

Etiqueta paciente

MANOMETRIA ANAL / BIOFEEDBACK

Servicio de Aparato Digestivo

DOMICILIO: _____ Nº _____ Piso _____ C.P.: _____
 Localidad: _____ Provincia: _____
 Telefono : _____ Email ☎: _____
 Servicio procedencia: _____ PESO (Kg): _____ ALTURA: _____

Especifique si padece alguna enfermedad crónica _____ Tratamiento Actual: _____

¿Desde cuándo tiene los síntomas actuales? _____
 ¿Se queda con ganas de hacer deposición una vez que ha terminado? Si No
 ¿Tiene deposiciones con sangre? Si No ¿Tiene dolor continuo en el ano? Si No
 ¿Tiene supuración? Si No ¿Es otra forma de dolor? Si No
 ¿Tiene dolor al acabar de hacer la deposición? Si No ¿Mancha la ropa interior? Si No

INCONTINENCIA					
INCONTINENCIA	NUNCA	Menos de 1 vez al mes	Más de 1 vez al mes pero Menos de 1 vez a la semana	Más de 1 vez a la semana pero Menos de 1 vez al día	Más de 1 vez al día
¿Se le escapan las heces sólidas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se le escapan las heces líquidas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se le escapan los gases?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Usa compresa o pañal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Afecta a su calidad de vida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ESTREÑIMIENTO					
Frecuencia de Deposiciones	1-2 veces durante 1 ó 2 días <input type="checkbox"/>	2 veces por semana <input type="checkbox"/>	1 vez por semana <input type="checkbox"/>	<1 vez por semana <input type="checkbox"/>	1 vez por mes <input type="checkbox"/>
Dificultad: dolor con el esfuerzo defecatorio	Nunca <input type="checkbox"/>	Rara Vez <input type="checkbox"/>	Algunas Veces <input type="checkbox"/>	Normalmente <input type="checkbox"/>	Siempre <input type="checkbox"/>
Sensación de evacuación incompleta	Nunca <input type="checkbox"/>	Rara Vez <input type="checkbox"/>	Algunas Veces <input type="checkbox"/>	Normalmente <input type="checkbox"/>	Siempre <input type="checkbox"/>
Dolor Abdominal	Nunca <input type="checkbox"/>	Rara Vez <input type="checkbox"/>	Algunas Veces <input type="checkbox"/>	Normalmente <input type="checkbox"/>	Siempre <input type="checkbox"/>
Tiempo: minutos en el baño	< 5 <input type="checkbox"/>	5 a 10 <input type="checkbox"/>	>10-20 <input type="checkbox"/>	>20-30 <input type="checkbox"/>	>30 <input type="checkbox"/>
Tipo de asistencia	No necesita <input type="checkbox"/>	Laxantes estimulantes <input type="checkbox"/>		Digitación o enemas <input type="checkbox"/>	
Intentos fallidos de evacuación al día	Nunca <input type="checkbox"/>	1-2 <input type="checkbox"/>	>3-6 <input type="checkbox"/>	> 6-9 <input type="checkbox"/>	>9 <input type="checkbox"/>
Duración del estreñimiento en años	0 <input type="checkbox"/>	1-2 <input type="checkbox"/>	>5-10 <input type="checkbox"/>	>10-20 <input type="checkbox"/>	>20 <input type="checkbox"/>

¿Le da tiempo a llegar al WC? Si No ➤ Número de deposiciones a la semana () TIPO nº () (ver al dorso escala)

¿Es capaz de diferenciar cuando tiene heces solidas o líquidas o cuando son gases? Si No

¿Ha tenido algún traumatismo anal o cirugía anal o abdominal? Si No

Nº de partos vaginales () Instrumentado Episiotomía Desgarros

Incontinencia Urinaria I, II, III : Si No

TABACO: SI Nº cigarros () NO ALCOHOL: SI NO CAFÉ al día : 0 1-2 Más de 2

Inspección Anal

Tacto Rectal

Test Expulsión : SI NO TIEMPO :

INFORMACIÓN SOBRE MANOMETRÍA ANAL

La Manometría Anal es una técnica que prácticamente carece de complicaciones, se realiza con el paciente tumbado de lado y con las piernas ligeramente flexionadas. Puede notar ligeras molestias en la introducción de la sonda. Durante la prueba el médico le pedirá que realice una serie de ejercicios sencillos.

En general la tolerancia es muy buena. Una vez finalizada la prueba usted puede hacer vida normal.

PREPARACIÓN

- Se pondrá **UN ENEMA DE LIMPIEZA (CASEN® 250ml.)** a primera hora de la mañana
- Para esta prueba **NO ES NECESARIO ESTAR EN AYUNAS.**

INFORMACIÓN SOBRE BIOFEEDBACK ANO-RECTAL

El Biofeedback o Biorretroalimentación Ano-Rectal, es una técnica mediante la cual, una actividad fisiológica (controlar la defecación), se monitoriza con el fin de dar información al paciente, ya sea auditiva o visual, para que aprenda a modificarla y controlarla voluntariamente, de modo que el grado de control aprendido produzca efectos clínicos beneficiosos.

El procedimiento de esta técnica es similar al de la manometría anal, complementándose con una serie de ejercicios. Generalmente se requieren varias sesiones

ESCALA DE BRISTOL

Tipo 1		Bolas duras y separadas, difíciles de pasar	Tipo 5		Trozos blandos con los bordes definidos (pasan fácilmente)
Tipo 2		Con forma de salchicha pero llena de bultos	Tipo 6		Trozos blandos con bordes irregulares. Deposición blanda
Tipo 3		Como una salchicha con grietas en la superficie	Tipo 7		Diarrea, sin trozos sólidos. COMPLETAMENTE LÍQUIDA
Tipo 4		Como una salchicha o serpiente, lisa y blanda			