

**Guía de irrigación
transanal
Peristeen Plus
en el tratamiento
de la incontinencia
y estreñimiento**

Grupo de Expertos en Coloproctología (GEC)

**Guía de irrigación
transanal
Peristeen Plus
en el tratamiento
de la incontinencia
y estreñimiento**

Grupo de Expertos en Coloproctología (GEC)

D.L.: M-25740-2021

ISBN: 978-84-09-34120-7



Indice

1. Indicaciones.	7
2. Pruebas diagnósticas.	11
3. Técnica de la ITA.	17
4. Escalas para patología anorrectal. mediante irrigador Peristeen® Plus. Determinación de gravedad y calidad de vida.	33
5. Seguimiento.	45

Prólogo

“No hay contento en esta vida
que se pueda comparar
al contento que es cagar”.

Francisco de Quevedo y Villegas (1580-1645)

Gracias y desgracias del ojo del culo

El objetivo de esta Guía es tratar de forma resumida todos los aspectos necesarios e importantes en la utilización del irrigador transanal Peristeen Plus para pacientes con Síndrome de resección anterior, Incontinencia fecal y Estreñimiento. Se repasan las indicaciones, la técnica, las pruebas diagnósticas y el seguimiento con sus escalas de gravedad y calidad de vida. Todo ello pretende ser un apoyo a los profesionales sanitarios involucrados en la atención de este tipo de patologías.

La Incontinencia fecal es una de las alteraciones más degradantes que se pueden presentar en una persona provocando una vida social inaceptable llevando incluso al aislamiento social. La principal causa sigue siendo obstétrica, aunque el progresivo aumento de la cirugía oncológica de recto con preservación de esfínteres está suponiendo un cambio de tendencia.

De igual manera y con menor carga psicológica, está el Estreñimiento, que es una alteración muy limitante con consecuencias severas a largo plazo en la vida de los pacientes.

Se denomina Síndrome de Resección Anterior (LARS) al conjunto de síntomas que aparecen tras resecciones rectales con preservación de esfínteres. Estos síntomas se pueden agrupar en dos formas de presentación. El grupo 1 de incontinencia, frecuencia y urgencia y el grupo 2 de estreñimiento y evacuación incompleta.

Se estima que entre el 25 y el 80% de los pacientes con resecciones de recto con preservación esfinteriana desarrollan uno o más síntomas del LARS y que el 90% de los pacientes con resecciones de recto bajas experimentan cambios a largo plazo en su calidad de vida.

La grave alteración en la calidad de vida que supone para este tipo de pacientes, ha llevado en las últimas décadas a la búsqueda de nuevos tratamientos y soluciones. El entusiasmo y la dedicación de muchos profesionales de la medicina y cirugía junto con el apoyo constante de la industria han hecho posible el desarrollo de nuevas tecnologías que cada día se van asentando más en nuestra práctica diaria. Una de las más importantes en la actualidad es la irrigación transanal (ITA).

La ITA consiste en la introducción de un volumen variable de agua a través de un dispositivo anal con balón, que permite el posterior vaciamiento del colon. Es un vaciado que no precisa ser realizado a diario. Fue ideada inicialmente para el tratamiento de pacientes con patología medular; tras sus satisfactorios resultados ha pasado a ser una buena opción de tratamiento para determinados pacientes con Incontinencia fecal, Estreñimiento y LARS.

Después de una correcta instrucción por parte del personal especializado, permite a los pacientes tener autonomía en el manejo de su patología y es segura, a pesar de que existen complicaciones descritas.

Aunque su uso no está todavía generalizado, los diferentes estudios y trabajos que van apareciendo en la literatura nos indican que es un método terapéutico de gran valor. Sus continuas mejoras técnicas y su fácil manejo le convierten en un método con futuro que ya nos facilita el presente.

Dr. Mario Ortega López
Unidad de Coloproctología
Servicio de Cirugía Digestiva
Hospital Fundación Jiménez Díaz
Madrid

Autores

Alberto E. Parajó Calvo
Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra
Pontevedra

Antonio Arroyo Sebastián
Hospital General de Elche
Alicante

Blas Flor Lorente
Hospital Universitari i Politècnic La Fe.
Valencia

César Antonio Díaz López
Hospital Universitario Reina Sofía
Córdoba

Eloy Espín Basany
Hospital Universitario Vall d' Hebron
Barcelona

Fernando de la Portilla de Juan
Hospital Universitario Virgen del Rocío
Sevilla

Ignacio Aguirre Allende
Hospital Universitario Donostia
San Sebastián

Javier Sánchez González
Hospital Universitario Río Hortega
Valladolid

Julio del Castillo Diego
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla
Santander

Mario Ortega López
Fundación Jiménez Díaz
Madrid

Milagros Carrasco Prats
Hospital General Universitario Reina Sofía
Murcia

Colaboradora:

Eva García Peña
Hospital Universitari i Politècnic La Fe
Valencia

1

Indicaciones

Blas Flor Lorente
Julio del Castillo Diego

De forma general, la “Irrigación Transanal” (ITA) o “irrigación retrógrada” está indicada como terapia de segunda línea o de rescate en pacientes con disfunción intestinal que presentan síntomas severos de Estreñimiento crónico, Incontinencia fecal o Síndrome de resección anterior, cuando las medidas conservadoras se han mostrado insuficientes para mejorar su calidad de vida.

La evacuación programada del colon distal y recto ha demostrado su eficacia mediante la inducción del tránsito colónico (control del estreñimiento) y el mantenimiento prolongado de un recto sin residuos (control de la incontinencia). Ambos mecanismos serían igualmente responsables de la mejoría de la clínica asociada al Síndrome de resección anterior en cualquiera de sus dos variedades principales (disfunción defecatoria o incontinencia fecal).

En un algoritmo terapéutico, la Irrigación Transanal se situaría después de las medidas de control relacionadas con modificaciones de la dieta y del estilo de vida, fármacos laxantes o antidiarréicos, la estimulación digital o con supositorios y reeducación funcional (Biofeedback), y antes de la neuroestimulación de raíces sacras.

En la actualidad, las diferentes condiciones para las que existen estudios publicados con evidencia de la eficacia de la ITA son los siguientes:

1. Disfunción intestinal neurógena:

- Cirugía con compromiso neurológico
- Esclerosis múltiple
- Espina bífida
- Lesión medular
- Parálisis cerebral
- Parkinson
- Otras causas de disfunción intestinal neurógena

2. Alteraciones funcionales:

- Incontinencia Fecal: idiopática y post-traumática
- Estreñimiento: Inercia colónica y Disinergia defecatoria

3. Disfunciones postquirúrgicas:

- Síndrome de Resección Anterior (LARS)
- Disfunción de reservorio ileoanal

4. En pacientes pediátricos:

- Cirugía de malformaciones anorrectales
- Cirugía de enfermedad de Hirschsprung

Contraindicaciones de la Terapia de Irrigación transanal^{1,4}

1. Absolutas

- Estenosis anal o rectal
- Enfermedad inflamatoria intestinal activa
- Diverticulitis aguda
- Cáncer colorrectal
- Colitis isquémica
- Tres meses posteriores a cirugía de recto o cirugía anal (1 mes post-banding)
- 1 mes posterior a polipectomía endoscópica

2. Relativas

- Diverticulosis severa
- Tratamiento prolongado con corticoides
- Radioterapia pélvica
- Cirugía rectal previa
- Impactación fecal
- Ano doloroso
- Embarazo (actual o planeado)
- Diátesis hemorrágica o tratamiento con anticoagulantes y antiagregantes (excepto aspirina o clopidogrel)
- Sepsis perianal activa (abscesos y fístulas)
- 6 meses posteriores a cirugía de recto o cirugía anal
- 3 meses posteriores a polipectomía endoscópica
- Diarrea de origen desconocido
- Insuficiencia cardíaca congestiva

Selección de candidatos

Para esta selección debemos tener en cuenta si el paciente está motivado para realizar la ITA, tiene la destreza manual necesaria para realizarla así como la capacidad cognitiva para ello (o dispone de un cuidador con dichas habilidades) y cómo encajaría el procedimiento en su estilo de vida habitual.

El personal sanitario de atención primaria y especializada resulta un elemento fundamental a la hora de reconocer pacientes con las problemáticas descritas. Para la planificación del tratamiento, los enfermos deberán ser remitidos a Unidades especializadas. Estas considerarán la idoneidad y el momento oportuno de plantear la terapia al paciente.

En los estudios publicados, la respuesta es mejor en pacientes con Disfunción intestinal neurógena o Incontinencia fecal que en los enfermos con Estreñimiento idiopático.

En la práctica clínica, las razones por las que un paciente comienza con este tipo de terapia son:

- Mejoría insuficiente con los tratamientos previos (55%)
- Efectos adversos relacionados con los tratamientos previos (34%)
- Dependencia de personal sanitario (30%)
- Complejidad (16%)
- Información sobre la ITA (6%)

Bibliografía

1. Emmanuel AV, Krogh K, Bazzocchi G, Leroi AM, Bremers A, Leder D, van Kuppevelt D, Mosiello G, Vogel M, Perrouin-Verbe B, Coggrave M, Christensen P; Members of working group on Trans Anal Irrigation from UK, Denmark, Italy, Germany, France and Netherlands. Consensus review of best practice of transanal irrigation in adults. *Spinal Cord*. 2013 Oct;51(10):732-8. doi: 10.1038/sc.2013.86. Epub 2013 Aug 20. PMID: 23958927.
2. Mosiello G, Marshall D, Rolle U, Crétolle C, Santacruz BG, Frischer J, Benninga MA. Consensus Review of Best Practice of Transanal Irrigation in Children. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2017 Mar;64(3):343-352. doi: 10.1097/MPG.0000000000001483. PMID: 27977546
3. Mary Wilson. A review of transanal irrigation in adults. *British Journal of Nursing*, 2017, Vol 26, No 15. 846-856
4. Norton C, Coggrave M (2016) Guidelines for the Use of Trans-anal Irrigation: Healthcare Professionals. Coloplast, Peterborough

2

Pruebas diagnósticas

César Antonio Díaz López
Ignacio Aguirre Allende

Previo al planteamiento terapéutico de la Irrigación transanal, se deben considerar una serie de aspectos diagnósticos comunes a los tres subgrupos de pacientes (e.j. Incontinencia fecal, Estreñimiento crónico y Síndrome de Resección Anterior) así como una serie de pruebas complementarias específicas en cada uno de ellos.

1. Generalidades diagnósticas previas al tratamiento con la ITA

- Anamnesis proctológica orientada. Antes de iniciar el tratamiento con la ITA se deben considerar:
 - a) *Antecedentes personales*: obstétricos, oncológicos, quirúrgicos.
 - b) *Sintomatología*: tiempo de duración, factores desencadenantes, signos o síntomas de alarma.
 - c) *Diario defecatorio*: para la valoración objetiva de la sintomatología y monitorización de la severidad.
- Exploración física proctológica:
 - a) Valorar trastornos del suelo pélvico que justifiquen defecación obstructiva y sean subsidiarios de tratamiento específico.
 - b) Tacto rectal con el fin de descartar la existencia de lesiones endoluminales rectales, impactación fecal, intususpección o estenosis de la anastomosis colorectal.
- Pruebas complementarias comunes:
 - a) *Analítica sanguínea*: bioquímica con perfil hormonal tiroideo (causa secundaria de trastorno defecatorio), marcadores tumorales (útil en pacientes oncológicos con LARS) y hemograma.
 - b) *Colonoscopia completa*: para descartar lesiones endoluminales colónicas especialmente en pacientes >50 años. En el paciente con LARS forma parte del seguimiento oncológico. Se puede plantear la realización de una rectosigmoidoscopia en pacientes de bajo riesgo oncológico <50 años, previo a iniciar el tratamiento con la ITA.

- c) *RM pelvis y RM-defecografía*: se recomienda que en aquellos pacientes con trastornos funcionales defecatorios, bien sea Incontinencia fecal o bien Estreñimiento crónico, se realicen en el estudio diagnóstico inicial con el fin de valorar los defectos de musculatura esfinteriana así como trastornos dinámicos del suelo pélvico que puedan beneficiarse del tratamiento específico.
- d) *Ecografía endorectal-3D*: para la valoración de la integridad de la musculatura esfinteriana y del suelo pélvico. En paciente con LARS puede ser de utilidad para descartar una lesión inadvertida del EAI previo al tratamiento con la ITA.
- e) *Escalas en la evaluación objetiva de la severidad clínica previas a la ITA*: se recomiendan realizar al inicio del tratamiento con la ITA para obtener una traducción cuantitativa de la gravedad de los síntomas así como poder monitorizar la respuesta terapéutica en el seguimiento.

2. Consideraciones diagnósticas específicas en el Estreñimiento crónico previo al tratamiento con la ITA

- *Estudios de tránsito colónico (convencionales, cápsula endoscopia o gammagrafía con In¹¹¹)*: forman parte de la caracterización inicial del Estreñimiento crónico, no obstante, su realización seriada no se recomienda ya que no aporta mayor información.
- *Manometría y sensibilidad anorrectal*: permite descartar patologías relacionadas con la defecación obstructiva o anismo. No existe evidencia que apoye su realización sistemática previa al tratamiento con la ITA.
- *Prueba de expulsión del balón (balón de agua 50mL)*: permite valorar disineria defecatoria o anismo. No está indicada su realización sistemática previa al tratamiento con la ITA.

3. Consideraciones diagnósticas específicas en la Incontinencia fecal previo al tratamiento con la ITA

- *Manometría y sensibilidad anorrectal*: permiten valorar la funcionalidad esfinteriana o la sensibilidad y compliancia rectal; con el fin de detectar trastornos como la Incontinencia fecal neurogénica. No existe evidencia que recomiende su repetición previa al inicio de la ITA.

- *Test de expulsión del balón*: poco utilizado, indicado en antecedente de impactación fecal e Incontinencia fecal por rebosamiento para identificar una disinergia defecatoria.

En la **edad pediátrica** se deben tener en cuenta una serie de consideraciones en el estudio diagnóstico de la Incontinencia fecal:

- a) Excluir una patología orgánica o alteración anatómica subyacente.
- b) Determinar si existe o no estreñimiento concomitante (Incontinencia fecal retentiva vs. no retentiva).
- c) Valoración de desencadenantes o factores favorecedores psicosociales.

4. Consideraciones diagnósticas específicas en el LARS previo al tratamiento con la ITA

- La evaluación diagnóstica del LARS debe realizarse al menos al mes de la cirugía de referencia o del cierre del estoma derivativo. No obstante, la gravedad de los síntomas puede mejorar durante el primer año tras la intervención o cierre del estoma.
- *Exploración física seriada*: reevaluar el estado de la anastomosis previo a iniciar el tratamiento con la ITA, descartar procesos como recidiva local, estenosis o dehiscencias.
- *Rectosigmoidoscopia (o colonoscopia completa)*: para la valoración directa de las características de la mucosa colorrectal, integridad y calibre de la anastomosis colorrectal.
- *Enema opaco o TC abdomino-pélvico con contraste endorectal*: permite valorar el reservorio del neorecto, estado de la anastomosis colorrectal, fugas subclínicas o tardías y presencia de enfermedad diverticular.
- *Manometría y sensibilidad anorrectal*: no es estrictamente necesaria, puede ser útil para monitorizar la respuesta al tratamiento y guiar el mismo.

Tabla de pruebas diagnósticas previas a la ITA con Peristeen® Plus

	ESTREÑIMIENTO	INCONTINENCIA	LARS
Analítica	Hemograma, SOH, H. tiroideas, calcio		Marcadores Hemograma
Radiología	Simple abdomen: Signos obstructivos		Enema opaco: fugas, divertículos
Colonoscopia	> 50 años signos sospecha CCR	> 50 años signos sospecha CCR	Descartar EI, colitis o recidiva
Tránsito colónico	Tránsito lento o defecto expulsión		
Cápsula endoscópica	Valorar vaciamiento gástrico o ID		
Manometría	Defecación obstructiva o anismo	Funcionalidad esfínteres	Monitorizar respuesta a tratamiento
Test expulsión balón	Disinergia rectal o anismo	Poco utilizado Impactación fecal	
Eco endorrectal	Valoración suelo pélvico	Valoración esfínteres	Valoración esfínteres
TC Abdomino pélvico			Descartar fugas subclínicas
RM Pelvis	Estática o dinámica Valoración suelo pélvico	Estática o dinámica Valoración suelo pélvico	Valoración sinus crónico y suelo pélvico
EM	Trastornos neurológicos	EM, LMTNP Déficits neurológicos	

Bibliografía

1. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) Clinical Guideline 49. Faecal incontinence: the management of faecal incontinence in adults. June 2007.
2. American College of Gastroenterology Practice Parameters Committee. Diagnosis and management of fecal incontinence. *Am J Gastroenterol*. 2004;99:902-11.
3. Knowles CH, Madoff RD. Chronic constipation. In, Ashley SW (Ed): *ACS Surgery 7, Principles and Practice*. 2013.
4. Bharucha AE, Dorn SD, Lembo A, Pressman A. American gastroenterological association medical position statement on constipation. *Gastroenterology*. 2013;144(1):211-7. Epub 2012/12/25.
5. Ratuapli SK, Bharucha AE, Noelting J, Harvey DM, Zinsmeister AR. Phenotypic identification and classification of functional defecatory disorders using high-resolution anorectal manometry. *Gastroenterology*. 2013;144(2):314-22. e2. Epub 2012/11/13.
6. Aziz I, Whitehead WE, Palsson OS, Törnblom H, Simrén M. An approach to the diagnosis and management of Rome IV functional disorders of chronic constipation. *Expert Rev Gastroenterol Hepatol*. 2020 Jan;14(1):39-46.
7. Mearin F, Lacy BE, Chang L, Chey WD, Lembo AJ, Simren M, Spiller R. Bowel Disorders. *Gastroenterology*. 2016 Feb 18:S0016-5085(16)00222-5.
8. Bryant CL, Lunniss PJ, Knowles CH, et al. Anterior resection syndrome. *Lancet Oncol*. 2012;13:e403-8.
9. Nguyen, T.H., Chokshi, R.V. Low Anterior Resection Syndrome. *Curr Gastroenterol Rep*. 2020; 22.
10. Pales CGC, An S, Cruz JP, et al. Postoperative bowel function after anal sphincter-preserving rectal cancer surgery: risk factors, diagnostic modalities, and management. *Ann Coloproctol*. 2019;35: 160-6.
11. Juul T, Ahlberg M, Biondo S, et al. Internal validation of the low anterior resection syndrome score. *Ann Surg*. 2014;259:728-34.
12. Juul T, Elfeki H, Christensen P, Laurberg S, Emmertsen KJ, Bager P. Normative Data for the Low Anterior Resection Syndrome Score (LARS Score). *Ann Surg*. 2019 Jun;269(6):1124-1128.

3

Técnica de la ITA

Javier Sánchez González
Mario Ortega López
Milagros Carrasco Prats

Equipo

Equipo humano

- *Enfermera de consulta de manejo intestinal.*

Puede ser la estomaterapeuta u otra enfermera que haya sido previamente adiestrada.

La actividad de la enfermera con el paciente que necesita la ITA se centra, principalmente, en su educación sanitaria o la del cuidador; en el adiestramiento, seguimiento y registro de datos. Es fundamental que el entorno de trabajo favorezca la confidencialidad y tranquilidad.

La primera irrigación debe ser supervisada por una enfermera adiestrada en la técnica para evitar cualquier contratiempo, resolver dudas, dar seguridad al paciente y evitar complicaciones, sobre todo en pacientes con cirugías previas o radiados².

Un reciente estudio apunta como fundamental factor predictivo para el uso continuado de la ITA en el tiempo, el progreso satisfactorio de la primera sesión de adiestramiento⁴.

Se realizará una primera parte teórica para instruir al paciente en el proceso, familiarizándose con el irrigador y memorizando los pasos necesarios.

- *Facultativo Especialista. Prescribe el producto.*
- *En el Centro de Salud, TCAE y/o enfermera (gestionará el producto sanitario).*

Material

Equipo general de consulta:

- Ordenador con acceso informático a historia clínica.
- Equipamiento general de consulta de enfermera.
- Camilla y baño con pila, grifo e inodoro.

Equipo específico de irrigación:

Para la irrigación transanal utilizaremos el sistema de irrigación Peristeen Plus para adultos:

- Simulador
- Sistema de irrigación (Sistema de irrigación Peristeen Plus):
Peristeen Plus es un sistema de irrigación que consta de los siguientes elementos:
 1. Tapa del Contenedor de agua
 2. Contenedor de agua
 3. Unidad de control para regular el flujo de agua
 - 3a. Bomba para inflar el balón e irrigar el agua
 - 3b. Rueda para regular el aire y el agua
 4. Tubos:
 - Con conector gris para unir el contenedor con la unidad de control
 - Con conector turquesa para unir la unidad de control a la sonda rectal
 5. Sondas rectales prelubricadas con balón o punta cónica. Pueden ser de tamaños diferentes:
 - Sonda estándar, con capacidad máxima del balón de 4 insuflaciones
 - Sonda pequeña. Máximo de 2 insuflaciones
 6. Cintas
 7. Neceser para guardar el equipo



1. Tapa del contenedor de agua
2. Contenedor de agua
3. Unidad de control para regular el flujo de agua
 - 3a. Bomba para inflar el balón e impulsar el agua
 - 3b. Rueda para regular el aire y el agua

4. Tubos
5. Sondas prelubricadas con balón y con punta cónica
6. Cintas
7. Neceser*

* No se incluye en todos los sistemas

Precauciones previas

- Identificación inequívoca del paciente (estreñimiento, incontinencia y LARS).
- Revisión de la historia clínica.
- Exploración ano-perineal y tacto rectal como exploración imprescindible, ya que nos va a permitir valorar la función esfinteriana, patología que pueda suponer molestias/dolor (fisura, hemorroides) o dificultad para la correcta irrigación (lesiones esfinterianas muy graves, por ejemplo, que faciliten la salida del agua durante la irrigación).
- Importante para elegir el tipo de sonda a indicar.
- Ajuste de laxantes, optimizar consistencia fecal.
- Prescripción por el facultativo y realizados trámites de aprobación y dispensación en primaria.

Descripción del procedimiento

A. Preparación



1. Levante la tapa para abrir el contenedor de agua. **Llene el contenedor** hasta arriba con agua **tibia** (34–40°C).



2. Conecte el tubo con el conector gris a la tapa, alineando el tubo grande con el agujero grande y tubo pequeño con el agujero pequeño. **Empuje para que se unan y gire para bloquearlos.**



3. Conecte el extremo del tubo con el conector turquesa a la unidad de control, alineando el tubo grande con el agujero grande y el tubo pequeño con el agujero pequeño. **Una el otro extremo del tubo con el conector turquesa a la sonda.** Gire los conectores para bloquearlos.



4. Fije la sonda a una superficie vertical usando los puntos adhesivos o colóquela dentro de su envase en un vaso.

! Vacíe la vejiga antes de la irrigación.

! Algunos usuarios utilizan un recipiente para dejar la sonda utilizada. ¡Quizá quiera probarlo!

- Lavado de manos.
- Verificar el tamaño de la sonda.
- Abrir la tapa y llenar totalmente el contenedor con agua tibia potable (34 - 40°C).
- Presionar la tapa hacia abajo hasta oír un “clic”.
- Conectar el tubo gris del sistema en la tapa del contenedor de agua (gris con gris), alineando el tubo grande con el orificio grande y el tubo pequeño con el orificio pequeño y girando 90° en el sentido de las agujas del reloj (apretar y girar, no enroscar).
- Abrir el envase que contiene la sonda rectal, 2 o 3 cm, sin extraer la sonda, conectar el conector turquesa del tubo con la sonda rectal (turquesa con turquesa), girándolos uno contra otro, hasta que la conexión se bloquee (apretar y girar, no enroscar).
- Fijar el envase de la sonda, sin extraerla, a una superficie vertical mediante los adhesivos. También puede introducirse en un vaso, dejando la sonda en vertical dentro del envase. De este modo, al purgar el sistema y llenar el envase de agua, ésta no se derramará.
- Purgar el sistema y activar la lubricación de la sonda. Para ello, girar la rueda de la unidad de control hasta el símbolo de la gota de agua y bombear agua hasta que el envoltorio de la sonda se llene de agua.
- Cuando el envase se llene de agua, girar la rueda de la unidad de control hasta el símbolo del balón, para detener el flujo de agua. Esperar 30 segundos para que la sonda se lubrique.
- Preparación del paciente:
 - Ponerse guantes.
 - Ayudar a retirar la ropa interior, si precisa.
 - Realizar escucha activa y tranquilizarle.
 - Ayudar al paciente a colocarse:
 - Sentado, en el W.C. o silla de ducha.
 - En cama o camilla, en decúbito lateral izquierdo.

B. Introducción de la sonda



5. Gire la rueda al **símbolo del agua (turquesa)**. Lentamente bombee agua al envase de la sonda. Deje la sonda en agua al menos **30 segundos**.



6. Gire la rueda hasta el **símbolo del balón (blanco)**.

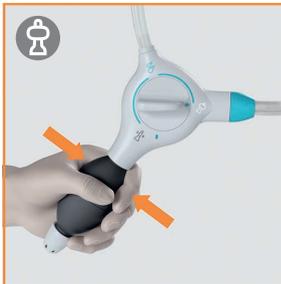


7. Sentado en el inodoro: **Sujete** la sonda por el mango, **justo debajo del punto turquesa**. **Introduzca la sonda despacio y con cuidado** en el recto hasta el punto turquesa como le ha indicado su profesional sanitario.

Puede realizar los pasos del 1-5 en el lavabo para evitar que el agua se derrame.

No haga fuerza cuando inserte la sonda. Si siente alguna resistencia u obstrucción, deténgase y póngase en contacto con su profesional sanitario.

C. Inflado del balón



8. **Bombee para inflar el balón** cuando haya insertado la sonda. **Su profesional sanitario le recomendará cuantas veces debe bombear:**

(Máximo 4 bombeos para la sonda standard o 2 si utiliza la sonda small).



9. Tire de la sonda despacio y con cuidado **para sellar el recto**.

Si siente que el balón es demasiado grande gire la rueda hasta el **símbolo de desinflado (gris)** para desinflar el balón.

- Introducir la sonda con cuidado en el recto hasta el punto azul, sin forzar y sujetarla por el mango.
- Con la unidad de control marcando el símbolo del balón, empezar a inflarlo. Máximo 4 insuflaciones. Con 3 suele ser suficiente.
- Tirar hacia abajo de la sonda cuidadosamente para sellar el recto.

D. Bombeo de agua



10. Siguiendo la línea circular, gire la rueda en sentido contrario de las agujas del reloj hasta el **símbolo del agua (turquesa)**. **Lentamente bombee agua. Cantidad de agua recomendada por su profesional sanitario:**

_____ ml.

Evite girar la rueda por encima del **símbolo de desinflado (gris)** porque el balón se desinflará y la sonda podría caerse.

- Girar la rueda de la unidad de control hasta el símbolo del agua.
- Llenar el intestino con agua: bombear con la bomba el agua lentamente, a un ritmo de un bombeo por segundo aproximadamente, hasta alcanzar el volumen pautado. Detener el bombeo girando la rueda hasta el símbolo del balón, una vez alcanzado el volumen pautado o si aparecen molestias. Tener en cuenta que si la bolsa está colgada, el agua puede entrar sin necesidad de bombear y, para detener el flujo de la misma, será necesario girar la rueda del sistema hasta el símbolo del balón.
- Esperar cinco minutos si no existen molestias o imperiosas ganas de defecar y posteriormente desinflar el balón. Para desinflar el balón, girar la rueda hasta el símbolo de desinflado, de color gris.

E. Vaciado del intestino



11. Una vez que introduzca la cantidad de agua recomendada, gire la rueda en sentido contrario de las agujas del reloj hasta el **símbolo de desinflado (gris)** para desinflar el balón y, a continuación, retire la sonda del recto.

A veces el agua y las heces salen de inmediato, otras veces necesitarán más tiempo.



12. Retire la sonda. Separe los conectores. Elimine la sonda con los residuos domésticos.



13. Permanezca sentado en el inodoro hasta que deje de evacuar agua y heces.

Masjee su abdomen o inclínese hacia adelante para ayudar a que el intestino haga su trabajo. El tiempo de evacuación difiere en cada persona, pero puede tardar hasta 30 minutos. Algunos usuarios realizan alguna actividad mientras esperan sentados en el inodoro.

F. Limpieza



14. Gire la rueda hasta el **símbolo de finalización y almacenaje**. Vacíe el agua del contenedor de agua y de los tubos. Permita que el dispositivo se seque antes de guardarlo en un lugar seco y alejado de la luz solar. Lávese las manos.

Símbolos de la unidad de control

-  **Símbolo del agua (turquesa)**
Para bombear el agua
-  **Símbolo del balón (blanco)**
Para inflar el balón de la sonda y detener el flujo del agua
-  **Símbolo de desinflado (gris)**
Para desinflar el balón de la sonda
-  **Símbolo de finalización y almacenaje**
Para secar el dispositivo después de utilizarlo y guardarlo

Al girar la rueda al **símbolo de finalización y almacenaje** se liberará presión y el agua de los tubos se vaciará.

- Al salir la sonda, comenzará el proceso de evacuación. El paciente puede ayudar al vaciado realizando masaje abdominal, estimulación rectal, toser y/o mover la parte superior del cuerpo, si es posible.
- Introducir la sonda utilizada en su envase para desecharla.
- Desconectar la bolsa y la sonda.
- Vaciar el agua restante de la bolsa.
- Antes de guardar el sistema, girar la unidad de control hasta el símbolo de finalización y almacenaje para que se vacíe el agua.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Unidad responsable: SERVICIO CIRUGÍA DIGESTIVA	IRRIGACIÓN TRANSANAL Peristeen Plus	Identificación del paciente
--	--	-----------------------------------

D/D^a. _____
como paciente (o representante del paciente)

D/D^a. _____,
manifiesto que he sido informado/a por el Dr.

de los siguientes aspectos:

Procedimiento:

El procedimiento de irrigación transanal consiste en introducir una cánula de material flexible en el recto a través del ano, con la finalidad de realizar lavados y vaciado de heces colónicas.

El procedimiento debe realizarse con máxima precaución por el riesgo de tener lesiones anales con la cánula.

Es necesario introducir una cantidad de agua, variable según los casos, que produce una sensación de hinchazón abdominal pasajera. Suele durar un tiempo variable según cada caso, oscilando entre los 30 y 45 minutos.

Es importante estar relajado durante la realización del lavado y a ser posible en un lugar que guarde la intimidad.

En determinadas circunstancias es preciso realizar la maniobra más de una vez dependiendo de la efectividad del primer lavado.

Durante el periodo de instrucción y aprendizaje deberían resolverse todas las dudas antes de iniciar el tratamiento.

En ocasiones surgen situaciones inesperadas que pueden variar la técnica o el volumen de agua irrigada que estaba prevista. Esta modificación sólo se realizará si se espera sea beneficiosa para mí y si soy informado de los motivos por los que se hace.

Se me ha informado de las posibles alternativas de tratamiento y de las consecuencias de no realizar el procedimiento.

Contraindicaciones:

Las contraindicaciones absolutas son: estenosis anal o rectal, enfermedad inflamatoria intestinal activa, diverticulitis aguda, cáncer colorrectal, colitis isquémica, tres meses posteriores a cirugía de recto o cirugía anal (1 mes post-banding), 1 mes posterior a polipectomía endoscópica, insuficiencia cardíaca o respiratoria grave, sospecha de perforación intestinal, infarto de miocardio en un plazo previo menor de 30 días.

Riesgos:

- Molestias o dolor de diferente intensidad.
- Infección por el paso de gérmenes del tubo digestivo a sangre.
- Perforación en algún punto del aparato digestivo producido por los instrumentos de trabajo que precisería de intervención quirúrgica precoz.
- Hemorragia por lesiones de la mucosa anorrectal, que generalmente cede de forma espontánea, aunque a veces podría ser grave.
- Reacciones vasovagales que consisten en la bajada de tensión arterial y alteraciones del ritmo del corazón que excepcionalmente pueden dar lugar a una parada cardíaca.
- Otras complicaciones que pueden aparecer serían las derivadas de circunstancias personales (estado previo de salud, edad, enfermedades concomitantes, etc.).

Antes de firmar este consentimiento, si desea más información o tiene cualquier duda no tenga reparos en preguntarnos.

DECLARO que todas mis dudas y preguntas han sido convenientemente aclaradas y que he comprendido toda la información que se me ha proporcionado sobre el procedimiento, así como que no existen garantías sobre el resultado final satisfactorio de la técnica.

Por ello doy libremente mi **CONSENTIMIENTO** a los profesionales para iniciar el tratamiento.

Se me proporcionará una copia de este documento si lo solicito.

Observaciones:

Firma del paciente
(familiar o representante, en caso de menores o discapacitados).

Firma del médico

Fdo:

Fdo:

Fecha: / /

Fecha: / /

SESIONES

Primera consulta

- Se realizará en consulta externa con la participación activa de enfermería y facultativo.
- Será de forma individual o grupal.
- Se establecen objetivos individualizados.
- Entrenamiento: se ofrece una formación teórico-práctica para la realización de la ITA en el domicilio.
- Se tiene una primera impresión sobre la disposición del paciente al procedimiento, sobre sus habilidades para realizar la irrigación y se comprueba que el paciente entiende la información que se va facilitando, aclarándose todas las dudas que van surgiendo.
- Se entregarán los cuestionarios de calidad de vida, el diario defecatorio y un diario intestinal, en el que se recogerán los siguientes parámetros:
 - Fecha y hora de las irrigaciones
 - Cantidad de agua empleada
 - Insuflación del balón
 - Si se consigue que la irrigación sea efectiva
 - Número de deposiciones fuera de la irrigación
 - Aspecto y consistencia de las heces
 - Manchados durante el día: número, cantidad y consistencia
 - Molestias que puedan aparecer durante o tras la irrigación
 - Otros tratamientos que emplee de forma simultánea
 - Cualquier incidencia que considere reseñar
- Se puede visionar el vídeo explicativo de cómo llevar a cabo la irrigación junto con el paciente o el acompañante al que se vaya a instruir.
- Ejecución del procedimiento con el simulador en la consulta.
- Se le dará una cita para la próxima consulta de enfermería y se le facilitará un teléfono y horario de contacto para las consultas entre sesiones.
- Por último, se facilitará la documentación e información necesaria para la gestión del producto en Atención Primaria.
- Deben quedar establecidos los siguientes parámetros:
 - Sonda con punta cónica o de balón
 - Posición de sondaje

- Si sonda con balón, volumen de aire a introducir en el mismo. Generalmente será suficiente con tres bombeos.
- Volumen de agua para la irrigación (iniciar con aprox 300- 500 ml). No es aconsejable la utilización de volúmenes superiores a 1500 ml. El volumen máximo de agua a utilizar es de 20 ml por kg de masa corporal.
- Velocidad de irrigación. Se recomienda un bombeo por segundo.
- Frecuencia de la irrigación. Durante la primera semana se aconseja que todos los pacientes realicen una irrigación a diario, para que vayan familiarizándose con la técnica y aprendan a valorar la efectividad de la misma, el volumen que van a necesitar, la temperatura del agua, velocidad de irrigación, insuflación del balón, el tiempo que necesitan y el mejor momento del día para la rutina. Posteriormente se espacian las irrigaciones cada 48 horas.
- Ingesta de fármacos: laxantes y medicación astringente (ajuste de dosis si los estaban utilizando previamente).
- Explicar síntomas que pueden aparecer tanto sin que exista complicación severa como si hay perforación.

Consideraciones especiales

Estreñimiento crónico. Muy importante iniciar la irrigación una vez se haya limpiado el colon del paciente. De esta manera es más sencillo ir calibrando y aumentado volúmenes y frecuencia de irrigaciones.

Es importante que los pacientes aprendan a explorarse el recto y comprueben que está vacío antes de insertar la sonda, sobre todo para pacientes que tienen alteración de la sensibilidad. En caso de que existan heces en el recto, deberían evacuarlas para permitir que la inserción de la sonda sea la correcta. Se debe insistir en este aspecto sobre todo al inicio del entrenamiento.

Incontinencia. La frecuencia de irrigaciones dependerá de la velocidad de tránsito de los pacientes.

Síndrome de resección anterior baja. Se deberá adecuar el volumen y número de irrigaciones por semana en función de la clínica predominante en cada paciente. Además, puede ser necesario probar con más de un tipo-tamaño de sonda.

Consulta telefónica

Transcurrida la primera semana de utilización del sistema de irrigación, la enfermera llamará al paciente o cuidador para:

- Dar soporte educativo y aclarar las dudas que hayan podido surgir durante estos primeros días.
- Valorar el cumplimiento.
- Valorar la efectividad de la ITA.
- Detectar posibles complicaciones.
- Ofrecer apoyo psicológico: disminuir los miedos que presenten y mejorar la confianza.

El número de consultas telefónicas será el que cada paciente necesite. Con la información obtenida, puede contrastar con el especialista para optimizar los parámetros establecidos.

En caso de que haya alguna incidencia, se adelantará la visita de control.

Revisiones sucesivas

Ver capítulo 5: Seguimiento.

Bibliografia

1. Charvier K, Bonniaud V, Waz D, Desprez C, Leroi A.M. Use of a new transanal irrigation device for bowel disorder management by patients familiar with the irrigation technique: a prospective, interventional, multicentre pilot study. *Tech Coloproctol* (2020) 24: 731-740.
2. Gallo G, Graziani S, Realis Luc A, Clerico G, Trompetto M. Teaching TransAnal Irrigation (TAI): why it is mandatory. *Tech Coloproctol* (2018) 22: 239-241.
3. Christensen P, Krogh K, Perrouin-Verbe B, Leder D, Bazzochi G, Petersen Jakobsen B, Emmanuel A.V. Global audit on bowel perforations related to transanal irrigation. *Tech Coloproctol* (2016) 20: 109-115.
4. Bildstein C, Melchior C, Gourcerol G, Boueyre E, Bridoux V, Verin E, Leroi A.M. Predictive factors for compliance with transanal irrigation for the treatment of defecation disorders. *World J Gastroenterol* (2017) 23: 2029-2036.
5. Martellucci J, Sturiale A, Bergamini C, Boni L, Cianchi F, Coratti A, Valeri A. Role of transanal irrigation in the treatment of anterior resection syndrome. *Tech Coloproctol* (2018) 22: 519-527.

4

Escalas para patología anorrectal mediante irrigador Peristeen® Plus

Determinación de gravedad y calidad de vida

Alberto E. Parajó Calvo
Antonio Arroyo Sebastián

Para cuantificar el impacto de los síntomas de Incontinencia fecal, Estreñimiento y Síndrome de resección anterior baja pueden emplearse diferentes escalas de gravedad, cuestionarios de calidad de vida y la escala visual analógica.

1. Estreñimiento

1.1. Diagnóstico.

Criterios de Roma IV. Nos ayudan a identificar el estreñimiento y sus subtipos.

Tabla Criterios diagnósticos de Estreñimiento funcional (Roma IV)

1. Debe incluir dos o más criterios de los siguientes:
 - Esfuerzo defecatorio al menos en el 25% de deposiciones.
 - Heces duras o en forma de bolas en al menos 25% de deposiciones (tipo 1-2 de la escala de Bristol).
 - Sensación de evacuación incompleta en al menos 25% de deposiciones.
 - Sensación de defecación obstructiva o bloqueo ano-rectal en al menos 25% de deposiciones.
 - Digitación o ayuda manual para facilitar la expulsión en al menos 25% de deposiciones.
 - Menos de 3 deposiciones espontáneas por semana.
2. La presencia de deposiciones blandas es rara sin el uso de laxantes
3. No deben existir criterios de SII con estreñimiento.

Estos criterios han de cumplirse durante los últimos 3 meses y la presentación de los síntomas al menos 6 meses antes del diagnóstico.

1.2. Escalas de gravedad

Escala de estreñimiento de Wexner (Cleveland Clinic): Mínima puntuación 0, Máxima 30.

Síntoma	Puntuación
Frecuencia de deposiciones 1-2 veces durante 1 o 2 días 2 veces por semana 1 vez por semana < 1 vez por semana < 1 vez por mes	0 1 2 3 4
Dificultad: dolor con el esfuerzo defecatorio Nunca Rara vez Algunas veces Normalmente Siempre	0 1 2 3 4
Sensación de evacuación incompleta Nunca Rara vez Algunas veces Normalmente Siempre	0 1 2 3 4
Dolor abdominal Nunca Rara vez Algunas veces Normalmente Siempre	0 1 2 3 4
Tiempo: minutos en el baño < 5 5 - 10 > 10 - 20 > 20 - 30 > 30	0 1 2 3 4
Tipo de asistencia No necesita Laxantes estimulantes Digitación o enemas	0 1 2
Intentos fallidos de evacuación al día Nunca 1 - 2 > 3 - 6 > 6 - 9 > 9	0 1 2 3 4
Duración del estreñimiento en años 0 1 - 2 > 5 - 10 > 10 - 20 > 20	0 1 2 3 4

1.3. Calidad de vida

El CVE-20 es el primer cuestionario específico en castellano para pacientes con estreñimiento². Consta de 20 preguntas y valora 4 dimensiones: física general, emocional, física rectal y social. La puntuación varía entre 0 y 4, el 0 indica la peor calidad de vida.

	Siempre (0)	Casi siempre (1)	A veces (2)	Raras veces (3)	Nunca (4)
Dimensión emocional					
- Me preocupa que nadie pueda solucionar mi problema	<input type="checkbox"/>				
- Me preocupa tener o llegar a tener una enfermedad	<input type="checkbox"/>				
- Tengo limitaciones en comer lo que me gusta	<input type="checkbox"/>				
- Me siento incomprendido, piensan que exagero	<input type="checkbox"/>				
- Estoy obsesionado con ir al lavabo cada día para hacer de vientre	<input type="checkbox"/>				
- Tengo dificultades para disfrutar de mis actividades de ocio	<input type="checkbox"/>				
Dimensión física general					
- Los tratamientos que tomo me producen molestias	<input type="checkbox"/>				
- Noto que mi estreñimiento aumenta cuando salgo fuera de casa	<input type="checkbox"/>				
- Estoy mucho tiempo en el baño para hacer de vientre	<input type="checkbox"/>				
- Me siento incómodo por la hinchazón que siento en la barriga	<input type="checkbox"/>				
- Me molesta tener dolor de cabeza	<input type="checkbox"/>				
- Siento que el estrés aumenta mi estreñimiento	<input type="checkbox"/>				
- Me siento sucio, no termino nunca de evacuar	<input type="checkbox"/>				
Dimensión física rectal					
- Me preocupa desgarrarme debido a la fuerza que tengo que hacer	<input type="checkbox"/>				
- Me molesta el dolor del ano al hacer de vientre	<input type="checkbox"/>				
- Me preocupa que me salgan hemorroides	<input type="checkbox"/>				
- Me cuesta conciliar el sueño y dormir debido a las molestias	<input type="checkbox"/>				
Dimensión social					
- Me preocupa tener gases malolientes y ruidosos	<input type="checkbox"/>				
- Me preocupa tener que depender de los laxantes	<input type="checkbox"/>				
- Me avergüenza que otros entren en el aseo después de que yo lo haya utilizado	<input type="checkbox"/>				

2. Incontinencia fecal

2.1. Diario de continencia completo

A cumplimentar durante 21 días.

Semana X	Dia 1		Dia 2...	
P1. ¿Cuántas veces ha defecado hoy (tanto las veces que ha ido al lavabo como las que ha perdido)?				
P2. ¿Ha tenido que ir corriendo al lavabo para defecar?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
P3. ¿Si ha contestado SI, cuántas veces lo ha tenido que hacer, incluso las que no haya llegado a tiempo?				
P4. ¿Cuántas veces se le han escapado hoy por no llegar a tiempo al lavabo?				
P5. ¿Cuántas veces se le escapan sin tener consciencia de ello?				
P6. ¿Ha manchado su ropa interior hoy?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
P7. ¿Ha utilizado algún tipo de protección de su ropa interior hoy?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
P8. ¿Ha utilizado laxantes y/o enemas?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
P9. ¿Ha tomado algún tratamiento para retener las heces?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
P10. ¿Su fuga fecal le ha impedido realizar su actividad habitual?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
P11. ¿Cómo ha sido su defecación hoy?	Sólida <input type="checkbox"/> Blanda <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> NP <input type="checkbox"/>		Sólida <input type="checkbox"/> Blanda <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> NP <input type="checkbox"/>	
P12. ¿Ha tenido que ayudarse con sus dedos para la defecación, o ha tenido la sensación de haber retenido heces sin poderlas evacuar?	Dedos <input type="checkbox"/> Retención <input type="checkbox"/> NP <input type="checkbox"/>		Dedos <input type="checkbox"/> Retención <input type="checkbox"/> NP <input type="checkbox"/>	
P13. ¿Cuando tiene la sensación de defecar, cuánto tiempo puede retenerla de forma voluntaria?	min <input type="checkbox"/> NP <input type="checkbox"/>		min <input type="checkbox"/> NP <input type="checkbox"/>	
P14. ¿Ha tenido pérdidas de orina?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
P15. ¿En qué porcentaje promedio siente que ha evacuado por completo su intestino?	Siempre <input type="checkbox"/> 75 - 100% <input type="checkbox"/> 50 - 75% <input type="checkbox"/> 25 - 50% <input type="checkbox"/> 0 - 25% <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/>		Siempre <input type="checkbox"/> 75 - 100% <input type="checkbox"/> 50 - 75% <input type="checkbox"/> 25 - 50% <input type="checkbox"/> 0 - 25% <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/>	
P16. ¿Cuántas veces promedio al día tiene que volver al lavabo en menos de una hora acabada una deposición?	Ninguno <input type="checkbox"/> Entre 1 - 2 <input type="checkbox"/> Entre 2 - 4 <input type="checkbox"/> Entre 4 - 7 <input type="checkbox"/> Entre 7 - 10 <input type="checkbox"/> Más de 10 <input type="checkbox"/>		Ninguno <input type="checkbox"/> Entre 1 - 2 <input type="checkbox"/> Entre 2 - 4 <input type="checkbox"/> Entre 4 - 7 <input type="checkbox"/> Entre 7 - 10 <input type="checkbox"/> Más de 10 <input type="checkbox"/>	
P17. ¿Ha podido diferenciar entre heces y gases?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/>		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/>	

2.2. Escalas de gravedad

2.2.1. Escalas cualitativas (Parks, Pescatori, Williams).

No son válidas para la monitorización de terapias ni para realizar comparaciones entre diferentes series de pacientes, puesto que son susceptibles de numerosos sesgos.

2.2.2. Escalas cuantitativas.

La escala del grupo de Cleveland⁴ es el score más utilizado internacionalmente, sin embargo, como desventaja, presenta que la cuantificación de la frecuencia es demasiado subjetiva, y en demasiados grados lo que hace difícil su elección. También se ha señalado que el uso de compresa penaliza en exceso la puntuación final.

Escala de incontinencia de Wexner (Cleveland Clinic)					
Tipo IF	Nunca	Raramente (<1 vez/mes)	Algunas veces (>1 vez/mes y <1 vez/semana)	Frecuente (>1 vez/semana y <1 vez/día)	Siempre (>1 vez/día)
Gases	0	1	2	3	4
Líquidas	0	1	2	3	4
Sólidas	0	1	2	3	4
Uso de paños	0	1	2	3	4
Alteración del estilo de vida	0	1	2	3	4
	0: Continencia perfecta	20:	Incontinencia completa		

Esta escala fue modificada por el grupo de St. Mark's⁵, añadiendo la evaluación del síntoma urgencia defecatoria, la utilización de medicación constipante y modificando la puntuación del ítem uso de compresa o pañal. La urgencia defecatoria puede tener mucha importancia en la repercusión funcional de los pacientes con Incontinencia fecal, limitándolos gravemente en sus actividades diarias. Considerar la medicación antidiarreica es importante porque un paciente podría mejorar su puntuación en la escala de Wexner simplemente

por su uso, y no quedaría correctamente reflejada la gravedad. En esta escala la gravedad de la incontinencia varía entre 0 (continencia perfecta) y 24 (incontinencia completa).

Escala de Vaizey (St. Mark's Hospital)					
	Nunca	Raramente	Algunas veces	Semanalmente	Diariamente
Incontinencia por heces sólidas	0	1	2	3	4
Incontinencia por heces líquidas	0	1	2	3	4
Incontinencia por gases	0	1	2	3	4
Alteración del estilo de vida	0	1	2	3	4
				NO	SÍ
Necesidad de usar pañal u obturador anal				0	2
Medicación para el estreñimiento				0	2
Falta de capacidad para contener la defecación por 15 minutos (urgencia fecal)				0	4

2.3. Calidad de vida

El cuestionario FIQL¹ (*Fecal incontinence quality of life scale*) ha sido validado y publicado en castellano³. Tiene 29 preguntas que evalúan cuatro dominios:

1. Estilo de vida (10 preguntas)
2. Conducta (9 preguntas)
3. Depresión/Percepción de uno mismo (7 preguntas)
4. Vergüenza (3 preguntas)

Cada una de ellas es valorada calculando la media de las respuestas a los items de cada escala, pudiendo variar entre 1 y 5 puntos. El valor 1 indica el peor estado funcional de calidad de vida.

Correspondencia de las preguntas a los 4 dominios:

- **Estilo de vida:** 2a, 2b, 2c, 2d, 2e, 2g, 2h, 3b, 3l, 3m
- **Conducta:** 2f, 2i, 2j, 2k, 2m, 3d, 3h, 3j, 3n
- **Depresión:** 1 (Se valora a la inversa: varía entre 1 y 5, la salud pobre se puntúa 1, y la salud excelente se puntúa 5), 3d, 3f, 3g, 3i, 3k, 4 (se puntúa entre 1 y 6)
- **Vergüenza:** 2l, 3a, 3e

Tabla Cuestionario de Calidad de Vida FIQL:

Q 1: En general, usted diría que su salud es:

1. Excelente
2. Muy buena
3. Buena
4. Regular
5. Pobre

Q 2: Para cada una de las cuestiones, indique con qué frecuencia le ocurre lo siguiente debido a pérdidas accidentales de heces (*si le ocurre por otros motivos señale no corresponde, NC*).

	Mayoría veces	Algunas veces	Pocas veces	Ninguna	NC
a) Tengo miedo de salir de casa	1	2	3	4	I
b) Evito visitar amigos	1	2	3	4	I
c) Evito pasar la noche fuera de casa	1	2	3	4	I
d) Me es difícil salir para hacer cosas como ir al cine o a la iglesia	1	2	3	4	I
e) Como menos cantidad si voy a salir	1	2	3	4	I
f) Cuando no estoy en casa, intento estar cerca del baño siempre que sea posible	1	2	3	4	I
g) Es importante planear mis actividades diarias según mi ritmo intestinal	1	2	3	4	I
h) Evito viajar	1	2	3	4	I
i) Me preocupa no llegar al baño a tiempo	1	2	3	4	I
j) Siento que no tengo control sobre mi intestino	1	2	3	4	I
k) No puedo contener mis deseos de evacuar lo suficiente para llegar al baño	1	2	3	4	I
l) Pierdo heces incluso sin darme cuenta	1	2	3	4	I
m) Intento prevenir mis pérdidas accidentales permaneciendo cerca del baño	1	2	3	4	I

Q 3: Debido a **pérdidas accidentales de heces**, indique en qué grado está en acuerdo o en desacuerdo con cada una de las siguientes cuestiones (si le ocurre por otros motivos señale no corresponde, NC).

	Muy de acuerdo	Algo de acuerdo	Algo en desacuerdo	Muy en desacuerdo	NC
a) Me siento avergonzado	1	2	3	4	I
b) No puedo hacer muchas cosas que quisiera	1	2	3	4	I
c) Me preocupa tener accidentes	1	2	3	4	I
d) Me siento deprimido	1	2	3	4	I
e) Me preocupa que las personas perciban olor de heces en mí	1	2	3	4	I
f) Siento que no soy una persona saludable	1	2	3	4	I
g) Disfruto menos de la vida	1	2	3	4	I
h) Tengo relaciones sexuales con menor frecuencia que me gustaría	1	2	3	4	I
i) Me siento diferente a otras personas	1	2	3	4	I
j) La posibilidad de pérdidas accidentales está siempre en mi mente	1	2	3	4	I
k) Me asusta tener relaciones sexuales	1	2	3	4	I
l) Evito viajar en avión o tren	1	2	3	4	I
m) Evito salir a comer fuera de casa	1	2	3	4	I
n) Cuando voy a algún lugar nuevo localizo donde está el baño	1	2	3	4	I

Q 4: ¿Durante el último mes, se sintió tan triste o desesperanzado, o tuvo tantos problemas que pensó si realmente algo valía la pena?

1. Muchísimo (hasta el punto de querer abandonar)
2. Mucho
3. Bastante
4. Algo (suficiente para preocuparle)
5. Un poco
6. En absoluto

3. LARS

3.1. Definición

Trastorno de la función intestinal después de resección rectal, que provoca un perjuicio en la calidad de vida.

3.2. Escalas de gravedad

El **LARS score** consta de cinco preguntas simples con un valor de puntuación que se correlaciona con el impacto en la calidad de vida. Los 5 aspectos que se seleccionaron son la incontinencia a gases, incontinencia a líquidos, frecuencia defecatoria, deposiciones fragmentadas y la urgencia. La escala de puntuación va de 0 a 42 puntos y permite clasificar a los pacientes en tres grupos: *no LARS* (0-20 puntos), *minor LARS* (21-29 puntos) y *major LARS* (30-42 puntos).

LARS score en castellano: Cuestionario acerca de la función intestinal.

El propósito de este cuestionario es evaluar el funcionamiento de sus intestinos. Marque solamente una casilla para cada una de las preguntas. Es posible que sea difícil escoger una sola respuesta, puesto que sabemos por algunos pacientes que los síntomas varían de un día a otro. Le pedimos tenga a bien elegir la respuesta que mejor describa su vida cotidiana. Si ha sufrido recientemente alguna infección que afecta su función intestinal, no tome en cuenta este factor y concéntrese en contestar las preguntas a fin de reflejar el funcionamiento habitual diario de sus intestinos.

1. ¿Existen momentos en los que no puede controlar el flato (pedos)?

- No, nunca 0
- Sí, menos de una vez por semana 4
- Sí, al menos una vez por semana 7

2. ¿Tiene alguna vez pérdida accidental de heces líquidas?

- No, nunca 0
- Sí, menos de una vez por semana 3
- Sí, al menos una vez por semana 3

3. ¿Con qué frecuencia evacua el intestino?

- Más de 7 veces por día (24 horas) 4
- 4 a 7 veces por día (24 horas) 2
- 1 a 3 veces por día (24 horas) 0
- Menos de una vez por día (24 horas) 5

4. ¿Alguna vez tiene que volver a evacuar el intestino antes de transcurrida una hora de la última evacuación?

- No, nunca 0
- Sí, menos de una vez por semana 9
- Sí, al menos una vez por semana 11

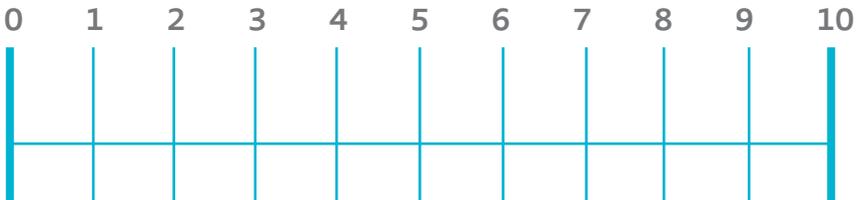
5. ¿Alguna vez siente una necesidad tan urgente de evacuar el intestino que debe apresurarse para llegar al lavabo?

- No, nunca 0
- Sí, menos de una vez por semana 11
- Sí, al menos una vez por semana 16

4. Escala visual analógica (EVA)

El paciente señala sobre una escala visual su estado respecto a un síntoma o proceso para cuantificarlo. Puede ser muy útil para valorar el efecto de un tratamiento, de forma complementaria con otras escalas de gravedad y cuestionarios de calidad de vida.

- ¿Cómo se siente respecto a su incontinencia fecal?
- ¿Cómo se siente respecto a su estreñimiento?



Fatal



Perfecto

Bibliografía

1. Rockwood TH, Church JM, Fleshman JW, et al. Fecal Incontinence Quality of Life Scale, Quality of life instrument for patients with fecal incontinence. *Dis Colon Rectum* 2000; 43: 9–17.
2. Perona M, Mearin F, Guilera M, et al. Cuestionario específico de calidad de vida para pacientes con estreñimiento: desarrollo y validación del CVE-20. *Med Clin (Barc)* 2008; 131(10): 371-7.
3. Minguez M, Garrigues V, Soria MJ, Andreu M, Mearin F, Clave P. Adaptation to Spanish Language and Validation of the Fecal Incontinence Quality of Life Scale. *Dis Colon Rectum* 2006; 49: 490-9.
4. Jorge JM, Wexner SD. Etiology and management of fecal incontinence. *Dis Colon Rectum* 1993; 36: 77-97.
5. Vaizey CJ, Carapeti E, Cahill JA, Kamm MA. Prospective comparison of faecal incontinence grading systems. *Gut* 1999; 44: 77-80.
6. Drossman DA, Hasler WL. Rome IV-functional GI disorders: Disorders of gut-brain interaction. *Gastroenterology* 2016; 150: 1257-61.
7. Emmertsen KJ, Laurberg S. Low anterior resection syndrome score: Development and validation of a symptom-based scoring system for bowel dysfunction after low anterior resection for rectal cancer. *Ann Surg* 2012; 255: 922-8.
8. Keane C, Fearnhead NS, Bordeianou LG, et al. International Consensus Definition of Low Anterior Resection Syndrome. *Dis Colon Rectum* 2020; 63: 274-84.
9. Agachan F, Chen T, Pfeifer J, Reissman P, Wexner SD. A constipation scoring system to simplify evaluation and management of constipated patients. *Dis Colon Rectum* 1996; 39: 681-685.
10. Juul T, Ahlberg M, Biondo S, et al. International validation of the low anterior resection syndrome score. *Ann Surg* 2014, 259: 728-34.

5

Seguimiento

Eloy Espín Basany
Fernando de la Portilla de Juan

Uno de los problemas más comunes en los programas de irrigación transanal es el abandono de los mismos por parte del paciente. Las causas de estos abandonos son varias, incluyendo molestias, dolor, manchado entre irrigaciones, o fuga de líquido de irrigación. Todas estas cuestiones deben ser valoradas de forma periódica en todos los pacientes que siguen programas de ITA para evaluar y tratar de aminorarlas tanto como sea posible.

El entrenamiento y educación al paciente en el periodo de inicio es tan importante como en el seguimiento. Por esta razón el paciente y el profesional deben:

- Conocer las vías de contacto con el equipo.
- Mantener visitas periódicas para conocer el estado del paciente y su experiencia con el programa de ITA. Estas visitas pueden ser presenciales o telemáticas (según las posibilidades del paciente, el equipo y las circunstancias).
- Las visitas deben ser más regulares en el periodo inicial y pueden espaciarse cuando el paciente tiene experiencia en la ITA.
- Es recomendable que las visitas sean con el mismo equipo, con el fin de mantener y aumentar la confianza del paciente.
- En cada visita debe investigarse cualquier signo o síntoma relacionado con las causas más frecuentes de abandono de los programas de ITA.
- Para evaluar el éxito o fracaso del tratamiento pueden utilizarse las mismas escalas realizadas para la selección de los pacientes en cada indicación (incontinencia, LARS, constipación, etc.). De la misma manera deben incluirse la presencia de efectos adversos y pueden incluirse, si se cree conveniente, escalas de calidad de vida.
- Las visitas de seguimiento mantienen la motivación de los pacientes e identifican posibles cambios en los hábitos defecatorios.
- El paciente debe conocer los signos de alarma que deben conducirlo a pedir visitas preferentes o urgentes.

1. Propuesta de seguimiento

Patología	Vigilar	Primer año de tratamiento				Sucesivos años
		1ª Semana	1 ^{er} mes	3 ^{er} mes	6 ^o y 12 ^o mes	Anual
LARS	Dificultades técnicas ¹	x	x	x	x	x
	Score LARS ²		x	x	x	x
	Complicaciones ³	x	x	x	x	x
	Necesidad medicación ⁴	x			x	x
Estreñimiento	Dificultades técnicas ¹	x	x	x	x	x
	Score Estreñimiento/ Diario defecatorio ⁵		x	x	x	x
	Complicaciones ³	x	x	x	x	x
	Necesidad medicación ⁴	x			x	x
Incontinencia fecal	Dificultades técnicas ¹	x	x	x	x	x
	Score Incontinencia fecal / Diario defecatorio ⁶		x	x	x	x
	Complicaciones ³	x	x	x	x	x
	Necesidad medicación ⁴	x			x	x

1. Dificultades técnicas

Preguntar las dificultades que el paciente ha experimentado con el sistema de irrigación. Rotura globos, escapes del sistema, ...

2. Score LARS

Emplear esta escala para gradar los escapes de gases, líquidos, frecuencia evacuación intestinal, evacuación incompleta y urgencia¹.

3. Complicaciones

Sangrado, erosiones anales, dermatitis, quemaduras y síntomas vegetativos (lipotimias, proctalgia fugaz).

4. Necesidad de medicación

Toma de laxantes, loperamida, fibra, analgésicos.

5. Score Estreñimiento/ Diario defecatorio

Emplear una escala para gradar la severidad del estreñimiento². También es adecuado especialmente en el primer trimestre de iniciar el tratamiento emplear un diario defecatorio.

6. Score Incontinencia fecal/Diario defecatorio

Emplear una escala para gradar la severidad de la incontinencia como el score de Jorge-Wexner, St. Mark. También es adecuado especialmente en el primer trimestre de iniciar el tratamiento emplear un diario defecatorio.

Bibliografía

1. Emmertsen KJ, Laurberg S. Low anterior resection syndrome score: development and validation of a symptom-based scoring system for bowel dysfunction after low anterior resection for rectal cancer. *Ann Surg.* 2012 May;255(5):922-8.
2. Agachan F, Chen T, Pfeifer J, Reissman P, Wexner SD. A constipation scoring system to simplify evaluation and management of constipated patients. *Dis Colon Rectum.* 1996 Jun;39(6):681-5.

[Ostomy Care](#) / [Continance Care](#) / [Wound & Skin Care](#) / [Interventional Urology](#)

Todos los derechos reservados por Coloplast Productos Médicos, S. A.
Condesa de Venadito 5, 4ª planta - 28027 Madrid, España.

www.coloplast.es Coloplast es una marca registrada de Coloplast A/S. © 2021/10 - 460NOG2692

