.

La aparición de las llamadas Terapias alternativas ofrece a la enfermera y al propio anciano el tratamiento del estreñimiento por medio de técnicas auxiliares de estas como son los masajes, que no solamente lo previenen y ayudan a combatirlo, sino que provocan relajación en general en el anciano.

PALABRAS CLAVE

Anciano; Estreñimiento; Masaje Abdominal; Terapia Alternativa.

SUMMARY

It is clear that elderly persons are important laxative consumers and that laxatives rapidly alleviate constipation, but with time laxative use worsens the condition.

The so-called alternative therapies provide nurses and elderly with therapeutic options for managing constipation, including ancillary techniques such as massage. Massage not only prevents constipation but also helps to enhance the elderly subject's well-being.

KEY WORDS

Elderly; Constipation; Abdominal Massage; Alternative Therapy.

120 INTRODUCCION

La eliminación de las sustancias de desecho es fundamental para el hombre, la alteración de esta necesidad en cuanto a la disminución del número de deposiciones de las que una persona tiene por costumbre (generalmente una por día) y el desconocimiento de la población de la variabilidad, dentro de la normalidad, en cuanto al número y frecuencia de las deposiciones (desde tres veces al día hasta tres veces por semana), provoca en la valoración de los hábitos intestinales el autodiagnóstico de estreñimiento.

Aunque no existen estudios que demuestren contundentemente la relación existente entre el envejecimiento del aparato digestivo y la aparición de estreñimiento en las personas mayores, este supone un problema para el sector de población de mayor edad, puesto que existe la creencia de que estreñimiento y envejecimiento van unidos, lo que provoca que sean los ancianos los mayores consumidores de laxantes.

ANATOMOFISIOLOGIA

Para comprender la dinámica de la motilidad intestinal es necesario recordar algunas nociones de la anatomía y fisiología de la porción del tubo intestinal que tiene como función la eliminación de los productos de desecho de la digestión.

INTESTINO GRUESO

El intestino grueso es la porción final del tubo digestivo. Es la continuación del intestino delgado del cual está separado por la válvula ileocecal. Finaliza abriéndose al exterior por el orificio anal.

Su longitud media es de 1,5 metros. Se describen dos segmentos que son: colon y recto.

Colon. Sucesivamente se describen en el colon las siguientes porciones: ciego, colon ascendente, colon transverso, colon descendente y colon sigmoideo o ileopélvico (figura 1).

El ciego, primera porción, tiene forma de un fondo de saco, en él se abre el intestino delgado. Se continua hacia arriba con el colon ascendente. Situado en la fosa ilíaca derecha, presenta un divertículo hueco llamado apéndice vermiforme.

El colon ascendente, va desde el ciego hasta la cara visceral del hígado donde cambia de dirección, for-

mando el ángulo cólico derecho o hepático.

A partir de aquí como colon transverso cruza la cavidad abdominal de derecha a izquierda hasta llegar a doblarse de nuevo, formando el ángulo cólico izquierdo o esplénico.

Desde aquí desciende por el flanco izquierdo de la cavidad abdominal como colon descendente. Al llegar a la altura de la cresta ilíaca izquierda atraviesa oblicuamente la fosa ilíaca izquierda y penetra en la pelvis, llamándose colon sigmoideo.

Recto. Porción del intestino grueso que se extiende desde la unión rectosigmoidea (3^a vértebra sacra) hasta el ano -15 a 17 cm. de longitud-. El recto presenta dos partes, la ampolla rectal arriba y el canal anal, abajo.

El límite inferior del recto es la unión anorectal que se sitúa a unos 2 cm. por encima del vértice del cóccix.

Estructura anatómica. El colon y el recto son diferentes en cuanto a su forma externa. Las fibras longitudinales de la capa muscular del colon se agrupan formando tres cintillas musculares (anterior, posteroexterna y posteroexterna) que reciben el nombre de *tenias cólicas*. Las tenias se pueden localizar en todos los segmentos del colon, no estando presentes en el recto.

El colon presenta una especie de abollonaduras que segmentan todas sus porciones, y que se llaman *haustros*. También se pueden observar unos pequeños saquitos de grasa que cuelgan del colon, llamados *apéndices epiploicos*.

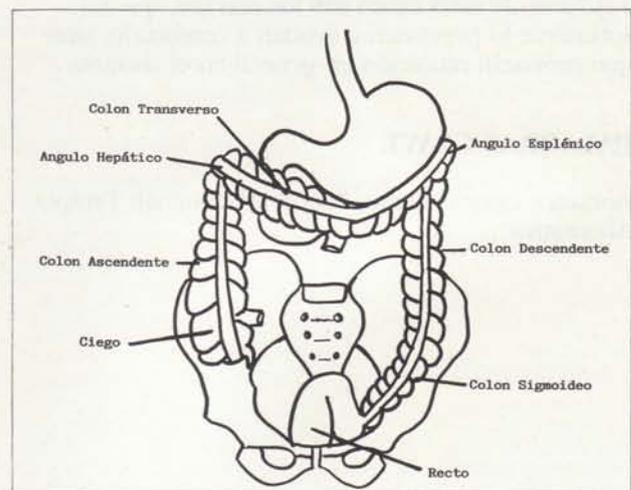


Figura 1. Intestino grueso.



Internamente las cintillas se corresponden con tres relieves acintados y los haustrós con unas pequeñas cavidades.

El recto carece externamente de tenias, haustrós y apéndices epiploicos. Visto internamente el recto presenta unos pliegues longitudinales formados por la mucosa. Estos pliegues desaparecen al distenderse el recto con la llegada de las heces. Se pueden observar otros tres pliegues transversales, llamados válvulas rectales o de Houston.

En su parte inferior se pueden observar unos pequeños repliegues, llamados válvulas anales y unos relieves que son las columnas anales o de Morgagni (figura 2).

Irrigación e inervación. El colon y el recto están irrigados por los vasos mesentéricos. La arteria mesentérica superior, rama de la aorta abdominal, irriga el ciego, colon ascendente y la mitad del colon transverso. El resto del colon transverso, el colon descendente y el sigmoideo los irriga la arteria mesentérica inferior.

El drenaje venoso lo realizan las venas mesentéricas superior e inferior, que al unirse a la vena esplénica forman la vena porta.

El recto está irrigado por las arterias hemorroidales superiores –ramas de la mesentérica superior–. Las arterias hemorroidales medias e inferiores también contribuyen a la irrigación del recto. Las venas del recto van a dar lugar al plexo hemorroidal.

Tanto el colon como el recto reciben una doble inervación, del sistema simpático y parasimpático.

ANATOMIA FUNCIONAL

El colon tiene tres funciones: absorción, secreción y motora. La absorción se efectúa fundamentalmente en el colon ascendente. De los 500-800 cc. de quimo que llegan al ciego, son expulsados por las heces entre 100 y 200 cc., el resto se absorbe fundamentalmente en forma de agua.

La secreción en el colon está muy limitada, solo se producen una secreción mucosa, viscosa y alcalina que protege a la mucosa y neutraliza los ácidos irritantes producidos por la fermentación bacteriana.

La función motora tiene como fin eliminar las heces por el orificio anal. Los movimientos del colon se pueden agrupar en:

- Movimientos del contenido intestinal: son movimientos cuya misión es la de poner en contacto el contenido intestinal con las paredes del colon

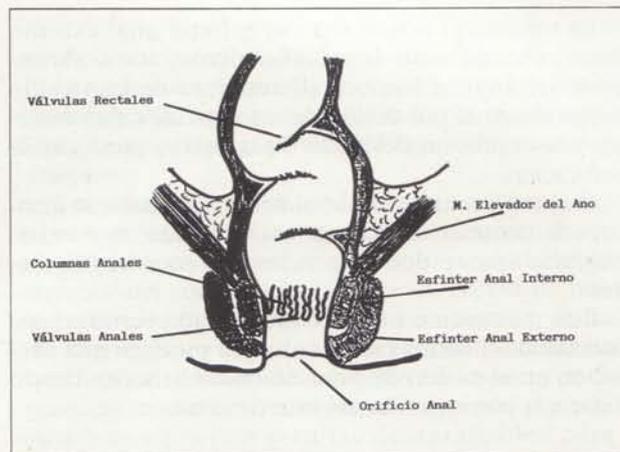


Figura 2. Recto y conducto anal.

para favorecer la absorción.

- Movimientos de la pared intestinal: son movimientos propulsores que permiten la progresión del contenido intestinal.

El segmento ano-rectal tiene como función principal la expulsión de las heces al exterior. La evacuación de las heces se produce por la acción conjunta de tres componentes: sensorial, estructural y motor.

La llegada de las heces al recto provoca una sensación de distensión. Este mecanismo es de suma importancia para tener conciencia de la llegada de material al recto y al mismo tiempo pone en marcha una serie de reflejos intramurales y medulares.

El componente estructural, está formado por el ángulo ano-rectal –que se modifica a la hora de defecar–, por un sistema de válvulas que presenta el recto en su interior y por la mucosa rectal.

El componente motor está formado por el esfínter anal interno, compuesto por fibras musculares lisas y por el músculo elevador del ano y esfínter anal externo, cuyas fibras son estriadas y por lo tanto pueden ser controladas por la voluntad.

MECANISMO DE LA DEFECACION

La distensión del recto por la llegada de las heces produce una excitación de las terminaciones nerviosas que mandan impulsos a la médula espinal, poniendo en marcha unos mecanismos reflejos que llegan al colon descendente y sigmoideo y al esfínter anal interno produciendo su relajación.

122 La relajación voluntaria del esfínter anal externo junto con una serie de modificaciones, como alineación del ángulo ano-rectal, aumento de la presión intraabdominal por acción de los músculos abdominales y la depresión del suelo de la pelvis, producen la defecación.

Si el momento no es socialmente adecuado, se mantiene la contracción voluntaria del esfínter anal externo, hasta que se den las condiciones sociales adecuadas.

Este mecanismo puede verse alterado como consecuencia de diversos factores, lo que produce una alteración en el patrón de evacuación de la heces, dando lugar a la participación del estreñimiento.

FACTORES QUE PRODUCEN ESTREÑIMIENTO

Son numerosos los factores que provocan una alteración en la dinámica intestinal y que pueden ocasionar consiguientemente estreñimiento en el anciano. Entre los factores a tener en cuenta en la valoración del anciano con estreñimiento tenemos:

- La hipoactividad o inmovilidad a la que se ve sometido el anciano, bien como consecuencia de institucionalización o falta de ejercicio físico.
- Alteraciones en la dieta, bien por la disminución en el consumo de líquidos o ingesta deficiente de fibra en ella, o por cambios en la dieta habitual.
- Hábitos intestinales irregulares, no responder al deseo de defecar provoca por un lado absorción de agua produciendo un endurecimiento de la masa fecal y por otro da lugar a que los reflejos normales se hagan cada vez más débiles.
- Uso habitual de laxantes y enemas que aumentan el tiempo de restablecimiento del tono y la actividad habitual para defecar.
- Cambios en la actividades de la vida diaria por viajes, vacaciones y/o falta de la intimidad necesaria para defecar.
- Trastornos orgánicos propios del sistema digestivo; enfermedades del colon, atonía o hipertonicidad del mismo, trastornos anorectales dolorosos, etc.
- Otras patologías como degeneración neurológica, estrés, depresión.
- Fármacos, como causa potencial de estreñimiento ya que los ancianos son unos grandes consumidores de ellos como consecuencia de la pluripatología a la que se ven sometidos.

- Disminución del tono de la musculatura abdominal implicada en la defecación.

ACTUACION DE ENFERMERIA

El plan de cuidados debe ir encaminado principalmente a la prevención del estreñimiento mediante la elaboración de estrategias conjuntas (anciano/enfermera) que garanticen el establecimiento de actividades de educación sanitaria dirigidas a:

- La planificación de dietas ricas en alimentos con fibra, con aumento de líquidos siempre y cuando estos no estén contraindicados.
- La programación de actividades que incluya ejercicios abdominales de tipo isométrico.
- Una respuesta pronta al deseo de defecar.
- Intimidad, postura adecuada y ambiente tranquilo.

Una vez valorado y diagnosticado el estreñimiento, las actividades deben incidir directamente sobre aquellos factores que lo causan.

Los profesionales de enfermería, no olvidando que los ancianos estreñidos necesitan y desean un alivio rápido, deben planificar la inclusión de las medidas preventivas en las actividades de la vida diaria, incluyendo actividades específicas para el tratamiento del estreñimiento ya instaurado.

Además de garantizar el tratamiento clásico como son los enemas y los laxantes, la aplicación de masaje en el abdomen y en la región glútea puede proporcionar estimulación y relajación sobre el intestino y los esfínteres anales.

El creciente interés que se produce en las últimas décadas, tanto en la población general como en los profesionales sanitarios, por la utilización de terapéuticas alternativas, nos lleva a que el masaje haya sido encontrado como una terapéutica eficaz que puede aliviar síntomas molestos y puede acelerar la curación de los pacientes al fomentar la confianza y la empatía con el personal sanitario.

En el ámbito de la tercera edad, algunos autores como Ylinen J., Rodenas P., han propuesto el uso del masaje como terapia para combatir el estreñimiento.

TECNICAS DEL MASAJE

En el momento de realizar el masaje, hay una serie de requisitos previos par conseguir que éste sea eficaz:



- La superficie sobre la que se va a realizar debe ser firme (mesa, camilla, suelo). No es conveniente masajear sobre la cama puesto que son demasiado blandas para proporcionar un apoyo fuerte e incómodas para la enfermera al tener que adoptar posturas poco ergonómicas como trabajar inclinada con la espalda arqueada. Para evitar esto es necesario e importante que la mesa tenga la altura adecuada, que coincidirá con la parte superior de los muslos o aquella en la que la mano doblada formando un ángulo recto con el brazo, roce ligeramente con la superficie de la mesa.
- Lavarse las manos.
- Evitar que éstas estén frías.
- Temperatura ambiental cálida y agradable.
- Atención a la intimidad del anciano.
- Explicar el porqué y para qué y la forma de colaborar, puesto que al principio puede ser que se sienta nervioso por el contacto físico.

El masaje debe aplicarse efectuando cierta presión, suele ser más eficaz cuando se presiona que cuando por temor o desconocimiento se efectúa con poca presión, sin embargo se debe de pedir al anciano que nos

ayude a valorar el grado de presión realizada y si esta le es agradable. Asimismo la presión evita la aparición de "cosquillas" que pueden dificultar el masaje, sobre todo en zonas susceptibles de aparición como es el abdomen.

Las manos deben estar relajadas y se deben adaptar al contorno de la zona que están masajeando, para ello es necesario apoyar el propio peso de la parte superior del cuerpo sobre las manos en vez de utilizar los músculos de los brazos y de las muñecas, realizando movimientos continuos que no han de cesar hasta que finalice la sesión de masaje. A tal respecto se debe procurar no sufrir interrupciones que son poco terapéuticas y pueden resultar desagradables para el paciente.

La mano desnuda se desliza mal por la piel, por tanto será conveniente el uso de aceites, cremas o polvos de talco. La valoración del estado de la piel del anciano nos indicará lo más apropiado a emplear, si bien es cierto que la sequedad característica de la piel de éste es más proclive al empleo de aceites. Es recomendable no utilizar los aceites en cantidades excesivas pues pueden provocar que la presión ejercida sea mínima como consecuencia del deslizamiento rápido de las manos.

Figura 3.

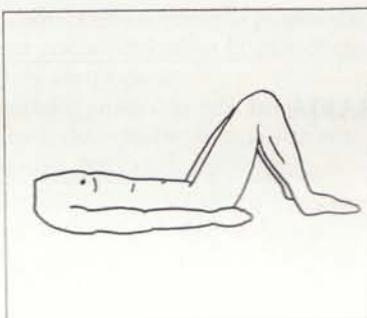


Figura 5.

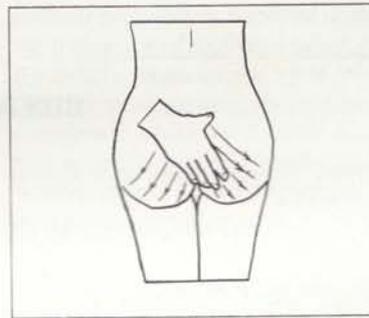


Figura 4.

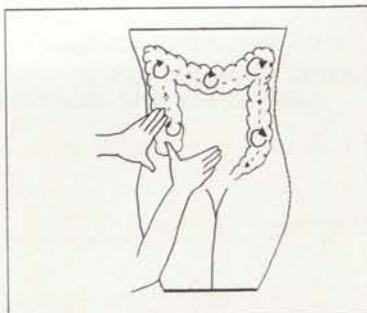
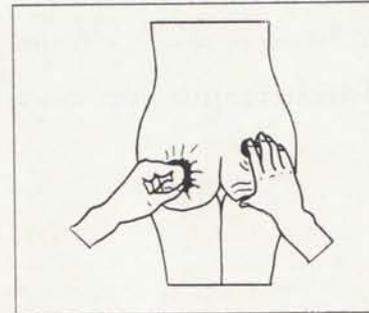


Figura 6.



El empleo de polvos de talco reduce el deslizamiento de las manos sobre la zona de masaje por lo que su administración debe de ser más continuada.

Existen diferentes técnicas para aplicar un masaje: fricciones superficiales, movimientos circulares, amasamientos, frotación con las yemas de los pulgares, fricciones profundas, compresión, percusión, etc.

La forma más eficaz de aplicar masaje dependerá de la valoración de la masa muscular del anciano y de la zona de tratamiento, sin embargo siempre es recomendable la combinación de diferentes técnicas.

MASAJE ABDOMINAL

En el masaje abdominal la posición del anciano debe ser decúbito supino con las manos a cada lado del cuerpo y las piernas flexionadas para mantener relajados los músculos abdominales (figura 3). Se comienza con movimientos circulares, en el hipocondrio derecho aplicándolo en dirección de las agujas del reloj, alrededor del abdomen siguiendo el trayecto del intestino grueso para imitar el peristaltismo intestinal, hasta llegar al hipocondrio izquierdo (figura 4). En principio se deben usar fricciones superficiales con las manos relajadas para permitir seguir la estructura del

abdomen. El procedimiento debe de repetirse durante un período no superior a diez minutos, intentando aplicar mayor presión en cada ciclo. Si se provoca dolor se debe disminuir la presión.

MASAJE EN LOS GLUTEOS

Se realiza con el anciano en decúbito prono, empleando fricciones profundas que comenzarán en la región sacra siguiendo la dirección de las fibras del músculo glúteo mayor (oblicuas hacia abajo y afuera) (figura 5). Combinándolo con movimientos de amasamiento y golpeteo con los puños cerrados para provocar relajación de los esfínteres anales (figura 6).

Si bien todas las técnicas son susceptibles de automasaje por parte del anciano el golpeteo puede resultar la técnica de elección, por la poca dificultad técnica que genera para el anciano o su familia.

Asimismo y para finalizar, nuestra experiencia nos demuestra que, el momento de la defecación para el anciano con estreñimiento, suele ser menos desagradable, menos doloroso e incluso más rápido, si se procura proteger el periné de la excesiva distensión, aproximando los glúteos, haciendo presión con los dedos pulgar, índice y corazón.

BIBLIOGRAFIA

- TESTUD, L.; LATARJET, A. (1984). "Anatomía Humana". 9ª Edición. Barcelona. Ed. Salvat Editores S.A.
- TRESGUERRES, J.A.F. (1992). "Fisiología Humana". Madrid. Ed. Interamericana McGraw Hill.
- YLINEN, J.; CASH, M. (1990). "Manaje Deportivo". Barcelona. Ed. Hispano Europea, S.A.
- INKELES, G. (1989). "Masaje Anti-estrés". Barcelona. Ed. Urano.
- PEINADO, E.; Cols. (1992). "El arte del masaje". 4ª Edición. Barcelona. Ed. Integral.
- JUNTA DE ANDALUCIA, CONSEJERIA DE SALUD. (1992). "Guía de Atención a la Salud del Anciano". Barcelona. Ed. Doyma.
- CARROL, M.; BRUE, L.J. (1989). "Cuidados de Enfermería Individualizados en el Anciano". Barcelona. Ed. Doyma.
- GARCIA, M.; Cols. (1993). "Enfermería Geriátrica". Barcelona. Ed. Masson-Salvat.
- BRUKER, M.O. (1992). "Curar el Estreñimiento sin Laxantes". Barcelona. Ed. Integral.
- PASCUAL, G.; DE MIGUEL, H. (1993). "Adulto Anciano: Patología y Cuidados". 2ª Edición. Zaragoza. Colegio Oficial de A.T.S.- D.E.
- CARNEVALI, D.; PATRICK, M. (1988). "Tratado de Enfermería Geriátrica". México. Ed. Interamericana. McGraw Hill.