

Guía de práctica clínica:
***La irrigación
en colostomías***



Guía de práctica clínica: *La irrigación en colostomías*



RELACIÓN DE AUTORES



García García, José Antonio

Enfermero Consultor y Gestor de cuidados de enfermería. Responsable de la consultoría de úlceras y heridas crónicas y Estomatepia de la Xarxa sanitària i Social de Santa Tecla de Tarragona. Profesor Asociado Facultad de Enfermería. Universidad Rovira i Virgili de Tarragona. Diplomado Universitario en Enfermería por la Universidad de Barcelona. Estomaterapeuta por la Universidad Europea de Madrid. Máster en Ciencias de la Enfermería por la Universidad Rovira i Virgili. Máster en Cuidados de úlcera y heridas crónicas por la Universidad de Cantabria. Posgraduado en el cuidado del pie diabético por la Universidad de Barcelona.



Bueno Cruz, Belén

Coordinadora de Consultas Externas Clínica Meritxell y de relaciones asistenciales del SAAS con empresas públicas y privadas. Estomaterapeuta y experta en heridas crónicas del Hospital Nostra Senyora de Meritxell, Principat d'Andorra. Profesora colaboradora en la Universitat d'Infermeria d'Andorra. Experta en Atención integral al paciente ostomizado por la Universidad Europea de Madrid. Máster en Liderazgo y gestión en servicios de enfermería por la Universidad de Barcelona. Posgrado en Cirugía general y especialidades por la Universidad Ramón Llull.



Cano Ruíz, Isabel

Enfermera de la unidad de cirugía del Hospital de Igualada. Diplomada Universitaria en Enfermería por la Universidad de Barcelona. Estomaterapeuta por la Universidad Europea de Madrid. Posgrado en Cirugía general y de especialidades de la Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia Blanquerna. Universidad Ramón Llull.



Costa Quintas, María Rosa

Enfermera de rol avanzado en CCR y referente de la consulta de estomatoterapia del Hospital Clínic Barcelona. Diplomada Universitaria en Enfermería por la Universidad de Barcelona en 2001. Posgraduada en Cuidados Enfermeros en el Ámbito Sociosanitario y en Terápias Naturales por la Universidad Santa Madrona de Barcelona en 2006. Posgraduada en Curas de Heridas crónicas, Abordage Integral por la Universidad Autónoma de Barcelona en 2010. Máster en Ciencias de la Enfermería por la Universidad Jaime I de Castellón en 2014. Estomatoterapeuta por la Universidad Francisco de Vitoria de Madrid en 2015.



Ferrer Zamora, Patricia

Enfermera del servicio de cirugía General y Estomaterapeuta del Hospital de Palamós, Gerona. DUE por la Escuela Universitaria de Enfermería de Andorra, 1997. Curso de experto en Enfermería: Cuidado integral del paciente ostomizado, octubre 2015. Universidad Francisco de Vitoria, Madrid. Certificado de acreditación de la competencia profesional enfermera para la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios en el ámbito de los cuidados generales enfermeros. 1ª Fase del Proyecto Gradua 2. Consejo General de Colegios Oficiales de enfermería de España. Madrid, enero de 2013.



Herrero Guardado, Victoria

Enfermera asistencial en hospitalización y consultas externas en Hospital Granollers (Barcelona). Diplomada en enfermería por EUI Vall d'Hebrón (2006). Experta en el Cuidado Integral del Paciente Ostomizado por la Universidad Francisco de Vitoria (2015).



Navalón Pérez, Cristina

Coordinadora d'Infermeria en Quirúrgica Barcelona. Responsable de l'unitat de cures. Posgrado de quirófano e instrumentación por la Universidad Autónoma de Barcelona. Estomaterapeuta por la Universidad Europea de Madrid. Máster en el deterioro de la integridad cutánea por la Universidad de Valencia.



Perona Pagán, Eva

Diplomada Universitaria en Enfermería por la Universidad de Barcelona en 1995. Posgraduada en Enfermería de Atención Primaria por la Universidad de Barcelona en 2010. Estomaterapeuta por la Universidad Francisco de Vitoria, Madrid, en 2015. Enfermera gestora de casos del paciente Urológico y Estomaterapeuta en Hospital Residencia Sant Camil (Consorti Sanitari del Garraf).



Pueyo Soler, Eva

Enfermera de Cirugía General del Área Ambulatoria. Responsable de la consulta de Curas avanzadas y Estomaterapia del Hospital General de Catalunya. Responsable del programa de prevención de la infección quirúrgica en el CCR del área ambulatoria. Estomaterapeuta por la Universidad Europea de Madrid. Posgraduada en Enfermería Gerontológica y Geriátrica por la Universidad de Barcelona. Tutora clínica de las alumnas de Grado de Enfermería de la Universidad Internacional de Catalunya. DUE por la Universidad de Barcelona.



Tello Barquilla, Jordi

Diplomado Universitario en Enfermería, por la Universidad de Santa Madoña y por la Universidad de Barcelona el año 2000. Experto Universitario en el Cuidado Integral del Paciente Ostomizado, impartido por la Universidad Europea de Madrid en 2010. Posgraduado de Enfermería de Medicina General y Especialidades, en la Escuela Universitaria de Enfermería Blanquerna. Enfermero del Hospital Municipal de Badalona.



Vidal Morral, Cristina

Enfermera gestora de casos del paciente Ostomizado de Althaia – Xarxa Assistencial Universitària, Manresa. Diplomada en Enfermería por la Universidad Autónoma de Barcelona (1992). Máster en prevención de riesgos laborales con la especialidad en seguridad laboral e higiene industrial por la Universidad Politécnica de Cataluña (2001). Posgrado en Enfermería en anestesia, reanimación y terapéutica del dolor por la Universidad de Vic (2010). Posgrado en Enfermería en Atención Primaria por la Universidad de Barcelona (2012). Experto en el Cuidado Integral del Paciente Ostomizado por la Universidad Francisco de Vitoria (2015).



Villambrosa Solana, Rosa María

DUI por la Universidad Autónoma de Barcelona. Estomaterapeuta por la Universidad Europea de Madrid. Trabajó en el Hospital “Josep Trueta “ de Girona, en Cirugía digestiva y Estomoterapia. Actualmente trabaja como referente de Estomas en el Centro de Atención Primaria (CAP Montelivi) de Girona.

Avalado por:

SEDE - Sociedad Española de Enfermería Experta en Estomaterapia



© 2017 Coloplast Productos Médicos, S.A.
(Prohibida la reproducción total o parcial por cualquier medio o soporte sin la expresa autorización del/los propietario/s)
EDITA: Coloplast Productos Médicos, S.A.
I.S.B.N: 978-84-697-3270-0
DEPÓSITO LEGAL: Solicitado

Contenido

Prólogo	9
Listado de Siglas	11
1. Introducción	12
1.1 Justificación	12
1.2 Estructura de la Guía	13
1.3 Alcance	13
1.4 Objetivo general	13
1.5 Objetivos específicos	14
1.6 Población diana profesional	14
1.7 Metodología de elaboración de la guía	14
2. La colostomía	15
2.1 Anatomía y fisiología	15
2.1.1 Anatomía del colon	16
2.1.2 Histología del colon	18
2.1.3 Fisiología del colon	19
2.1.4 Vascularización del colon	21
2.2 Definición y tipos de colostomías	21
2.3 Valoración del estoma	25
2.3.1 Complicaciones del estoma	26
2.3.1.1 Complicaciones inmediatas	27
2.3.1.2 Complicaciones tardías	28
2.3.1.3 Complicaciones en la piel periestomal	29
3. La irrigación en colostomía	30
3.1 Definición	30
3.2 Tipos de irrigación	31
3.3 Indicaciones de la irrigación	32
3.3.1 Irrigación como método de continencia	32
3.3.2 Irrigación terapéutica	32
3.3.3 Irrigación de limpieza	32
3.3.4 Irrigación para el control de los esfínteres	32
3.3.5 Otras indicaciones	32

3.4	Contraindicaciones de la irrigación	33
3.4.1	Irrigación como método de continencia	33
3.4.2	Irrigación terapéutica	33
3.4.3	Irrigación de limpieza e irrigación para control de esfínteres	33
3.5	Técnica de la irrigación	34
3.5.1	Taxonomía NANDA-NOC-NIC	35
3.5.2	Cuándo iniciar la educación y frecuencia de la irrigación	40
3.5.3	Recursos estructurales	41
3.5.4	Recursos materiales	41
3.5.5	Preparación del material antes de iniciar la irrigación	42
3.5.6	Proceso de la irrigación	43
3.5.7	Conservación del material después de la irrigación	44
3.5.8	Programa de educación para la salud: irrigación para la continencia en personas con colostomía descendente y sigmoide	45
3.5.9	El registro de la irrigación en colostomía	49
4.	Las complicaciones de la irrigación en colostomía	50
4.1	Complicaciones	50
5.	La alimentación en la continencia por irrigación	53
5.1	La alimentación en el paciente colostomizado	53
5.2	Recomendaciones nutricionales en colostomía temporal o definitiva	56
6.	Calidad de Vida de la persona colostomizada que utiliza la irrigación como método de continencia	59
7.	Bibliografía	61
8.	Glosario	64
9.	Resumen de recomendaciones	73
Índice de anexos		
	Anexo 1. Escala DET	75
	Anexo 2. Guía rápida del proceso de irrigación por colostomía	76
	Anexo 3. Diario de seguimiento de la irrigación por colostomía	79
	Anexo 4. Registro de la irrigación por colostomía	80

Índice de Figuras

Figura 1.	Aparato digestivo	16
Figura 2.	Vista de la estructura del abdomen	16
Figura 3.	Características anatómicas del colon	17
Figura 4.	Segmentos del colon	17
Figura 5.	Válvulas anales	18
Figura 6.	Proceso de absorción de agua en el colon	19
Figura 7.	Movimientos del colon	20
Figura 8.	Vascularización del colon	21
Figura 9.	Tipos de colostomías según ubicación anatómica	22
Figura 10.	Amputación abdominoperineal de Miles	23
Figura 11.	Técnica de Hartmann	23
Figura 12.	Colostomía terminal	23
Figura 13.	Colostomía en asa	24
Figura 14.	Colostomía doble	24
Figura 15.	Colostomía tipo Devine	24
Figura 16.	Escala DET	26
Figura 17.	Obturador	30
Figura 18.	Equipo de irrigación	42

Índice de Tablas

Tabla 1.	Sistema GRADE	15
Tabla 2.	Variables clave en la valoración del estoma	25
Tabla 3.	Indicaciones y contraindicaciones de la irrigación en colostomías	34
Tabla 4.	Códigos nacionales y referencias del material de irrigación en colostomías	41
Tabla 5.	Resumen de las posibles complicaciones su causa y la solución	52
Tabla 6.	Fibra dietética de los alimentos más comunes.	56
Tabla 7.	Grupos de alimentos y su consejo de consumo.	57

Prólogo

Resulta especialmente gratificante dar la bienvenida a esta obra en la que con gran rigor científico los autores abordan el cuidado del paciente ostomizado desde un punto de vista integral. Estamos ante un magnífico trabajo que profundiza en la irrigación en el paciente ostomizado, enfatizando la importancia de esta técnica para la vida diaria de nuestros pacientes.

Se trata, sin duda, de una guía basada en la experiencia, que va a servir de referencia no solo a los profesionales de la salud, sino también a los pacientes y a los cuidadores principales, proporcionándoles una guía de actuación que redundará en la mejora del manejo de estos pacientes. El esfuerzo realizado por autores y colaboradores debe ser ensalzado y a buen seguro proporcionará un motivo de satisfacción a las personas portadoras de un estoma.

No quisiera terminar este prólogo sin felicitar a los autores y colaboradores de la obra por su excelente trabajo e implicación, animándoles al mismo tiempo a mantener siempre viva y actualizada esta guía.

Manuel Bona Sánchez
Presidente SEDE

Listado de siglas

CASPe	Critical Appraisal Skills Programme Español
CN	Código Nacional
CV	Calidad de vida
CVRS	Calidad de vida relacionada con la salud
DET	Discolouration, Erosion, Tissue overgrowth
FAO	Food and Agriculture Organization
GPC	Guía de Práctica Clínica
GRADE	Grading of Recommendations Assessment Development and Evaluation
IG	Intestino grueso
NANDA	Nort American Nursing Diagnosis Association
NIC	Nursing Interventions Classification
NOC	Nursing Outcomes Classification
OMS	Organización Mundial de la Salud
PES	Programa de educación para la salud
RAND/UCLA RAND	Corporation y la Universidad de California en los Ángeles
SNS	Sistema Nacional de Salud

1. Introducción

Las Guías de Práctica Clínica (GPC) son un conjunto de “recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a profesionales y a pacientes a tomar decisiones sobre la atención sanitaria más apropiada, y a seleccionar las opciones diagnósticas o terapéuticas más adecuadas a la hora de abordar un problema de salud o una condición clínica específica”¹.

La GPC de la irrigación en colostomía que se presenta, pretende ser una herramienta actualizada de uso común para los profesionales sanitarios, especialmente de enfermería que tienen en su mano el poder de aumentar la calidad de vida percibida por la persona colostomizada a través de la continencia, consiguiendo así su recuperación, rehabilitación y reinserción social lo antes posible. Además, será de ayuda para aquellos profesionales que precisan de su utilización como continencia terapéutica en la resolución de complicaciones, procesos diagnósticos o quirúrgicos.

La presente GPC trata de responder a las preguntas sobre cuáles son las intervenciones terapéuticas disponibles más adecuadas para la práctica de la irrigación en colostomías de una forma segura. Se plantea como mecanismo para reducir la variabilidad en la práctica clínica y el establecimiento de estándares de cuidados, así como para erigirse en un documento de consulta a la hora de gestionar los recursos en base al grado de evidencia de las recomendaciones, lo que supone una mayor eficiencia. Además de garantizar un resultado, el profesional tiene la responsabilidad de ejecutar correctamente la técnica de cualquier procedimiento que se incluya en el plan de cuidados, así como la de elegir las opciones terapéuticas óptimas. Todo ello implica no solo una elevada habilidad técnica, sino también la obligación de actualizar e incorporar en su práctica los nuevos conocimientos a partir de las evidencias disponibles que avalen su inclusión.

El reto de continuar avanzado en el contexto de la excelencia de los cuidados se hace patente ahora con esta nueva Guía, que nace como consecuencia del trabajo continuo, del esfuerzo y de la dedicación de los profesionales que han intervenido en su elaboración. Ofrece una actualización de los conocimientos y de la evidencia científica en la materia, que servirá de apoyo para llevar a la práctica la irrigación en colostomías, con el objeto de realizar actuaciones eficaces, optimizar los recursos y sobre todo aumentar la satisfacción percibida por las personas colostomizadas y por los profesionales en el abordaje de esta técnica.

1.1. Justificación

La realización de una colostomía supone para la persona afectada la pérdida del control voluntario de la eliminación de las heces y la necesidad de utilizar un dispositivo colector para almacenar las materias fecales vertidas por el intestino. Este hecho implica alteraciones biológicas, psíquicas y sociales que dificultan la adaptación a su entorno^{2,3}. Se trata de un procedimiento con fines terapéuticos en diferentes trastornos como las enfermedades inflamatorias intestinales, hereditarias y congénitas, y en el cáncer colorrectal, que es la principal causa para su realización⁴.

En España, en el año 2005, se estimó una prevalencia de personas con colostomía del 1.5 por mil en la población (60.000 personas). Se trata de una cifra aproximativa, aunque deja claro la magnitud del problema⁵. Tras el alta hospitalaria, las personas tienen que hacer frente a los traumas de la cirugía, a la recuperación, a su nueva apariencia, a los olores y la adaptación al equipo necesario para el manejo del estoma⁶. Todos estos cambios pueden afectar en muchos aspectos de la vida de estas personas. Entre ellos, se pueden ver perturbadas el área psicosocial, la salud sexual, la imagen corporal y las creencias culturales y religiosas. Además, pueden aparecer trastornos del sueño, pérdida de la confianza y de la autoestima y ansiedad^{7,8}. Los problemas relacionados con la pérdida de la continencia, el control de los gases, los olores y las fugas de heces, son las principales preocupaciones

de las personas colostomizadas que pueden ver afectado gravemente su ámbito social, ya que suele provocar autorechazo, repugnancia, angustia, vergüenza e incluso originar estigmas^{9,10}. Sin embargo, está demostrado que intervenciones dirigidas al aumento en el control de la evacuación mejoran la adaptación física y psicosocial^{9,11,12}. Aunque el avance en los dispositivos para el estoma ha sido muy importante (mejorando la adherencia a la piel, disminuyendo las fugas y controlando la expulsión de olores con mejores filtros), para muchas de las personas colostomizadas la falta de continencia sobre la defecación y la expulsión de gases les provoca emociones negativas que pueden afectar gravemente a su calidad de vida¹³.

Una de las intervenciones que mejores resultados ha demostrado en cuanto al control de la defecación y a la mejora de la calidad de vida de estas personas es la irrigación¹⁴, pero a pesar de la eficacia demostrada como método de continencia, en nuestro entorno existe un grave problema con la adherencia al mismo, motivado en parte por la escasa promoción que se realiza de la técnica por parte de los profesionales.

La irrigación constituye un procedimiento que implica un entrenamiento complejo y sobre todo un seguimiento y continuidad de cuidados por parte de profesionales expertos¹⁴. Distintos estudios han puesto de manifiesto la importancia del personal de enfermería experto en la mejora de la percepción y aumento en la calidad de vida de estas personas. Su labor asistencial debe ir dirigida, no solo a los cuidados propios del estoma, sino a la rehabilitación integral, minimizando así las consecuencias biopsicosociales derivadas de una colostomía¹⁵. No debemos olvidar que en el transcurso del tiempo la persona puede necesitar la irrigación como un método terapéutico de resolución de complicaciones, como preparación para pruebas diagnósticas o intervenciones quirúrgicas.¹⁰

1.2. Estructura de la guía

La GPC está organizada en 6 capítulos dedicados a introducir la propia Guía, la definición del concepto de colostomía, su tipología y valoración, la descripción de la técnica de la irrigación en colostomías definiendo los diferentes tipos, las indicaciones, contraindicaciones, recursos necesarios así como la incorporación del modelo estandarizado de la taxonomía NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), NOC (Nursing Outcomes Classification), NIC (Nursing Interventions Classification) en su ejecución, la descripción, prevención y solución de las situaciones versus complicaciones que pueden aparecer, el abordaje de la alimentación en la continencia, la calidad de vida de la persona colostomizada que utiliza la técnica, la propuesta de un sistema de registro, la descripción de los distintos recursos y materiales didácticos la recopilación de un glosario de términos usados, y por último, a la exposición de los anexos que se plantean en el texto.

1.3. Alcance

La presente GPC pretende aportar las directrices de actuación a los profesionales de enfermería en el área del cuidado de las personas colostomizadas que utilizan o pueden ser candidatas a la irrigación en colostomías.

1.4. Objetivo general

Actualizar la práctica clínica de la irrigación en colostomías:

- Como método de continencia que puede incrementar la calidad de vida de la persona colostomizada.
- En la continencia terapéutica para la resolución de complicaciones.
- En el proceso de la preparación de pruebas diagnósticas.
- En el proceso de la preparación para intervención quirúrgica.

1.5. Objetivos específicos

- Definir los cuidados, procedimientos e intervenciones incorporando el grado de recomendación según la evidencia científica disponible.
- Estandarizar el proceso de la irrigación en colostomías.
- Mejorar la eficiencia de los recursos describiendo su utilización adecuada.
- Disminuir la variabilidad en la práctica clínica orientando en el proceso de toma de decisiones.
- Gestionar y minimizar las complicaciones y situaciones de riesgo.
- Sintetizar y sistematizar la información facilitando el registro de las intervenciones y evaluación de las mismas.
- Facilitar la práctica reflexiva del clínico.
- Promover la formación de los profesionales relacionados con la irrigación en colostomías.
- Utilizar la taxonomía enfermera en la estandarización de la técnica de la irrigación en colostomías.

1.6. Población diana profesional

Los principales usuarios de la GPC son todos los profesionales de enfermería de cualquier ámbito asistencial (atención primaria, especializada, socio sanitaria o residencial) que cuidan a personas ostomizadas con colostomías descendentes y sigmoides¹¹.

1.7. Metodología de elaboración de la GPC

Esta Guía ha sido elaborada por profesionales expertos en el cuidado de la persona ostomizada de distintos niveles asistenciales, con experiencia en la clínica, la docencia, la gestión y la investigación, así como por profesorado vinculado a las facultades de enfermería de la Universidad Rovira i Virgili de Tarragona, Universidad de Andorra y Fundación Universitaria del Bages.

En una fase preliminar se constituyó el grupo de trabajo para poder definir las preguntas clínicas relevantes, implementando la arquitectura de la Guía, de forma que respondiera a las necesidades detectadas.

Para aportar la visión de la realidad en cuanto a la evidencia actual se realizaron búsquedas bibliográficas de perfil genérico en las bases de datos primarias: MEDLINE (a través de PubMed), EMBA-SE, IME, CUIDEN Plus, LILACS, CINAHL, Cuidatge, en fuentes de información elaboradas: Cochrane Library y The Joanna Briggs Institute. Además, se consultaron diferentes documentos y guías divulgativas publicadas. De igual modo, se elaboraron búsquedas específicas directas para los diferentes aspectos secundarios de cada una de las preguntas desarrolladas. Las referencias bibliográficas encontradas han sido almacenadas en el gestor bibliográfico Mendeley, mediante el cual se eliminaron los duplicados.

La selección de los documentos se realizó a través del análisis crítico de los mismos, utilizando para ello las herramientas de lectura crítica CASPe¹⁶ (Critical Appraisal Skills Programme Español). El sistema GRADE¹⁷ (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) se empleó para formular y graduar las recomendaciones tal como recomienda el Manual metodológico de guías de práctica clínica en el sistema nacional de salud¹⁸.

El sistema GRADE clasifica las evidencias partiendo del diseño del estudio, pero aumenta o disminuye el nivel de la misma considerando otros elementos, fundamentalmente la calidad del estudio, la consistencia del mismo y el tipo de evidencia generada (directa o indirecta) para dejar la recomendación en cuatro niveles (Tabla 1).

Es preciso destacar que la presencia de un nivel de evidencia Bajo o Muy Bajo, en muchas ocasiones no es sinónimo de mala evidencia, simplemente refleja la falta de estudios que confirmen o desmientan el resultado o bien son estudios cualitativos, consenso de expertos, etc.

Grado de evidencia de las recomendaciones	
ALTA	Más investigación al respecto no va a modificar nuestra confianza en la estimación del efecto
MODERADA	Más investigación puede modificar nuestra confianza en la estimación del efecto
BAJA	Muy probablemente más investigación va a tener un efecto importante en nuestra confianza en la estimación del efecto
MUY BAJA	Cualquier estimación del efecto es sumamente incierta

Tabla 1. Sistema GRADE

Las recomendaciones para cada una de las intervenciones propuestas se realizaron mediante el consenso del grupo en diferentes reuniones presenciales y de forma virtual a través de una plataforma telemática en el periodo 2014-16. En los casos dónde se encontraron diferencias a la hora de determinar el nivel de evidencia de la recomendación se utilizó el consenso formal (Método RAND/UCLA)¹⁸.

El grupo tomó la decisión de incluir recomendaciones incluso cuando éstas aporten un grado de evidencia bajo o muy bajo, ya que a pesar de no contar con investigación sobre ciertos aspectos que las sustenten, se creyó importante su incorporación antes que omitirlas, supeditándolas siempre al consenso a partir del juicio clínico de los autores.

Una vez implementada la Guía se remitió a la Sociedad Española de Enfermería Experta en Estomatología (SEDE) para su aprobación y aval.

2. La colostomía

2.1 Anatomía y fisiología del aparato digestivo

El aparato digestivo humano (Figura 1) se extiende desde la boca hasta el ano y mide aproximadamente de 7 a 10 metros en el individuo adulto.

Es el sistema más largo del cuerpo humano e incluye: boca, faringe, esófago, estómago, intestino delgado, intestino grueso, recto y ano, así como las glándulas anexas, situadas fuera del mismo, y algunas de cuyas funciones son verter sus secreciones en dicho tubo, como las glándulas salivales, hígado y páncreas¹⁹⁻²⁰.

La digestión comienza en la boca cuando los alimentos son desintegrados a través de la masticación y son mezclados con la tialina, una enzima digestiva que se encuentra en la saliva²¹.

En el estómago, el alimento se mezcla con los jugos gástricos, formando el quimo, pasando a estado semilíquido al intestino delgado. Éste mide aproximadamente 5-7m. En él encontramos las enzimas biliares y pancreáticas, que junto con las enzimas intestinales desintegran el alimento, formando el quilo, para que pueda ser absorbido y utilizado como nutriente²¹.

El proceso digestivo generalmente tarda de dos a seis horas para completarse en el intestino delgado.

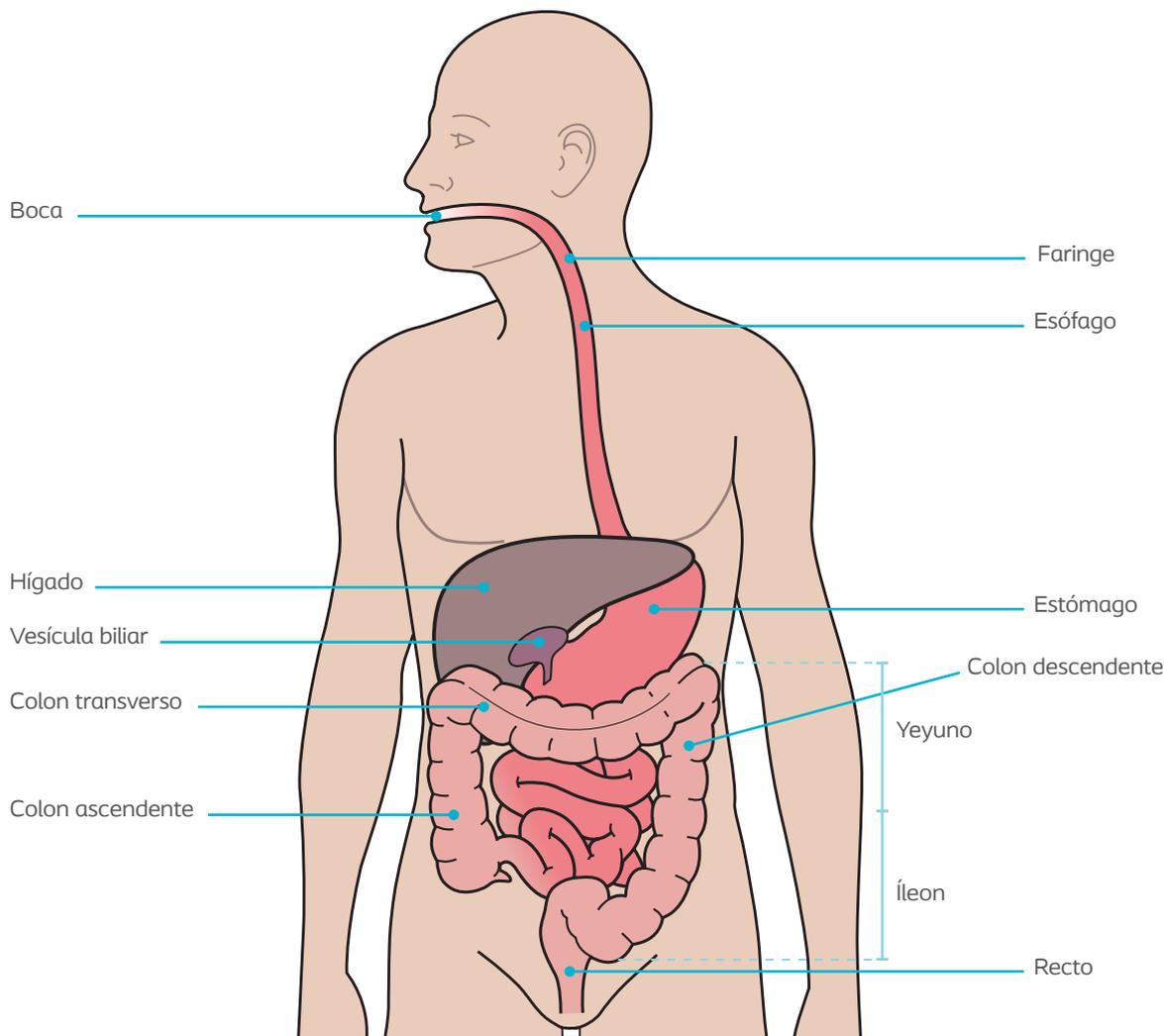


Figura 1. Aparato digestivo

2.1.1. Anatomía del colon

El intestino grueso (IG) o colon, comprende el segmento distal del tubo digestivo. Se inicia a partir de la válvula ileocecal en un fondo de saco denominado ciego hasta el ano, con una longitud de 1.5 m. Su diámetro disminuye gradualmente desde el ciego, que mide 7,5 cm, al sigma que mide 2,5 cm (Figura 2)²²⁻²⁴.

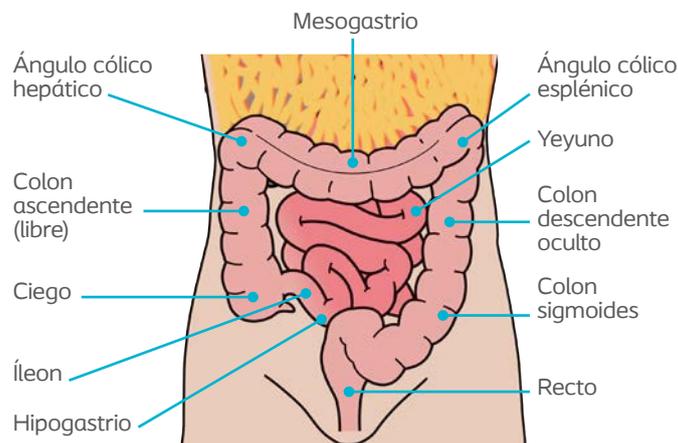


Figura 2. Vista del intestino delgado y grueso.

Ciertas características anatómicas externas distinguen al colon del intestino delgado (Figura 3):

- Mayor diámetro.
- Tenias colónicas, que corresponden a refuerzos de las fibras musculares longitudinales.
- Haustras, que son unas saculaciones y protusiones de la pared colónica entre las tenias, formadas por la contracción de las mismas.
- Apéndices epiploicos, son unas protuberancias peritoneales llenas de tejido adiposo situadas en el borde libre del colon.
- Fijación del epiplon mayor al colon transverso

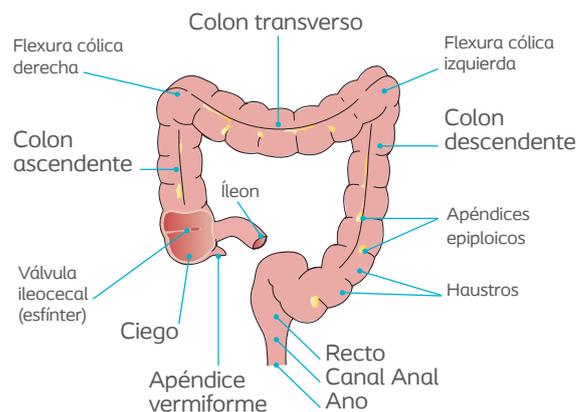


Figura 3. Características anatómicas del colon

El colon se divide anatómicamente en diferentes segmentos (Figura 4):

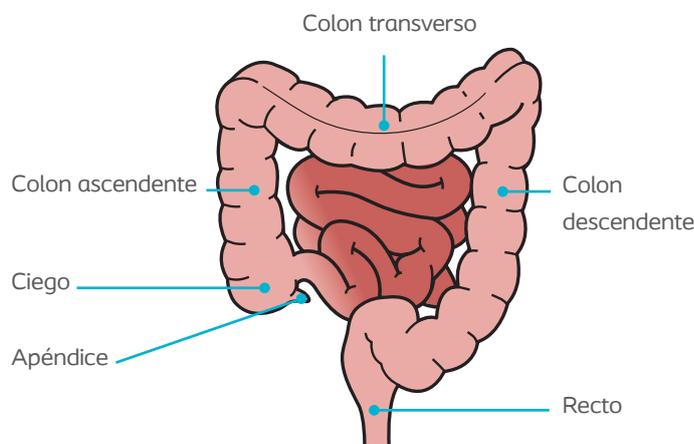


Figura 4. Segmentos del colon

Ciego: situado a nivel de la fosa ilíaca derecha, corresponde a la primera porción del IG. Es una dilatación en forma de saco, en la que desemboca el intestino delgado, a través de la válvula ileocecal, que impide el reflujo del colon al íleon. En su polo inferior se encuentra el apéndice vermiforme que contiene abundantes folículos linfoides. Tanto el ciego como el apéndice son partes móviles del colon²³⁻²⁴.

Colon ascendente: (colon derecho, 12-20 cm), se extiende desde el ciego hasta la cara inferior del hígado, incurvándose a la izquierda, formando el ángulo hepático; está apoyado sobre la pared abdominal posterior derecha y adosado a ella por el peritoneo, quedando inmobilizado.

Colon transverso: (35-50 cm), es la continuación del colon a partir del ángulo hepático, siguiendo un trayecto horizontal cruzando el abdomen de derecha a izquierda, hasta el borde inferior del bazo, donde se incurva hacia abajo formando el ángulo esplénico. Descansa sobre las asas del intestino delgado

y se fija a la pared posterior del abdomen por medio de un repliegue del peritoneo llamado mesocolon transverso, no obstante es una parte móvil del colon²³⁻²⁴.

Colon descendente: (colon izquierdo, 25 cm), se extiende desde el ángulo esplénico hacia abajo, por el lado izquierdo del abdomen hasta la fosa ilíaca izquierda, adherido a la cara posterior izquierda del abdomen por el peritoneo y por tanto inmovilizado.

Sigma: (10-30 cm), denominado así por adoptar dentro de la pelvis una morfología similar a una "s". Al igual que el colon transverso está fijado por el mesocolon sigmoide, pero es la última parte móvil del colon.

Recto: (12-16cm), es la parte final del intestino grueso que siguiendo la concavidad del sacro se estrecha progresivamente hasta terminar en el canal anal. Es un órgano extraperitoneal, no presenta haustras, ni tenias, ni apéndices epiploicos.

Conducto anal: tiene una longitud aproximada entre 2,5-4 cm, siguiendo una dirección descendente y hacia atrás, abriéndose al exterior en el ano. Por su extremo superior, continúa con el recto, presenta una corona de pliegues longitudinales llamados columnas de Morgagni, y a las depresiones que quedan entre ellas, se le denominan senos rectales; el borde inferior de estas columnas junto a una especie de repliegues mucosos denominados válvulas anales forman la línea pectínea (Figura 5).

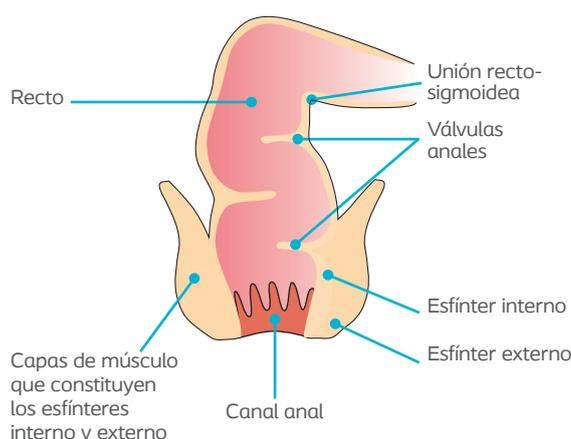


Figura 5. Válvulas anales

2.1.2 Histología del colon

Al igual que el resto del conducto digestivo, el colon está formado por cuatro capas²²:

Mucosa: con células epiteliales de tipo cilíndrico. Contiene glándulas de profundidad mayor con abundantes células secretoras de moco y nódulos linfáticos, y criptas epiteliales rectas denominadas glándulas de Lieberkhün^{24,25}.

Submucosa: similar al resto del conducto digestivo, con un plexo nervioso intramural.

Muscular externa: de tipo liso, que dispone de una capa interna de fibras circulares y otra capa externa de fibras longitudinales; esta capa externa no se extiende alrededor de toda la circunferencia cólica, sino que sus fibras van agrupadas en tres cintas llamadas tenias cólicas, que al llegar al recto sí que se dispersan por su superficie.

Serosa: que corresponde al peritoneo dispuesto alrededor de todo el colon, menos el recto que ocupa su posición en la pelvis, pero que está rodeado de una capa de tejido conectivo llamada adventicia.

El conducto anal está formado por:

Epitelio cilíndrico en su porción superior, y epitelio escamoso estratificado en su porción inferior, separados ambos por la línea pectínea.

Submucosa por la cual circulan los plexos venosos hemorroidales submucosos y subcutáneos.

Muscular, músculo liso que forma el esfínter anal interno que obedece a control reflejo.

Esfínter anal externo, de músculo estriado que obedece a control voluntario.

2.1.3 Fisiología del colon

Las funciones del colon son^{24,25}:

- Absorción de agua y electrolitos (sodio, magnesio y cloruros).
- Almacenar las materias fecales.

El contenido intestinal que llega al colon procede del intestino delgado, con un volumen aproximado de 500 ml. Se encuentra todavía en un estado semilíquido, denominado quimo. La mayor parte de las sustancias nutritivas se han digerido y han sido absorbidas en el intestino delgado. El producto restante es agua y material no absorbido y es en el colon donde se va a realizar la absorción de gran parte de este líquido, hasta quedar unos 80-100 ml de residuos que se eliminan por las heces.

Para ello la mucosa del colon va absorbiendo agua y electrolitos, especialmente a nivel del colon derecho, produciéndose el quimo, hasta que se reduce a materia fecal que es almacenada en el colon distal y recto (Figura 6).

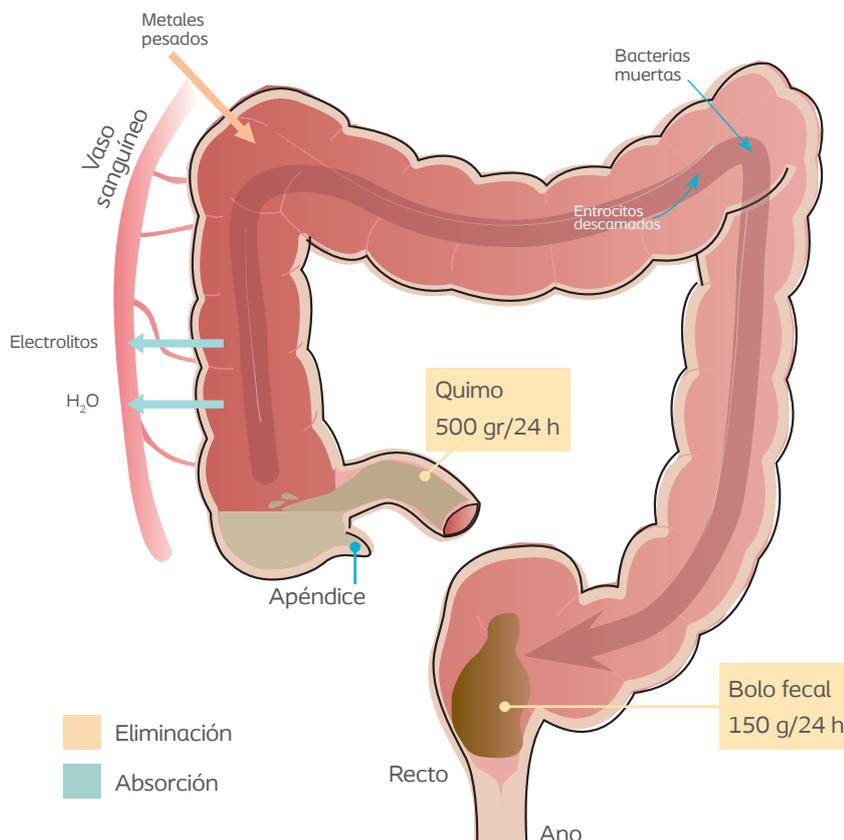


Figura 6. Proceso de absorción de agua en el colon

Para facilitar estas funciones el colon desarrolla dos tipos de movimientos²⁵ (Figura 7):

Mezcladores o de segmentación, en forma de contracciones musculares que amasan el quimo, facilitando la absorción de agua y electrolitos por la mucosa.

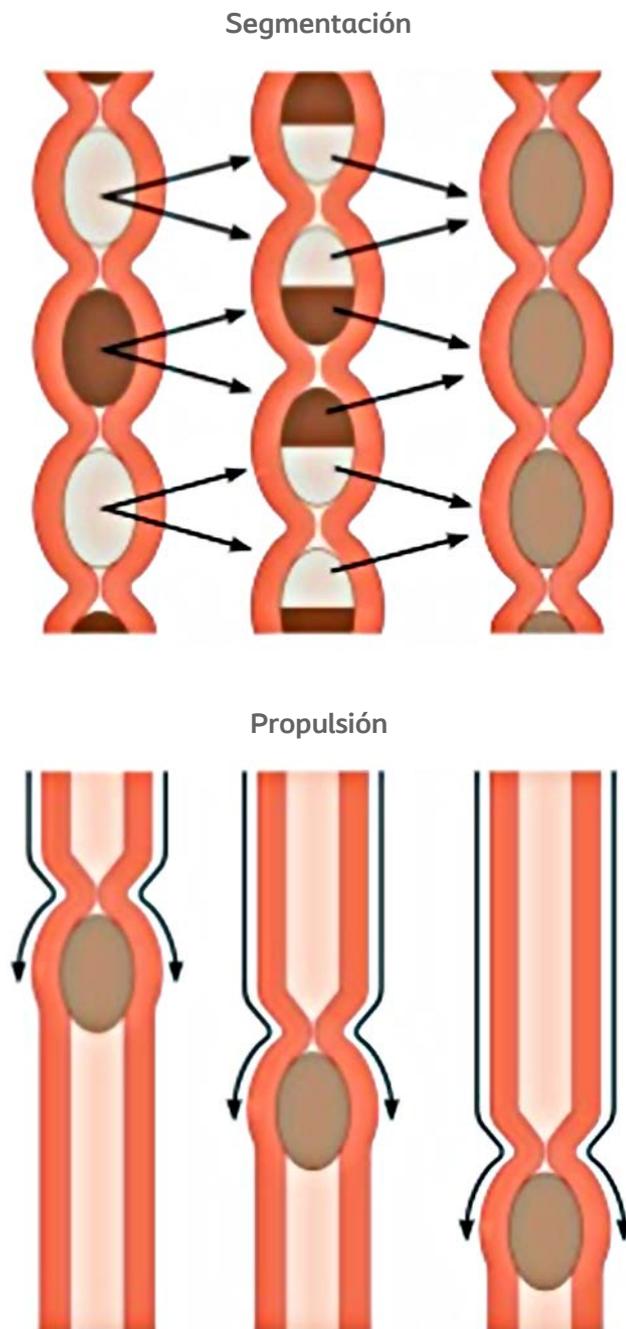


Figura 7. Movimientos del colon

De propulsión o movimientos en masa, produciéndose una contracción simultánea de un segmento a lo largo del colon que impulsa todo su contenido en sentido distal.

Además de la formación y almacenamiento de materias fecales, en el colon se acumulan gran cantidad de gases provenientes del aire deglutido, de la difusión desde la sangre hacia la luz intestinal de gran cantidad de dióxido de carbono, y de la actividad bacteriana a nivel del colon que produce gran cantidad de dióxido de carbono, metano e hidrógeno.

La función principal del recto y del conducto anal es la defecación, un reflejo regulado en gran medida por el hábito. En este sentido, la llegada de las heces al recto provoca su distensión que desencadena una serie de reflejos que relajan el esfínter anal interno, acompañado de la sensación subjetiva de necesidad de defecar. Si un individuo ignora en repetidas ocasiones este reflejo, se va contribuyendo a crear un hábito estreñido.

2.1.4 Vascularización del colon

El colon recibe vascularización tanto de la arteria mesentérica superior como de la inferior^{20,21}.

De la arteria mesentérica superior salen las ramas:

- Ileocólica, que irriga el íleon terminal y ciego.
- Cólica derecha, que irriga el colon ascendente.
- Cólica media, que irriga el ángulo hepático y parte del transverso.

De la arteria mesentérica inferior salen las ramas:

- Arterias sigmoideas, encargadas de irrigar el colon sigmoide.
- Arteria hemorroidal superior, que corresponde a la rama terminal de la mesentérica inferior, y que irriga la porción superior del recto.

La particularidad de todas estas arterias es que desembocan en dos ramas, una descendente y otra ascendente, anastomosándose la ascendente de una con la descendente de la siguiente, formando en su conjunto una especie de arco arterial denominado arcada de Rioldo o arteria marginal de Drumond (Figura 8).

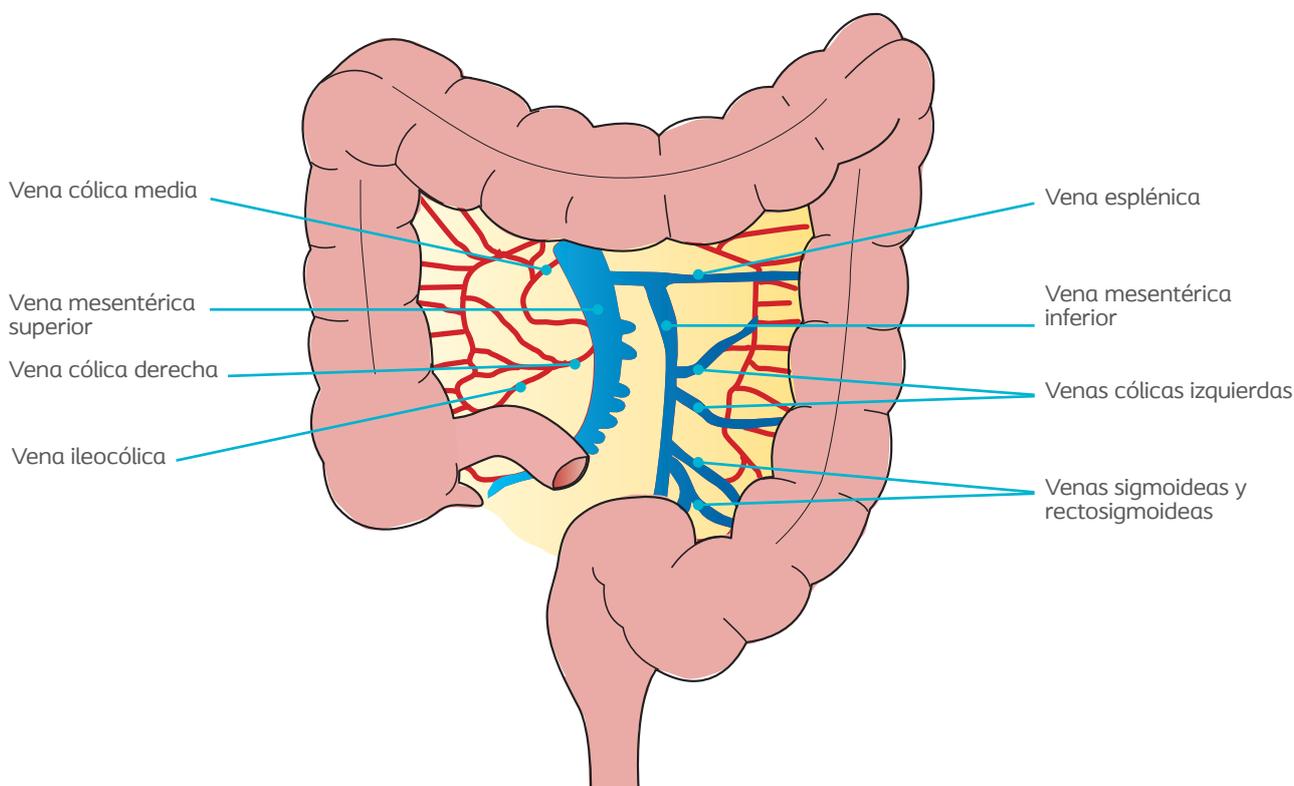


Figura 8. Vascularización del colon

2.2 Definición y tipos de colostomías

La palabra estoma procede del griego y significa literalmente boca o abertura. Con ella se designa en la actualidad la intervención quirúrgica cuyo objeto es crear una comunicación artificial entre una visera, órgano o conducto y la pared abdominal²⁶.

Por tanto, una colostomía se refiere a un procedimiento quirúrgico cuyo resultado es la derivación externa del colon al exterior a través de la pared abdominal.

Las colostomías se pueden clasificar según su localización anatómica, según el tiempo de permanencia y según la técnica quirúrgica utilizada^{24,27}.

Según su localización anatómica: (Figura 9)

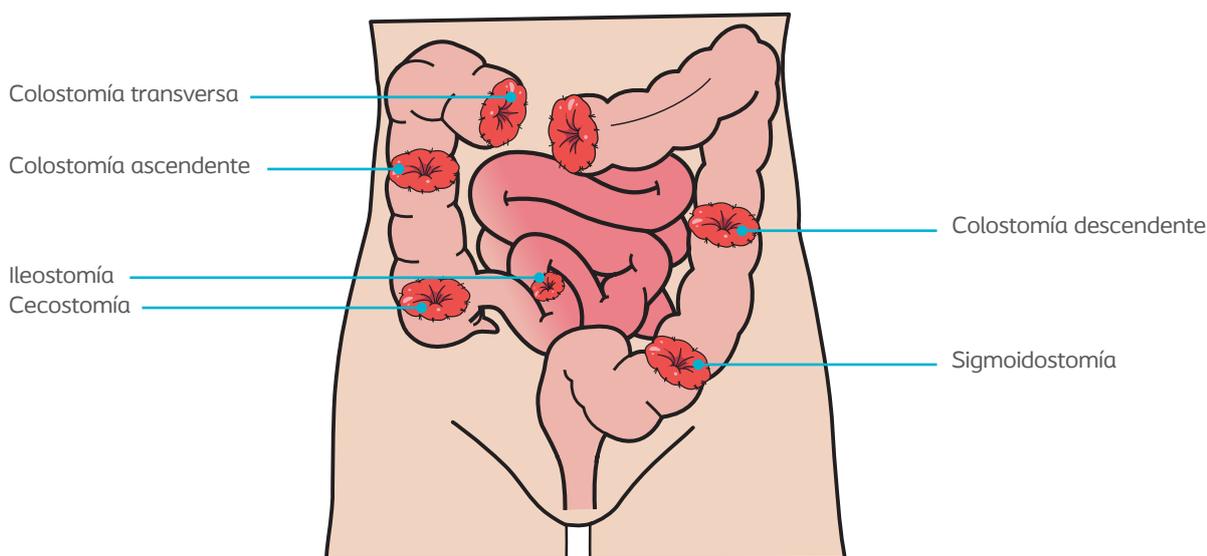


Figura 9. Tipos de colostomías según ubicación anatómica

Cecostomía: Se realiza a la altura del ciego, localizada en hemiabdomen derecho. Su realización es poco frecuente.

Colostomía ascendente: Se exterioriza la primera porción del intestino grueso (colon ascendente). El estoma quedará localizado en el lado derecho del abdomen, siendo las heces de consistencia líquida o semilíquida, continuas e irritantes, la eliminación es frecuente y con escasa salida de gases.

Colostomía transversa: Se realiza a la altura del colon transverso derecho o izquierdo. Se realiza frecuentemente en cirugía de urgencias. El estoma normalmente queda por encima del ombligo o un poco lateralizado. En este caso las heces son semilíquidas o semisólidas, continuas e irritantes. Suelen dar olor intenso y gases abundantes.

Colostomía descendente: Se realiza en el colon descendente. El estoma quedará situado en el lado izquierdo del abdomen y las heces serán sólidas de olor intenso y gases abundantes.

Colostomía sigmoidea (sigmoidostomía): se localiza en el colon sigmoideo y en la parte inferior izquierda del abdomen. Es la intervención más habitual y las técnicas quirúrgicas más utilizadas son la de Hartman y la de Miles. Da salida a heces formadas.

Según el tiempo de permanencia:

Definitiva: Se realizan generalmente cuando se lleva a cabo la exéresis del recto y del esfínter anal, no pudiendo restablecerse el tránsito intestinal. Se suelen realizar a nivel de colon descendente o sigmoideo y se exterioriza una boca única. Se denomina amputación abdominoperineal de Miles, (Figura 10).

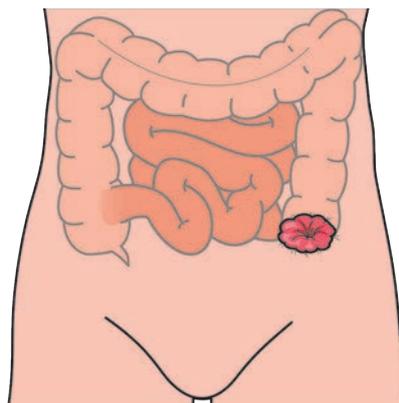


Figura 10. Amputación abdominoperineal, de Miles

Temporal: Se realiza la colostomía de forma transitoria hasta que se resuelve la patología de base. Aunque pueden ser realizadas en cualquier parte del colon, son el colon transverso y sigmoideo los más utilizados. Se denomina Técnica de Hartmann, cuando se exterioriza la boca proximal como una colostomía terminal y el muñón distal se sutura dentro de la cavidad abdominal (Figura 11).

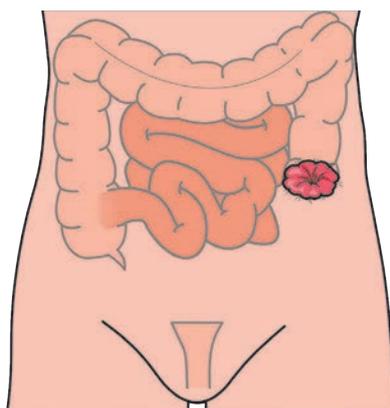


Figura 11. Técnica de Hartmann

Según la técnica quirúrgica:

Colostomía terminal (Figura 12): De una única boca. Se realiza en aquellas situaciones en las que se considera necesario resecar una porción del colon descendente, sigma o unión rectosigmoidea, y no practicar la anastomosis en la misma intervención. El colon proximal se aboca al exterior, como una colostomía terminal y el extremo distal se cierra mediante sutura mecánica o manual. Esta es una de las formas más comunes de colostomía temporal.

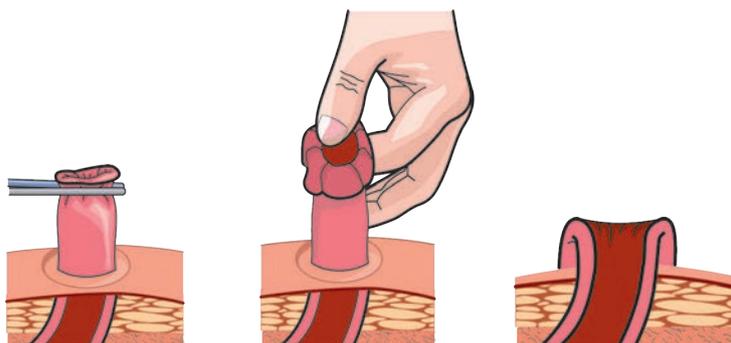


Figura 12. Colostomía terminal

Colostomía en asa (Figura 13): De doble boca. Se trata de una colostomía lateral en la que el colon transverso o sigmoide es exteriorizado y mantenido en posición por medio de un tutor rígido que se retirará a los 10 días de la intervención quirúrgica. En ocasiones se intenta que la boca funcionante del colon quede situada por debajo de la boca no funcionante, con el fin de evitar que las heces procedentes de la primera entren en contacto con la boca no funcionante.

Estas intervenciones se realizan como colostomías temporales de protección de la anastomosis.

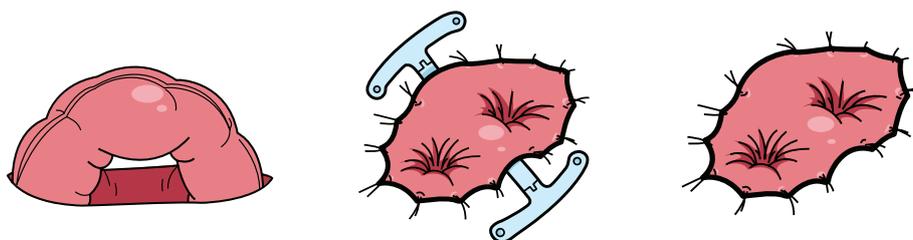


Figura 13. Colostomía en asa

Colostomía doble (Figura 14): Dos bocas en cañón de escopeta. En esta forma de colostomía, el colon es seccionado y los dos extremos se fijan a la piel juntos o dejando un pequeño puente cutáneo entre ellos. La boca proximal es la que elimina heces (funcionante) mientras que la distal elimina únicamente moco (no funcionante)²⁷.

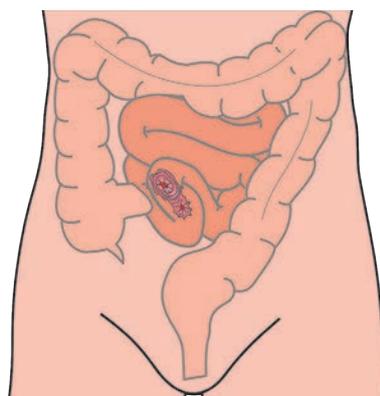


Figura 14. Colostomía doble

Colostomía tipo Devine (Figura 15): En este tipo los dos extremos del colon se exteriorizan de forma separada y a distancia. Se forman dos estomas diferentes, de los cuales, el distal, se denomina fístula mucosa. Ambos extremos se abocan directamente a la piel como una colostomía terminal.

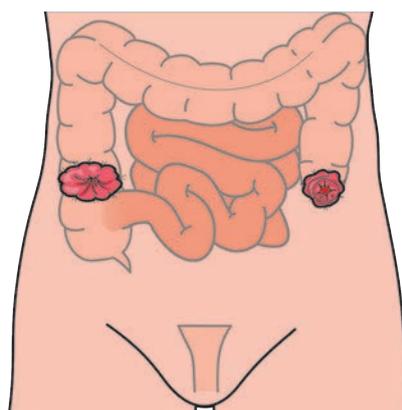


Figura 15. Colostomía tipo Deviné

2.3 Valoración del estoma

La evidencia demuestra que las complicaciones producidas en el estoma y en la zona periestomal son comunes y afectan a todos los tipos de ostomías²⁸.

La prevalencia y las consecuencias negativas relacionadas con estas complicaciones refuerzan la necesidad de evaluar el estoma y la piel periestomal de forma sistemática tanto en el postoperatorio inmediato como, al menos, durante el año posterior a la cirugía^{26,29}.

Las variables básicas a tener en cuenta en la valoración de un estoma y la piel periestomal (Tabla 2) son^{29,30}:

Estoma: Se valora el tipo, el tamaño, el color, la turgencia, la humedad y la elevación. Comúnmente la mucosa del estoma se encuentra edematizada después de la cirugía, este edema va disminuyendo poco a poco y por consiguiente es entre la cuarta y la sexta semana cuando obtiene un tamaño estable.

Unión mucocutánea: Si está intacta o separada.

Piel periestomal: Se valora el color, integridad y turgencia. Existen diferentes guías para ayudar al profesional a identificar las posibles causas de las alteraciones cutáneas periestomales, permitiendo asimismo su clasificación.

Tipo	Estoma
Tamaño	Redondo (medir con la guía de medición de estomas)
	Ovalado (medir longitud y anchura)
Color	Rojo (flujo sanguíneo adecuado)
	Pálido (contenido bajo en hemoglobina)
	Rojo oscuro, matiz violáceo (indica contusión)
	De gris a negro (isquemia - sin flujo sanguíneo)
Otro aspecto	Saludable (brillante y húmedo)
	Tirante (edematoso)
	Desgarrado (el estoma se ha cortado o rasgado)
	Granulomas (nódulos sobre el estoma)
Elevación	Normal (entre 1,5 y 2,5 cm)
	Alineado (mucosa al nivel de la piel)
	Retraído (por debajo del nivel cutáneo)
	Prolapsado (longitud superior a 5 cm)
Unión mucocutánea	
Intacta	La sutura de alrededor del estoma está intacta
Separada	A las _____ en punto (estoma separado de la piel)
Piel periestomal	
Color	Saludable (no se diferencia de la superficie cutánea adyacente)
	Eritema (rojo)
	Contusionada (color violáceo o amarillento)
Integridad	Intacta (piel no agrietada)
	Macerada (piel blanca friable, demasiada humedad)
	Erosión (lesión superficial de la piel)
	Erupción (brote de lesiones en la piel)
	Ulceración (herida en la dermis)
	Otro:
Turgencia	Normal (blanda, buena elasticidad)
	Flácida (débil y fofa)
	Firme (dura)

Tabla 2. Variables clave en la valoración del estoma

Una de estas herramientas es la ESCALA DET (Discolouration, Erosion, Tissue overgrowth) (Figura 16) (Anexo 1). En ella se valora la coloración, integridad de la piel y el tejido de sobrecrecimiento³¹.

Recomendación para la práctica 1	Grado de evidencia
El estoma y la piel periestomal tienen que ser evaluados tanto en el postoperatorio inmediato como, al menos, durante el año posterior a la cirugía ^{29,31}	BAJA

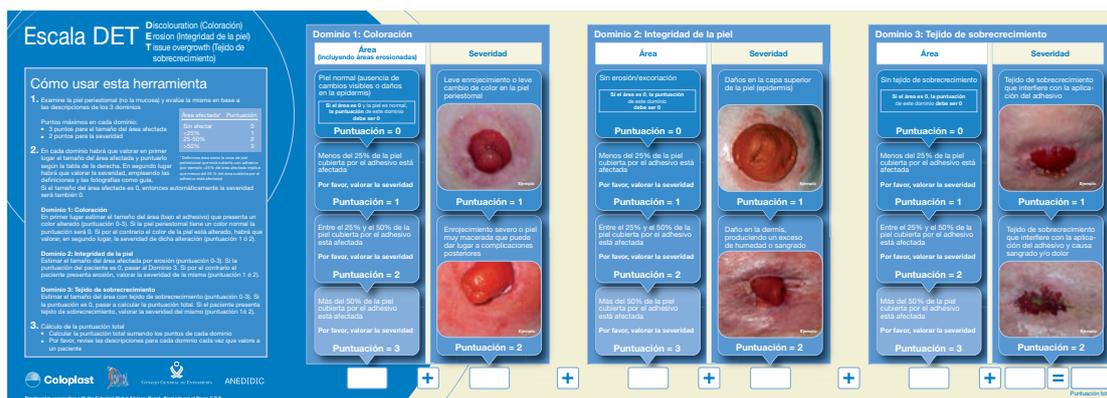


Figura 16. Escala DET

2.3.1 Complicaciones del estoma

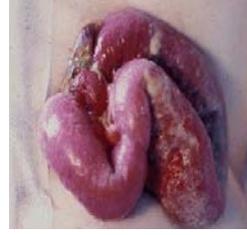
La incidencia de complicaciones es difícil de determinar. En una revisión de la literatura médica³², se publicó una tasa global del 18 al 55%. La United Ostomy Association reconoce que las dermatosis periestomales son el motivo de consulta más frecuente en una consulta externa de enfermería especializada en estomas³⁰.

Las complicaciones de los estomas pueden presentarse de forma precoz o tardía, siendo precoces aquellas que aparecen durante los treinta primeros días tras la intervención. Las complicaciones tardías aparecen transcurrido más de un mes desde la intervención y la mayoría suelen desarrollarse de forma lenta y pueden ser observadas por el paciente durante su aparición o incluso por el profesional sanitario al realizar el seguimiento del paciente. Por otro lado, una buena parte de las complicaciones de esta etapa son consecuencia de complicaciones que aparecieron en el postoperatorio inmediato³⁰.

Para evitar que unas y otras aparezcan es necesaria una acción preventiva mantenida en el tiempo durante toda la vida del paciente ostomizado que además del seguimiento de su evolución, ha de procurar su educación para que sepa identificar de forma temprana cualquier problema a nivel de su ostomía. A continuación se describen las complicaciones más frecuentes^{26,33-36}.

Recomendación para la práctica 2	Grado de evidencia
Proporcionar la educación necesaria a la persona o cuidador para que sepa identificar de forma temprana una complicación en el estoma y la piel periestomal ^{26,33-35}	BAJA

2.3.1.1 Complicaciones inmediatas

	<p>Hemorragia</p> <p>Pérdida de sangre de diversa cuantía y entidad a nivel del estoma procedente de la zona periestomal o de la propia víscera. Puede estar causada por la lesión de un vaso subcutáneo o submucoso a nivel de la sutura periestomal o por la úlcera en la mucosa del estoma.</p>
	<p>Edema</p> <p>Engrosamiento fisiológico excesivo de la mucosa y submucosa del intestino a nivel del estoma por aumento del componente hídrico intersticial en la fase posterior a una intervención quirúrgica. Se produce después de la cirugía y suele ser común. Generalmente se resuelve en una a dos semanas. Si se cronifica, puede llegar a interferir en las funciones del estoma y llegar a originar una obstrucción intestinal, lo cual daría lugar a una reintervención.</p>
	<p>Isquemia/necrosis</p> <p>Falta de irrigación sanguínea del estoma, por lo que la sangre, y con ella, el oxígeno, no le llegan adecuadamente. Suele presentarse durante las primeras horas del postoperatorio inmediato y el estoma adquiere un color negro o parduzco muy diferente a su color normal rojo y brillante.</p>
	<p>Dehiscencia</p> <p>Es la separación entre la mucosa y la piel circundante del estoma. Las causas pueden ser múltiples: desde infecciones en la herida a tensiones excesivas. Debemos comprobar si es parcial o completa, superficial o profunda.</p>
	<p>Fístula</p> <p>Canal que se desarrolla espontáneamente entre dos estructuras normalmente no conectadas. Las fístulas espontáneas se forman de manera secundaria a la enfermedad interna intrínseca o trauma externo. Los síndromes de intestino irritable, como la enfermedad de Crohn, son una causa frecuente.</p>
	<p>Evisceración</p> <p>Sucede cuando el orificio de la pared abdominal es excesivamente grande en relación con la medida del estoma, tanto en una pared hipoplásica como por una hiperpresión intraabdominal. El diagnóstico es evidente, se trata de la exteriorización de uno o más segmentos del colon alrededor del orificio. El tratamiento es quirúrgico urgente, tratando de aislar la zona en un campo estéril.</p>
	<p>Infección/absceso</p> <p>Es una de las complicaciones más frecuentes en este tipo de cirugía por incumplimiento de las técnicas de asepsia. Puede evolucionar desde una inflamación periestomal hasta la formación de un absceso. Si afecta a toda la circunferencia del estoma puede llegar a presentarse la dehiscencia de la unión mucocutánea. Se manifiesta por dolor en la zona periestomal, inflamación, supuración y fiebre.</p>

2.3.1.2 Complicaciones tardías

	<p>Hundimiento/retracción del estoma.</p> <p>La tensión excesiva a nivel de la sutura mucocutánea por una inadecuada movilización intestinal, origina el desprendimiento de dicha sutura antes de haber cicatrizado. Esto provoca el deslizamiento de intestino hacia la cavidad abdominal en forma de hundimiento, si es total, o de retracción del estoma cuando es parcial. Otros factores que favorecen esta complicación son la obesidad, la hipertensión abdominal, íleo postoperatorio y las complicaciones sépticas periestomales.</p>
	<p>Hernia paraostomal.</p> <p>Defecto de la pared abdominal que provoca la protusión, tanto del estoma como de la piel periestomal dando lugar a un abultamiento que suele desaparecer en la posición decúbito supino y aparecer de nuevo cuando el paciente se incorpora. Está ocasionada por el aumento de la presión intraabdominal debida a esfuerzos físicos del paciente.</p>
	<p>Prolapso del estoma.</p> <p>Es la protusión del asa intestinal sobre el plano cutáneo del abdomen mostrando una longitud superior a la presentada por el estoma en el momento de su construcción. Puede aparecer de forma súbita o progresiva y su tamaño puede variar desde una pequeña protusión hasta la aparición, a través del estoma, de un segmento importante del intestino, que suele ser mayor cuando al paciente está de pie.</p>
	<p>Estenosis.</p> <p>Estrechamiento del orificio del estoma por debajo de la medida necesaria para asegurar una adecuada evacuación. Puede ser debida a una técnica quirúrgica defectuosa o a complicaciones del estoma durante la fase postoperatoria inmediata que haya dado lugar a un cierre de la herida por segunda intención (necrosis, infección o retracción). También puede estar originada por recidivas de la enfermedad de origen o facilitada por la obesidad del paciente.</p>
	<p>Granulomas.</p> <p>Lesiones cutáneas, no neoplásicas, que aparecen como masas carnosas, duras y sangrantes localizadas en la zona de unión mucocutánea. En la mayoría de los casos, su aparición se debe a la deficiente reabsorción del material de sutura o al roce de la mucosa con el aro del dispositivo</p>
	<p>Recidiva de tumores.</p> <p>La aparición de una tumoración a nivel del estoma como recidiva de un proceso tumoral abdominal, ya sea de origen intestinal o procedente de otra localización, es poco frecuente. Su localización es diversa y puede aparecer en la zona circundante al estoma o incluso en el interior de la luz intestinal.</p>

2.3.1.3 Complicaciones en la piel periestomal

	<p>Dermatitis irritativa. Alteración de la piel periestomal causada fundamentalmente por el contacto con el efluente (heces u orina), aunque en ocasiones puede ser también producida por el uso de productos químicos (desinfectantes, perfumes...). El contacto prolongado con el efluente puede dar lugar a lesiones diversas en la piel (maceración, eritema, erosiones, úlceras o incluso infección) y se debe a la fuga del dispositivo de ostomía o al mal ajuste del mismo que se recorta con diámetro mayor que el estoma.</p>
	<p>Dermatitis mecánica. Lesión de la piel ocasionada por maniobras bruscas durante el cambio de dispositivo.</p>
	<p>Dermatitis alérgica. Lesión de la piel por sensibilización a algunos de los componentes del dispositivo de ostomía (adhesivo, plástico o tela) que se presenta como una área irritada que suele coincidir con el tamaño y forma del elemento alergizante.</p>
	<p>Dermatitis micótica o microbiana. Lesión de la piel periestomal, debida a infección por hongos o bacterias que hace preciso un diagnóstico para determinar el agente responsable.</p>
	<p>Fenómeno de Koebner. Consiste en una reacción por la que los pacientes con determinadas enfermedades cutáneas (psoriasis o vitiligo) desarrollan dichas lesiones cutáneas en zonas de la piel sana que están sometidas a algún traumatismo. En este caso, el agente traumático es el cambio frecuente de dispositivo, que puede originar la aparición de síntomas de la enfermedad en la piel periestomal.</p>

3. La irrigación en colostomías

3.1 Definición

La irrigación es una técnica que se basa en introducir agua a temperatura corporal en el colon distal a través del estoma mediante un cono de plástico blando, asegurando una unión perfectamente impermeable. El agua acumulada dilata el colon, causando contracciones que provocan la evacuación de la masa fecal, que se expulsa mediante una manga al inodoro³⁷.

El paciente que controla este método no tiene evacuaciones fecales entre irrigaciones y por tanto no es necesario que lleve un dispositivo, es suficiente con un obturador o un cubre estomas o minicap³⁷.

El obturador (Figura 17) es un dispositivo que se introduce en la boca del estoma taponándolo e impidiendo así la salida de heces. Está formado por un adhesivo protector de resina que permite la adherencia a la piel y un vástago de espuma comprimida, que aumenta de tamaño con la humedad del intestino al ser insertado en el estoma. En el interior de la cubierta lleva un filtro que permite la salida de los gases sin olor³⁸.

La continencia de los estomas es un reto para todos los profesionales. La irrigación es una técnica mencionada por primera vez en la literatura inglesa por Lockhart Mummery en 1927, despertando un gran interés y siendo ampliamente aceptada como método de elección en el manejo de las colostomías^{39,40}. En la actualidad disponemos de los dos métodos anteriormente citados (irrigación y obturador) que generalmente se utilizan conjuntamente pues se complementan.



Figura 17. Obturador

Recomendación para la práctica 3	Grado de evidencia
Se puede utilizar la irrigación a través de la colostomía como un procedimiento seguro y eficaz para la continencia en personas adultas con colostomías descendentes y sigmoides ^{39,40}	MODERADA

3.2 Tipos de irrigación

Se pueden identificar diferentes tipos de irrigación dependiendo de su objetivo:

Irrigación para continencia: es la que se realiza con el fin de lograr evacuaciones en intervalos regulados y controlados, manteniendo un periodo sin expulsión de heces y por tanto, de continencia fecal³⁷.

Irrigación terapéutica: es la que se realiza como parte del tratamiento en el caso de complicaciones del estoma (desinserción mucocutánea, fistula o lesiones de la piel periestomal) que impidan la adherencia de los dispositivos y en las que se necesita tener la zona limpia de heces durante un tiempo⁴¹.

Irrigación de limpieza: es la que se realiza en colostomías en asa, en colostomías dobles (en cañón de escopeta) o en colostomías tipo Devine a través de la boca distal para limpiar el tramo de colon que hay entre el estoma y el ano, por ejemplo, cuando se ha realizado un Enema con Bario, cuando se quiere explorar mediante fibrocolonoscopia, en reintervenciones o antes del cierre de la colostomía^{28,37}.

Irrigación para control de esfínteres: es la que realiza en colostomías en asa, en colostomías dobles (en cañón de escopeta) o en colostomías tipo Devine, a través de la boca distal, para valorar y ejercitar la contracción de los esfínteres previa a la reconstrucción del tránsito intestinal. Actualmente está prácticamente en desuso ya que en la mayoría de centros se dispone de unidades donde realizar manometrías anales y ejercicios de Bio feed-back.

Irrigaciones en pediatría: no es una práctica habitual a no ser que sea para procedimientos diagnósticos u otros procedimientos de manejo especiales prescritos:

Enema anterógrado colónico o Técnica de Malone: consiste en crear un conducto mediante cirugía exteriorizando el apéndice a la pared abdominal y creando un estoma a través del cual se administran enemas. En pacientes, en su mayoría niños con anomalías congénitas como espina bífida, ano imperforado, enfermedad de Hirschprung y cirugía pélvica de repetición, sirve para evacuar el contenido del intestino en casos de estreñimiento severo y también en problemas de incontinencia fecal⁴².

Irrigación de limpieza de colon distal: Se efectúa en niños con malformaciones anorrectales congénitas que requieren la realización de una colostomía con bocas separadas. Si el manejo quirúrgico neonatal fue correcto y el cirujano evacuó el intestino distal, no será necesario lavarlo, solamente evitar la colección de moco con irrigaciones periódicas. Los padres serán instruidos en los lavados del intestino distal, que realizarán cada 2 días durante el tiempo de espera hasta la corrección quirúrgica de la malformación anorrectal⁴³.

Recomendación para la práctica 4	Grado de evidencia
Además como método de continencia existen otros tipos de irrigaciones, según su objetivo, como la terapéutica en caso de complicaciones periestomales, la de limpieza en la preparación de procedimientos diagnósticos y para el control de esfínteres previa a la reconstrucción del tránsito intestinal ^[34,37,41,43] .	MUY BAJA

3.3 Indicaciones de la irrigación (Tabla 3)

3.3.1 Irrigación como método de continencia

Es esencial una cuidadosa selección por parte del profesional de las personas que son candidatos a realizar la irrigación como método de continencia y siempre que esté consensuado con el equipo interdisciplinar.

Podrán incluirse en el programa de irrigaciones para continencia los siguientes pacientes³⁹:

- Portadores de colostomía sigmoidea / descendente de 1 sola boca.
- Estoma de fácil acceso.
- Paciente motivado para realizar la técnica.
- Paciente con destreza manual.
- Paciente mentalmente estable con buena capacidad de comprensión
- Se valorará el hábito intestinal consistente y más o menos periódico (máximo 3 deposiciones con heces formadas en 24h).

3.3.2 Irrigación terapéutica

Para el tratamiento de casos especiales:

- Desinserción mucocutánea.
- Dehiscencias.
- Heridas periestomales para facilitar el proceso de cicatrización.
- Fístulas.
- Lesiones de piel periestomal que impidan la adhesión de los dispositivos.
- Estreñimiento o impactaciones de heces.

3.3.3 Irrigación de limpieza

Para la limpieza del colon en colostomias en asa, dobles o tipo Devine, desde la boca distal al ano.

- Después de un enema de Bario.
- Preparación de pruebas diagnósticas (FCS, Radiología, cierre de colostomía y reintervenciones).

3.3.4 Irrigación para el control de los esfínteres

Para colostomías en asa, dobles o tipo Devine para ejercitar el esfínter anal como rehabilitación previa a la cirugía reconstructiva.

3.3.5 Otras indicaciones

La irrigación también puede ser una buena opción para personas que presenten problemas con los dispositivos, bien sea de adhesión o de intolerancia/alergia.

En personas con pocos recursos económicos y/o que no puedan tener fácil acceso a los dispositivos colectores, se debería tener en cuenta, ya que el uso del irrigador es más barato que los dispositivos colectores⁴⁴.

3.4 Contraindicaciones de la irrigación (Tabla 3)

3.4.1 Irrigación como método de continencia

La Irrigación como método de continencia estará contraindicada en los siguientes casos^{38,45}:

- Colostomía ascendente y transversa.
- Personas que presentan complicaciones del estoma tales como: fistulas, hernias periestomales o prolapso³⁴.
- Personas en tratamiento con Quimioterapia por el riesgo de diarrea³⁴.
- Personas en tratamiento con Radioterapia por el riesgo de colitis por irradiación que provoca un intestino friable (está descrito el riesgo de perforación en personas con irradiación pélvica extensa).
- Personas con Enfermedad de Crohn a los que la estimulación intestinal puede ocasionarles una recaída en su enfermedad.
- Personas con Diverticulitis en los que podría producirse una perforación intestinal.
- Personas con síndrome de colon irritable en los que la irrigación puede producir dolores y espasmos musculares.
- Personas con cáncer residual o recurrente.
- Precaución en las personas con insuficiencia cardiaca o renal ya que pueden presentar complicaciones por sobrecarga de fluidos. Se realizará siempre que se tenga un informe de autorización del Cardiólogo o Nefrólogo.
- Hay casos especiales en los que la Irrigación no está contraindicada, pero que puede ser de difícil realización y habrá que estudiar su idoneidad: personas con defectos visuales o déficit cognitivo, con artritis o deformidad en las manos y en casos de estenosis o retracción del estoma.

3.4.2 Irrigación terapéutica

Las mismas contraindicaciones de la irrigación como método de continencia.

3.4.3 Irrigación de limpieza e irrigación para control de esfínteres

Contraindicado en personas con colostomía terminal.

Recomendación para la práctica 5	Grado de evidencia
Es necesaria una valoración integral de la persona-cuidador y aplicar los criterios de inclusión y exclusión del programa de irrigación antes de aplicar el procedimiento ^{34,38,45} .	MUY BAJA

Irrigación como método de continencia	Irrigación terapéutica	Irrigación de limpieza	Irrigación para control de esfínteres
INDICACIONES			
<ul style="list-style-type: none"> - Portadores de Colostomía Sigmoide/Descendente de 1 sola boca. - Estoma de fácil acceso. - Persona motivada para realizar la técnica. - Persona con destreza manual. - Persona mentalmente estable con buena capacidad de comprensión. - Se valorará el hábito intestinal consistente y más o menos periódico (máximo 3 deposiciones con heces formadas en 24 h). 	<p>Para el tratamiento de casos especiales</p> <ul style="list-style-type: none"> - Desinserción mucocutánea. - Deshiscencias. - Heridas periestomales para facilitar el proceso de cicatrización. - Fístulas. - Lesiones de piel periestomal que impidan la adhesión de los dispositivos. - Estreñimiento o impactaciones de heces. 	<ul style="list-style-type: none"> - Para la limpieza del colon en colostomías en asa, dobles o de tipo Devine, desde la boca distal al ano. - Después de un enema de Bario. - Preparación de pruebas diagnósticas (cuando no se puede dar ingesta oral o se pueda hacer otra preparación, FCS, radiología, cierre de colostomía o reintervenciones). 	<p>Para colostomías en asa, dobles o de tipo Devine, para ejercitar el control del esfínter anal como rehabilitación previa a la cirugía reconstructiva.</p>
CONTRAINDICACIONES			
<ul style="list-style-type: none"> - Colostomía ascendente o transversa. - Personas que presentan complicaciones del estoma tales como: fístulas, hernias periestomales o prolapso⁴⁰. - Personas en tratamiento con quimioterapia. - Personas en tratamiento con radioterapia por el riesgo de colitis por irradiación que provoca un intestino friable (está descrito el riesgo de perforación en personas con irradiación pélvica extensa). - Personas con enfermedad de Crohn a los que la estimulación intestinal puede ocasionarles una recaída en su enfermedad. - Personas con diverticulitis en los que podría producirse una perforación intestinal. - Personas con síndrome de colon irritable en los que la irrigación puede producir dolores y espasmos musculares. - Personas con cáncer residual o recurrente. - Precaución en las personas con insuficiencia cardíaca o renal ya que pueden presentar complicaciones por sobrecarga de fluidos. Se realizará siempre que se tenga un informe de autorización del Cardiólogo o Nefrólogo. 	<p>Las mismas que en la irrigación como método de continencia.</p>	<p>Colostomía terminal.</p>	<p>Colostomía terminal.</p>

Tabla 3. Indicaciones y contraindicaciones de la irrigación en colostomías

“Hay casos especiales en los que la Irrigación no está contraindicada, pero que puede ser de difícil realización. Habrá que estudiar su idoneidad en personas con defectos visuales o déficit cognitivo, con artritis o deformidad en las manos y en casos de estenosis o retracción del estoma.”

3.5 Técnica de la irrigación

En la ejecución de la técnica de la irrigación se ha incorporado el modelo estandarizado de la taxonomía NANDA (Nor American Nursing Diagnosis Association), NOC (Nursing Outcomes Classification), NIC (Nursing Interventions Classification) como método estructurado y normalizado para facilitar la toma de decisiones en la planificación del cuidado y unificar el lenguaje⁴⁶⁻⁵⁰.

En la estandarización se han tenido en cuenta solo aquellos diagnósticos, criterios de resultado e intervenciones que tienen relación directa con el procedimiento de la técnica de la irrigación y que formarán parte del proceso integral de cuidados de la persona.

3.5.1 Taxonomía NANDA-NOC-NIC

A continuación se relacionan los diagnósticos, los criterios de resultados esperados y sus indicadores, así como las intervenciones y las actividades seleccionadas.

Diagnóstico (NANDA)			
00014 Incontinencia fecal relacionada con la pérdida del control del esfínter anal secundario a la realización de colostomía			
Criterio de Resultado (NOC)	Indicador (NOC)	Intervención (NIC)	Actividades
1615 Autocuidado de la ostomía	161505 Demuestra cuidados de la piel alrededor de la ostomía 161512 Obtiene el material para el cuidado de la ostomía 161509 Controla las complicaciones relacionadas con el estoma	0480 Cuidados de la ostomía	<ul style="list-style-type: none"> - Instruir al paciente /cuidador en la utilización del equipo de la ostomía/ cuidados. - Disponer de la demostración del uso del equipo al paciente/cuidador. - Ayudar al paciente a obtener el equipo necesario. - Vigilar las posibles complicaciones como obstrucción intestinal, íleo paralítico, fisura de las anastomosis o separación de la mucosa cutánea. - Irrigar la ostomía. - Ayudar al paciente a realizar los autocuidados. - Controlar las pautas de eliminación.
1615 Autocuidado de la ostomía	161506 Demuestra la técnica de la irrigación	5618 Enseñanza: procedimiento /tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> - Informar al paciente a cerca de cuándo y dónde tendrá lugar el procedimiento. - Informar acerca de la duración esperada del procedimiento. - Determinar las experiencias previas anteriores del paciente y el nivel de conocimientos relacionados. - Describir las actividades del procedimiento. - Explicar el procedimiento. - Explicar la necesidad de ciertos equipos y su funcionamiento. - Dar tiempo al paciente para que practique y se prepare para los acontecimientos. - Corregir las expectativas irreales del procedimiento. - Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y discuta sus inquietudes. - Incluir al cuidador, si procede.
1829 Conocimiento: cuidado de la ostomía	182904 Descripción de la técnica de la irrigación	0480 Cuidados de la ostomía	<ul style="list-style-type: none"> - Examinar los cuidados de la ostomía del paciente. - Ayudar al paciente a practicar los autocuidados. - Proporcionar apoyo y asistencia mientras el paciente desarrolla la técnica para el cuidado de la ostomía/tejido circundante. - Irrigar la ostomía, si procede.

<p>0500 Continencia intestinal</p>	<p>050004 Diarrea</p>	<p>0460 Manejo de la diarrea</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Determinar la historia de la diarrea. - Solicitar al paciente o cuidador que registre: olor, volumen, frecuencia, y consistencia de las deposiciones. - Identificar los factores que puedan ocasionar o contribuir a la existencia de diarrea. - Observar si hay signos y síntomas de diarrea. - Observar la turgencia de la piel regularmente. - Instruir al paciente sobre dietas pobres en fibra, ricas en proteínas y de alto valor calórico, si procede. - Ayudar al paciente a practicar técnicas de disminución del estrés. - Enseñar a evitar laxantes.
<p>0500 Continencia intestinal</p>	<p>050005 Estreñimiento</p>	<p>0450 Manejo del estreñimiento</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento. - Comprobar movimientos intestinales, incluyendo frecuencia, consistencia, forma, volumen y color de las heces, si procede. - Identificar los factores que puedan ocasionar o contribuir a la existencia de estreñimiento. - Fomentar el aumento de la ingesta de líquidos a menos que esté contraindicado. Instruir al paciente y cuidador sobre la ingesta de fibra, si procede. - Instruir al paciente sobre el uso de laxantes si está indicado. - Evaluar el registro de entrada para el contenido intestinal. - Pesar el paciente regularmente.
<p>0501 Eliminación intestinal</p>	<p>050101 Patrón de eliminación 050102 Control de movimientos intestinales. 050113 Control de la eliminación de las heces 050128 Dolor en la eliminación de las heces</p>	<p>0410 Cuidados de la incontinencia intestinal</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Determinar los objetivos del programa de manejo intestinal con el paciente / cuidador. - Examinar los procedimientos y resultados esperados con el paciente. - Llevar a cabo un programa de entrenamiento intestinal si procede. - Instruir al paciente / cuidador a que lleve un registro de defecación, si es preciso.
<p>0501 Eliminación intestinal</p>	<p>050112 Facilidad de eliminación de las heces</p>	<p>0420: Irrigación intestinal</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Determinar la razón del lavado intestinal. - Elegir el tipo de enema adecuado. - Explicar el procedimiento al paciente. - Disponer de intimidad de ambiente. - Informar al paciente que pueden presentarse retortijones abdominales. - Preparar el equipo necesario. - Colocar al paciente en la posición deseada. - Determinar la temperatura adecuada de la sustancia de irrigación. - Lubricar el cono antes de la inserción. - Determinar la cantidad de sustancia expulsada por la colostomía. - Observar si se producen efectos secundarios.

0501 Eliminación intestinal	050113 Control de la eliminación de las heces	0440 Entrenamiento intestinal	<ul style="list-style-type: none"> - Planificar un programa de irrigación con el paciente /cuidador. - Enseñar al paciente los principios de la educación intestinal. - Proporcionar alimentos ricos en fibra y/o que hayan sido identificados por el paciente como medio de ayuda. - Asegurar una ingesta adecuada de líquidos. - Disponer de intimidad. - Modificar el programa intestinal si es necesario.
0501 Eliminación intestinal	050101 Patrón de eliminación	5270 Apoyo emocional	<ul style="list-style-type: none"> - Comentar la experiencia emocional con el paciente. - Realizar afirmaciones enfáticas de apoyo. - Animar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza. - Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias. - Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los períodos de más ansiedad.
1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas	110113 Piel intacta	3584 Cuidados de la piel: tratamiento tópico	<ul style="list-style-type: none"> - Inspeccionar diariamente la piel en personas con riesgo de pérdida de la integridad de la misma. - Aplicar un dispositivo de ostomía que encaje adecuadamente, cuando precise - Registrar el grado de afectación de la piel.

Diagnóstico (NANDA)			
00126 Conocimientos deficientes relacionado con limitación cognitiva y falta de familiaridad con los recursos para obtener información			
Criterio de Resultado (NOC)	Indicador (NOC)	Intervención (NIC)	Actividades
1829 Conocimiento: cuidados de la ostomía	182901 Descripción del funcionamiento de la ostomía	5510 Educación sanitaria	<ul style="list-style-type: none"> - Formular los objetivos del programa de educación sanitaria. - Identificar los recursos (personal, espacio, equipo, etc.) necesarios para llevar a cabo el programa.
1829 Conocimiento: cuidados de la ostomía	182904 Descripción de la técnica de la irrigación	5606 Enseñanza: individual	<ul style="list-style-type: none"> - Valorar el nivel actual de conocimientos y comprensión de contenidos del paciente. - Valorar las capacidades / incapacidades cognitivas psicomotoras y afectivas. - Determinar la secuencia de presentación de la información. - Seleccionar los materiales educativos adecuados. - Ajustar la instrucción para facilitar el aprendizaje. - Instruir al paciente. - Evaluar la consecución de los objetivos establecidos por parte del paciente. - Corregir malas interpretaciones de la información, si procede. - Registrar el contenido presentado, los materiales proporcionados y la comprensión del paciente de la información o las conductas que indiquen aprendizaje en la historia clínica. - Incluir al cuidador, si procede.
1829 Conocimiento: cuidados de la ostomía	182911 Descripción en las modificaciones de la dieta	5614 Enseñanza: dieta prescrita	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluar el nivel de conocimientos del paciente acerca de la dieta prescrita. - Explicar el propósito de la dieta. - Observar la selección de alimentos adecuados a la dieta prescrita, por parte del paciente. - Instruir al paciente sobre comidas permitidas y prohibidas. - Proporcionar un plan escrito de comidas, si procede. - Incluir al cuidador, si procede.

Diagnóstico (NANDA)

0146 Ansiedad relacionada con la alteración de la imagen corporal por la colostomía y pérdida del control sobre las deposiciones

Criterio de Resultado (NOC)	Indicador (NOC)	Intervención (NIC)	Actividades
1211 Nivel de ansiedad	121117 Ansiedad verbalizada	5820 Disminución de la ansiedad	<ul style="list-style-type: none"> - Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad. - Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que se pueden experimentar. - Permanecer con el paciente para promover su seguridad y reducir el miedo. - Escuchar con atención. - Animar a la expresión de sentimientos y miedos. - Instruir al paciente en técnicas de relajación. - Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad.
1402 Autocontrol de la ansiedad	140204 Busca información para reducir la ansiedad 140216 Ausencia de las manifestaciones de una conducta de ansiedad	5230 Aumentar el afrontamiento	<ul style="list-style-type: none"> - Valorar el ajuste del paciente a los cambios de la imagen corporal. - Utilizar un enfoque sereno, de reafirmación. - Fomentar un dominio gradual de la situación. - Favorecer situaciones que fomenten la autonomía del paciente. - Alentar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos. - Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes y sus capacidades.
3009 Satisfacción del paciente: cuidado psicológico	300907 Apoyo emocional proporcionado cuando se siente triste, deprimido, confundido o ansioso	5340 Presencia	<ul style="list-style-type: none"> - Mostrar una actitud de aceptación. - Establecer una consideración de confianza y positiva. - Permanecer en silencio, si procede. - Estar físicamente disponible como elemento de ayuda. - Ayudar al paciente a darse cuenta de que se está disponible, pero sin reforzar conductas de dependencia.

Recomendación para la práctica 6

Grado de evidencia

La utilización de un modelo estandarizado y un lenguaje unificado facilita la toma de decisiones en la planificación del cuidado⁴⁶⁻⁵⁰.

MUY BAJA

3.5.2 Inicio y frecuencia de la irrigación

La realización de la irrigación en colostomías se puede iniciar a partir de la primera semana post operatoria, aunque hay experiencias en el inicio de la irrigación en el postoperatorio inmediato.

Dependiendo del objetivo, la utilización temprana de la irrigación está indicada para el tratamiento de complicaciones que requieren una continencia y se puede iniciar en cualquier momento⁵¹.

Se aconseja iniciar la educación en la irrigación siempre que se cumplan los criterios de inclusión y en el momento que la persona haya conseguido los conocimientos necesarios respecto su nueva situación: cuidados del estoma, utilización de material, dieta equilibrada, patrón deposicional regular, reconocimiento de complicaciones y estabilidad emocional respecto a su nueva situación.

A partir del primer mes de la intervención quirúrgica, el tránsito intestinal normalmente se normaliza y el ritmo deposicional de la persona debe ser regular, máximo de 3 deposiciones con heces formadas en 24 horas⁵²⁻⁵⁴.

Si la persona cumple los criterios de inclusión en el programa de irrigación el mejor lugar para iniciar la educación es en la consulta de estomaterapia para luego poder realizar el procedimiento en su domicilio.

Los primeros pasos antes de iniciar la irrigación son:

- Recopilar el material necesario.
- Explicar todo el material y su funcionamiento.
- Retroalimentación para asegurar su comprensión.

La frecuencia de la irrigación al inicio será diaria.

Se debe acompañar a la persona durante todo el proceso, repitiéndolo paso a paso, hasta que lo memorice y consiga su plena autonomía.

A medida que el intestino esté limpio y se adapte al vaciado por el estímulo del agua, las deposiciones se irán espaciando, y la irrigación se podrá realizar cada 48 horas. En algunos casos, dependiendo de la persona, se puede llegar a conseguir una continencia de hasta 72 horas⁵².

Es aconsejable realizar la irrigación siempre en la misma franja horaria⁵².

Recomendación para la práctica 7	Grado de evidencia
El inicio de la irrigación puede ser tanto en el postoperatorio inmediato como en el tardío. Dependerá de su objetivo ^{51,52} .	MUY BAJA

Recomendación para la práctica 8	Grado de evidencia
La frecuencia de la irrigación será diaria hasta conseguir un patrón deposicional, pudiendo llegar a realizarse cada dos o tres días ^{53,54} .	MUY BAJA

3.5.3 Recursos estructurales

Los recursos estructurales básicos en la realización del procedimiento de la irrigación en colostomías son:

- Un lavabo con inodoro, lavamanos y agua corriente.
- Un espejo colocado de forma que la persona tenga una visión óptima del estoma.
- Una silla.
- Una percha o gancho en la pared para colgar el irrigador de forma que quede a la altura del hombro en el momento de sentarse.

En el caso de que la irrigación terapéutica se realice durante la hospitalización, se valorará si la persona se siente preparada para hacerlo en el lavabo de la habitación o si por el contrario, se debe realizar con la persona en decúbito supino.

En todo momento se asegurará la intimidad, comodidad y seguridad del de la persona. Es conveniente tener una ventana o sistema para poder ventilar la habitación.

3.5.4 Recursos materiales

Es imprescindible disponer de todo el material necesario para la realización de la irrigación. La enfermera estomaterapeuta facilitará el nombre del material y los códigos nacionales (CN) y las referencias (Tabla 4), reembolsables por el Sistema Nacional de Salud (SNS) que la persona necesite para la realización de la irrigación.

La persona debe contar siempre con el material suficiente y prever la demanda antes del fin de existencias.

Producto		Referencia	Código Nacional
Sistema de irrigación Coloplast		12830	464380
Mangas 40mm		12834	464380
Manga de 50mm		12835	4838248
Manga de 60mm		12836	483255
Manga de irrigación adhesiva de una pieza		1003	407486
Base de cinturón de 60mm		12820	461756

Tabla 4. Códigos nacionales y referencias del material de irrigación para colostomías.

Las personas que usan dispositivos de 3 piezas, podrán adaptar las mangas al aro de sus discos.

Equipo de irrigación (Figura 18)

- Disco adhesivo de 40, 50 o 60 mm de diámetro, base de plástico no adhesiva de 60mm de diámetro o manga adhesiva de una pieza.
- Cinturón para adaptar la base de plástico.
- Manga de irrigación con aro y clip de seguridad o manga adhesiva.
- Sistema de irrigación completo:
 - Bolsa o depósito para agua con tubo y válvula de paso de agua para control de velocidad.
 - Tubo con cono de plástico adaptable a la conexión del mando de control.
- Lubricante.
- Guantes.
- Pinza para cierre de manga.
- Bolsa de basura.
- Protector tipo toalla o empapador para proteger la ropa (en caso necesario).
- Papel, esponja y jabón.
- Dispositivo habitual que usa la persona de 1 o 3 piezas, obturador o minicap.



Figura 18. Equipo de irrigación

3.5.5 Preparación del material

Antes de iniciar la técnica de irrigación, el profesional o la persona prepararán todo el material y lo dispondrá para su utilización.

- Abrir el grifo del agua y regular la temperatura hasta los 36-37°C. Si el agua está demasiado caliente puede lesionar el intestino quemándolo y produciendo dolor. Si el agua está fría, provoca dolor y cólicos.
- Asegurar que la válvula de control de paso de agua está cerrada.
- Llenar la bolsa de agua hasta la cantidad indicada para irrigar: 1000-1500ml, según la tolerancia de la persona.
- Colgar la bolsa en un gancho o soporte, de modo que la parte inferior de la bolsa quede a la altura del hombro del paciente en la posición escogida para realizar la técnica.
- Conectar el tubo de la válvula de paso de agua con el tubo del cono.
- Sobre el lavabo, abrir la válvula de paso de agua y purgar de aire todo el circuito.
- Cerrar válvula de paso de agua.
- Tener a mano el disco adhesivo o base con cinturón y la manga de irrigación.
- Preparar la bolsa de basura para desechar la bolsa de colostomía u obturador y el resto de material para la limpieza del estoma.

Recomendación para la práctica 9	Grado de evidencia
Formar a la persona y al cuidador para que puedan reconocer y preparar el material necesario para la irrigación en colostomías ^{38,53} .	MUY BAJA

3.5.6 Proceso de la irrigación

Una vez que todo el material está preparado, se procede a realizar la irrigación^{53,55}:

1. Colocar la base de plástico con el cinturón en el abdomen, centrándolo alrededor del estoma. Adaptar la manga a la base y cerrar el clip de seguridad. En caso de utilizar discos adhesivos de 3 piezas, adaptar de igual manera la manga.
2. Introducir la parte distal de la manga dentro del inodoro o sujetar la parte distal con una pinza o con el cinturón.
3. La persona se posiciona de la manera que le sea más cómoda, y le permita visualizar bien la boca del estoma. Normalmente, recomendaremos que permanezca sentado en una silla frente al inodoro, pero también puede posicionarse en bipedestación.
4. Realizar una digitalización con el segundo o el quinto dedo por la colostomía para ver la dirección del intestino y relajar la musculatura del estoma y así facilitar la entrada del agua.
5. Lubricar la punta del cono de plástico y meterlo por la abertura superior de la manga.
6. Introducir el cono por la boca del estoma y sujetarlo contra él sin ejercer demasiada presión pero de manera que selle la salida del agua. En el caso de tener una doble boca, la irrigación se hará por el estoma proximal o distal, según indicación: continencia o terapéutica.
7. Cerrar la manga por la parte superior, alrededor del tubo, para evitar fugas de agua.
8. Abrir poco a poco la válvula del paso de agua y dejar que entre despacio, entre 10 y 20 minutos, según tolerancia de la persona.
9. Comprobar la velocidad de entrada del agua, ya que si es muy rápido puede ocasionar sensación de plenitud e incluso dolor.
10. Si en algún momento el agua no entra, movilizar el cono circularmente dentro del estoma hasta lograr nuevamente el paso.
11. En caso de que la rotación del cono no sea efectiva, retirar el cono del estoma y comprobar que no hay obstrucción por heces. Si es así, dejar correr un poco de agua por la manga hasta desobstruir la punta del cono.
12. Cuando la persona sienta sensación de plenitud o molestia abdominal, parar la infusión de agua y esperar que pase. Se recomienda que se realice un masaje circular sobre el abdomen para aliviar las molestias.
13. Continuar con la entrada de agua hasta introducir todo el contenido de la bolsa.
14. Cerrar la válvula de paso de agua.
15. Mantener unos segundos el cono sobre el estoma, para retener el agua en el interior del colon.
16. Abrir la parte superior de la manga y retirar el cono.
17. Cerrar nuevamente la parte superior de la manga.
18. Enseguida saldrá la primera expulsión de gran parte de agua, bruscamente, con contenido fecal.
19. Durante los siguientes 20-30 minutos, se irá eliminando toda la materia fecal contenida en el colon.
20. Todo el proceso de la irrigación dura de 60 a 90 minutos
21. Cuando ya la salida de heces y/o agua sea escasa, se puede retirar la manga del inodoro y desechar en la bolsa de basura.
22. Retirar la base de plástico y el cinturón. En caso de utilizar el disco adhesivo, mantenerlo adherido.

23. Limpiar posibles restos de agua y heces de la piel, estoma o placa adhesiva
24. En caso de utilizar bolsa de una o dos piezas, realizar la higiene del estoma y colocarla en ese momento.
25. Si la persona utiliza obturador o minicap, recomendamos, durante la siguiente hora y media o dos horas, utilizar un dispositivo colector para recoger posibles restos que aún pueden salir a través de la colostomía. Cuando ésta deje de ser productiva, realizar higiene del estoma y colocar obturador o minicap.
26. Limpiar y recoger todo el material.

Consejos que pueden ayudar a conseguir una irrigación efectiva:

- Tomar alguna bebida caliente antes de practicar la irrigación con el fin de provocar un incremento de la motilidad del intestino.
- La persona puede irrigarse de pie o sentada, como le sea más cómodo.
- Mantener la posición escogida lo más relajada posible. Evitar incorporarse hacia delante.
- Respirar con amplitud, de abajo hacia arriba e hinchando el vientre, después de la introducción del agua.
- Realizar masajes abdominales en el sentido de circulación del intestino, de derecha a izquierda.
- Andar o movilizarse entre la primera descarga y la salida definitiva de las heces.

En el anexo 2 se describe de forma rápida y visual el proceso de la irrigación.

Recomendación para la práctica 10	Grado de evidencia
Realizar conjuntamente con la persona y/o cuidador la irrigación en colostomías paso a paso ^{53,55} .	MUY BAJA

3.5.7 Conservación del Equipo de irrigación

Es necesario informar a la persona sobre las normas y consejos a tener en cuenta en la conservación del material^{52,56}.

- Todo material destinado a la realización de la irrigación después de su utilización debe guardarse como el resto de material de ostomía, en un armario o cajón, en un ambiente seco, lejos de fuentes de calor y luz. El neceser del equipo facilita su conservación.
- Evitar exponer el material a productos irritantes o corrosivos que podrían estropearlo o incluso dañar la piel si se pone en contacto con él.
- Desconectar los tubos y eliminar todos los restos de agua posibles.
- Vaciar la bolsa de agua y secarla con una toalla o pañuelo de papel.
- El cono de plástico debe lavarse con agua y jabón. Secarlo a continuación.
- Lavar la base de plástico con agua y jabón. Secarla a continuación.
- Si el cinturón está húmedo o se ha manchado, lavar y dejar secar antes de guardar.
- No hervir ni esterilizar el material, ya que es de plástico y se degradaría.
- Colocar todas las piezas del equipo dentro del neceser de conservación.

Recomendación para la práctica 11	Grado de evidencia
Formar a la persona y al cuidador para que puedan conservar el material para la irrigación de forma óptima ^{52,56} .	MUY BAJA

3.5.8 Programa de educación para la salud (PES): irrigación para la continencia en personas con colostomía descendente y sigmoide

A continuación, se describe el esquema del cronograma y los pasos a seguir en el PES para iniciar la irrigación en colostomías:

Cronograma	Visita 1	Visita 2	Visita 3	Visita 4
Valoración inicial				
Primera irrigación en colostomía (persona-profesional)				
Segunda irrigación en colostomía (persona)				
Tercera irrigación en colostomía (persona)				

Día 1 - Valoración inicial	
Duración: 1 hora	
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> - Obtener información sobre la historia de salud de la persona. - Conocer la trayectoria de la enfermedad. - Explorar las experiencias previas en el manejo de la colostomía. - Describir el material necesario (equipo de irrigación). - Conocer el procedimiento de la irrigación en colostomías.
Conceptos a desarrollar	<ul style="list-style-type: none"> - Fisiología del colon: formación de las heces. - Ventajas de la continencia. - Presentación del material. - Describir el proceso de la irrigación.
Procedimiento	<ul style="list-style-type: none"> - Facilitar la retroalimentación entre la persona y el profesional. - Proporcionar el nombre y los códigos del material. - Proporcionar material didáctico de soporte (procedimiento de la irrigación). - Proporcionar diario de seguimiento (Anexo 3).
Actitudes	Entrevista motivacional: identificar el momento en el que se encuentra la persona.
Descripción de la actividad	Acogida de la persona. Desarrollo del diálogo explorando su historia de salud y las experiencias previas sobre todo en el manejo de la colostomía y sus expectativas respecto a la irrigación.
Recursos	
Materiales	<ul style="list-style-type: none"> - Equipo de irrigación. - Material para el cuidado de la colostomía. - Referencias y códigos nacionales del material de irrigación. - Material didáctico de soporte. - Diario de seguimiento.
Técnicos	Registro (informático o en soporte papel).
Infraestructura	<ul style="list-style-type: none"> - Consulta de enfermería. - Sala de curas. - Cuarto de baño.
Humanos	Enfermera estomaterapeuta.
Evaluación	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión del cumplimiento de los objetivos marcados. - Evaluación de la comunicación establecida. - Gestión del tiempo de la actividad. - Idoneidad de las instalaciones. - Respuesta adecuada de los recursos técnicos. - Manifestación de la satisfacción por parte de la persona.

Día 2 - Primera irrigación (persona - profesional)	
Duración: 1 hora	
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluar los conocimientos adquiridos en la primera visita y refuerzo de los mismos. - Realizar la primera irrigación conjuntamente (persona - profesional). - Iniciar diario de seguimiento.
Conceptos a desarrollar	<ul style="list-style-type: none"> - Preparación del material. - Descripción del procedimiento paso a paso. - Descripción de las posibles situaciones y complicaciones, y de como resolverlas.
Procedimiento	<ul style="list-style-type: none"> - Facilitar la retroalimentación entre la persona y el profesional. - Utilizar 500 ml de agua. - Realizar la irrigación. - Manejo de las complicaciones en el proceso. - En la primera irrigación mantener el dispositivo habitual hasta conseguir un patrón regular de descarga. - Diario de seguimiento: la persona repetirá cada día el procedimiento hasta la siguiente visita (normalmente a los 7 días).
Actitudes	<p>Entrevista motivacional: identificar el momento en el que se encuentra la persona.</p> <p>Progresión en la adhesión a la irrigación.</p>
Descripción de la actividad	<p>Retroalimentación de los conocimientos adquiridos en la primera visita.</p> <p>Presentación del material de irrigación, explicación de las posibles situaciones y complicaciones y su resolución.</p> <p>Funcionamiento del diario de seguimiento.</p>
Recursos	
Materiales	<ul style="list-style-type: none"> - Equipo de irrigación. - Material para el cuidado de la colostomía.
Técnicos	Registro (informático o en soporte papel).
Infraestructura	<ul style="list-style-type: none"> - Consulta de enfermería. - Sala de curas. - Cuarto de baño.
Humanos	Enfermera estomaterapeuta
Evaluación	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión del cumplimiento de los objetivos marcados. - Evaluación de la comunicación establecida. - Gestión del tiempo de la actividad. - Idoneidad de las instalaciones. - Respuesta adecuada de los recursos técnicos. - Manifestación de la satisfacción por parte del la persona. - Resultado satisfactorio de la primera irrigación conjunta.

Día 3 - Segunda irrigación (persona)	
Duración: 1 hora	
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluar los conocimientos adquiridos en la última visita y refuerzo de los mismos. - Realizar la primera irrigación de forma autónoma (después del aprendizaje de 7 días). - Valorar conjuntamente el diario de seguimiento.
Conceptos a desarrollar	<ul style="list-style-type: none"> - Preparación del material. - Descripción del procedimiento paso a paso. - Descripción las posibles situaciones y complicaciones, y de como resolverlas.
Procedimiento	<ul style="list-style-type: none"> - Facilitar la retroalimentación entre la persona y el profesional. - Utilizar entre 1000-1500 ml de agua (según tolerancia). - Realizar la irrigación. - Manejo de las complicaciones en el proceso. - Mantener el dispositivo habitual hasta conseguir un patrón regular de descarga. - Puede iniciar la utilización del obturador. Se aconseja iniciar su uso cuando pueda estar en un ambiente seguro por ejemplo durante el fin de semana. - Diario de seguimiento: la persona repetirá cada día el procedimiento hasta la siguiente visita (normalmente a los 7 días).
Actitudes	Entrevista motivacional: identificar el momento en el que se encuentra la persona. Progresión en la adhesión a la irrigación.
Descripción de la actividad	Retroalimentación de los conocimientos adquiridos en la última visita. Se valorará la tolerancia a la irrigación. Se trabajan las incidencias reflejadas en el diario de seguimiento.
Recursos	
Materiales	<ul style="list-style-type: none"> - Equipo de irrigación. - Material para el cuidado de la colostomía.
Técnicos	Registro informático o en soporte papel.
Infraestructura	<ul style="list-style-type: none"> - Consulta de enfermería. - Sala de curas. - Cuarto de baño.
Humanos	Enfermera estomaterapeuta
Evaluación	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión del cumplimiento de los objetivos marcados. - Evaluación de la comunicación establecida. - Gestión del tiempo de la actividad. - Idoneidad de las instalaciones. - Respuesta adecuada de los recursos técnicos. - Manifestación de la satisfacción por parte del la persona. - Resultado satisfactorio de las primeras irrigaciones autónomas.

Día 4 - Tercera irrigación (persona)	
Duración: 1 hora	
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluar los conocimientos adquiridos en la última visita y refuerzo de los mismos. - Realizar la irrigación de forma autónoma. - Valorar conjuntamente el diario de seguimiento.
Conceptos a desarrollar	<ul style="list-style-type: none"> - Preparación del material - Descripción del procedimiento paso a paso - Descripción las posibles situaciones y complicaciones, y de como resolverlas
Procedimiento	<ul style="list-style-type: none"> - Facilitar la retroalimentación entre la persona y el profesional. - Utilizar entre 1000-1500 ml de agua (según tolerancia). - Realizar la irrigación. - Manejo de las complicaciones en el proceso. - Mantener el dispositivo habitual hasta conseguir un patrón regular de descarga. - Puede iniciar la utilización del obturador o mini cap. Se aconseja iniciar su utilización cuando pueda estar en un ambiente seguro por ejemplo durante el fin de semana. - Diario de seguimiento: la persona repetirá cada día el procedimiento hasta la siguiente visita (normalmente a los 7 días).
Actitudes	Entrevista motivacional: identificar el momento en el que se encuentra la persona Progresión en la adhesión a la irrigación
Descripción de la actividad	Retroalimentación de los conocimientos adquiridos en la última visita. Se valorará la tolerancia a la irrigación. Se trabajan las incidencias reflejadas en el diario de seguimiento.
Recursos	
Materiales	<ul style="list-style-type: none"> - Equipo de irrigación. - Material para el cuidado de la colostomía.
Técnicos	Registro informático o en soporte papel.
Infraestructura	<ul style="list-style-type: none"> - Consulta de enfermería. - Sala de curas. - Cuarto de baño.
Humanos	Enfermera estomaterapeuta
Evaluación	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión del cumplimiento de los objetivos marcados. - Evaluación de la comunicación establecida. - Gestión del tiempo de la actividad. - Idoneidad de las instalaciones. - Respuesta adecuada de los recursos técnicos. - Manifestación de la satisfacción por parte del la persona. - Resultado satisfactorio de irrigaciones autónomas.

3.5.9 El registro de la irrigación en colostomías

El registro a partir de un método normalizado y estructurado ya sea en soporte electrónico o papel, conlleva una disminución en la variabilidad y en los defectos de cumplimentación e influye directamente en el resultado de la calidad de atención a la persona ostomizada^{57,58}.

Se proponen las siguientes variables en el registro del programa de irrigación en soporte electrónico y en soporte papel (Anexo 4):

Día 1

- Variables filiativas.
- Fecha.
- Tipo de colostomía.
- Temporalidad.
- Valoración del estoma.
- Valoración de la piel periestomal (escala DET).
- Complicaciones.
- Tipo de heces: sólidas / pastosas / semilíquidas / líquidas.
- Nº de deposiciones al día.
- Dispositivo habitual.
- Cuidado del estoma: autónomo / con ayuda. Definir limitaciones en el cuidado.
- Cumple criterios de inclusión del programa de irrigación.
- Tipo de irrigación: Continencia / Terapéutica / De limpieza / Control de esfínteres.

Intervenciones:

- Describir el proceso de la irrigación.
- Proporcionar el nombre y los códigos del material.
- Proporcionar material didáctico de soporte (procedimiento de la irrigación).
- Proporcionar diario de seguimiento.
- Consejo dietético.

Observaciones:

Día 2 / 3 / 4

- Variables filiativas.
- Fecha.
- Valoración del estoma.
- Valoración de la piel periestomal (escala DET).
- Tipo de heces: sólidas / pastosas / semilíquidas / líquidas.
- Proceso de la irrigación:
 - Preparación del material.
 - Problemas técnicos relacionados con el material:
 - Dificultad en insertar el cono en el estoma.
 - Dificultad en la entrada del agua.
 - Retención de agua.
 - Complicaciones, ¿cuáles?
- Cantidad de agua.
- Realiza la irrigación de forma autónoma / con ayuda profesional o cuidador.
- Periodicidad de la irrigación.
- Resultado de la irrigación.
- Diario de seguimiento.
- Observaciones.

Recomendación para la práctica 12	Grado de evidencia
El registro estandarizado garantiza la continuidad del cuidado integral de la persona colostomizada en el proceso de la irrigación ^{57,58} .	BAJA

4. Las complicaciones de la irrigación en colostomías

4.1 Complicaciones

A continuación, se describen las posibles causas y soluciones de las complicaciones o situaciones que se pueden presentar³⁴ (Tabla 5):

1. Dificultad para insertar el cono en el estoma³⁴:

- Puede ser debido a la tensión, a la estrechez de la boca del estoma o a la existencia de un tapón de heces duras. Puede ser necesaria una pausa para relajarse y dilatar el estoma con un dedo enguantado y lubricante.

2. Dificultad para que entre el agua^{34,59,60}:

- Puede ser debido a una posición incorrecta del cono que debe seguir la dirección del colon. Tiene fácil remedio, se debe meter un dedo enguantado en el estoma, averiguar su dirección y colocar bien el cono.
- También puede ser debido a la tensión muscular. Animar a la persona a que se relaje y que cambie de posición, que se siente, apoye bien los glúteos y relaje la musculatura abdominal.
- Otra causa puede ser la obstrucción del cono por heces, en ese caso, retirar el cono y limpiar las heces, purgarlo y volver a intentarlo de nuevo.
- O bien, puede ocurrir que ya hayamos introducido la cantidad suficiente de agua y el colon no admita más. En ese caso, dar por finalizada la irrigación.

3. Espasmos intestinales o dolor abdominal³⁴:

- Suele ser debido a la entrada de agua de forma rápida o bien a una temperatura inadecuada (demasiado fría) o bien a la presencia de aire en el equipo. En este caso, se parará la irrigación, se templará el agua, se purgará el equipo y se seguirá de una forma más pausada.

4. Agua retenida o retorno lento del agua³⁷:

- Puede deberse a que la persona está muy tensa durante la irrigación. Debe esforzarse en relajar el abdomen mediante la respiración profunda y masajes suaves. Un poco de actividad ayudará a expulsar los líquidos residuales.
- Puede deberse también a que la persona tenga el peristaltismo lento y le cueste un poco más de tiempo expulsar el agua.
- Hemos de valorar que la persona no esté deshidratada, ya que en ese caso reabsorbería el agua y no la expulsaría.

5. Funcionamiento del estoma entre irrigaciones³⁷:

- Esto suele ocurrir cuando la irrigación se hace precipitadamente y no se deja tiempo suficiente para evacuar completamente el agua y el contenido intestinal.
- Pueden darse otras causas, como una hernia paraestomal, en cuyo caso se deberá consultar con el cirujano, ya que la hernia es una contraindicación de la irrigación.

6. Hemorragia a través del estoma³⁷:

- Puede ser debida al trauma, por ejemplo, si la persona introduce el cono con demasiada fuerza. Debe avisarse si el problema continúa.

7. Resultados insatisfactorios de la irrigación³⁷:

- Ocasionalmente, se puede dar un resultado escaso, con pocas heces, sin embargo, la irrigación no debe repetirse en el mismo día. Al día siguiente, será sin duda más satisfactoria.

8. Perforación intestinal⁶¹:

- Es la más grave de las complicaciones y su solución es quirúrgica. En la actualidad, no hay casos descritos de perforación ya que el cono que se utiliza es de plástico blando. Hay que utilizar siempre el material indicado para la irrigación y en ningún caso forzar su introducción.
- La perforación es una de las complicaciones que impide que las Estomaterapeutas recomienden la irrigación con más asiduidad.

9. Reacciones vasovagales³⁴:

- Suelen ser debidas a la entrada de agua de forma muy rápida, por tanto, en personas que tengan propensión a presentar cuadros vagales, tendremos un especial cuidado en enlentecer la entrada de agua y mantener una temperatura de 36-37°C

10. Quemaduras por agua muy caliente^{59,62}:

- Hay que remarcar la importancia de comprobar la temperatura del agua que debe estar entre 36-37°C (temperatura corporal). Una temperatura excesiva puede ocasionar quemaduras en la mucosa.

Recomendación para la práctica 13	Grado de evidencia
Formar a la persona y/o cuidador para que sepan identificar y resolver las complicaciones en el proceso de la irrigación ^{34,37,60-62} .	MUY BAJA

Complicación/situación	Causa	Solución
Dificultad para insertar el cono en el estoma	<ul style="list-style-type: none"> - Tensión de la persona - Estrechez de la boca del estoma - Tapón de heces duras 	<ul style="list-style-type: none"> - Dilatar el estoma con un dedo enguantado y lubricante
Dificultad para que entre el agua	<ul style="list-style-type: none"> - Posición incorrecta del cono - Tensión muscular - Obstrucción del cono por heces - Cantidad suficiente de agua y que el colon no admita más 	<ul style="list-style-type: none"> - Averiguar su dirección y colocar bien el cono - Animar a la persona a que se relaje y que cambie de posición - Retirar el cono y limpiar las heces - Dar por finalizada la irrigación
Espasmos intestinales o dolor abdominal ³⁴	<ul style="list-style-type: none"> - Entrada de agua de forma rápida - Temperatura inadecuada - Presencia de aire en el equipo 	<ul style="list-style-type: none"> - Parar la irrigación - Corregir la temperatura del agua - Purgar de nuevo el equipo - Continuar con un ritmo más pausado
Agua retenida o retorno lento del agua	<ul style="list-style-type: none"> - La persona está muy tensa durante la irrigación - Peristaltismo lento - Deshidratación de la persona 	<ul style="list-style-type: none"> - Relajar el abdomen mediante la respiración profunda y masajes suaves - Un poco de actividad ayudará a expulsar los líquidos residuales. - Buscar signos de deshidratación
Funcionamiento del estoma entre irrigaciones	<ul style="list-style-type: none"> - La irrigación se hace precipitadamente y no se deja tiempo suficiente para evacuar completamente el agua - Hernia paraestomal 	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar la irrigación en el tiempo marcado - En caso de hernia paraestomal está contraindicada la irrigación
Hemorragia a través del estoma	<ul style="list-style-type: none"> - Traumatismo de la mucosa al introducir el cono con demasiada fuerza. 	<ul style="list-style-type: none"> - Debe informarse si el problema continúa.
Resultados insatisfactorios de la irrigación	<ul style="list-style-type: none"> - Puede dar un resultado escaso, con pocas heces 	<ul style="list-style-type: none"> - La irrigación no debe repetirse en el mismo día.
Perforación intestinal	<ul style="list-style-type: none"> - Es la más grave de las complicaciones y su solución es quirúrgica 	<ul style="list-style-type: none"> - Utilizar siempre el material indicado para la irrigación - En ningún caso forzar
Reacciones vasovagales	<ul style="list-style-type: none"> - Entrada de agua de forma muy rápida - Temperatura inadecuada 	<ul style="list-style-type: none"> - Enlentecer la entrada de agua - Temperatura del agua de 36-37°C
Quemaduras por agua muy caliente	<ul style="list-style-type: none"> - Una temperatura excesiva del agua 	<ul style="list-style-type: none"> - La temperatura del agua debe estar entre 36-37°C

Tabla 5. Resumen de las posibles complicaciones su causa y la solución

5. La alimentación en la continencia por irrigación

Tal y como establece la FAO y la OMS en su “Documento final de la Conferencia: Declaración de Roma sobre la Nutrición” de noviembre del 2014, los sistemas sanitarios nacionales deberían integrar la nutrición, proporcionando al mismo tiempo acceso universal a servicios de salud integrados a través de un enfoque basado en la atención continua que incluya la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, el tratamiento y la rehabilitación, y deberían contribuir a la reducción de las desigualdades atendiendo a las necesidades y vulnerabilidades específicas relacionadas con la nutrición de diferentes grupos de población⁶³.

Es por eso que, como profesionales, debemos ayudar a las personas a las que se les ha realizado una colostomía a mantener una dieta equilibrada que incluya las vitaminas, minerales y calorías necesarias para una buena salud.

5.1. La alimentación en la persona colostomizada

En el postoperatorio inmediato, tras la cirugía, se iniciará una dieta líquida progresiva baja en fibra y en residuos, hasta posteriormente alcanzar una dieta completa tras la reintroducción paulatina de los alimentos, llegando a adecuar el aporte de fibra en función de las necesidades de la persona.

No existe una dieta de colostomía. Una vez que la persona se haya recuperado por completo de la cirugía, la mayoría vuelven a ingerir los alimentos que solían comer antes. Si la persona tenía una dieta prescrita por algún problema de salud, deberá consultar con su médico sobre la alimentación más adecuada para ella⁶⁴.

De este modo, las personas colostomizadas que se practican irrigaciones para el control de sus deposiciones no tienen ningún tipo de restricciones dietéticas, salvo aquellas que por otras patologías ya las tuviesen. Existe, eso sí, relación entre la alimentación y la consistencia y ritmo deposicional por ello será importante, para que las irrigaciones sean efectivas, que la persona mantenga una dieta regular y equilibrada.

Como objetivos dietéticos se establece que la persona ostomizado que se realiza irrigaciones, debe conocer:

1. ¿Cómo puede disminuir los gases?

Los alimentos que contienen gas son: las bebidas alcohólicas, los frijoles, las judías secas, la soja, la col, las bebidas gaseosas, la coliflor, las coles de Bruselas, los pepinos, los productos lácteos, el maíz, las espinacas, los alimentos muy especiados, los champiñones, el brócoli, las alcachofas, las nueces, las cebollas y los rábanos. Para poder disminuir la cantidad de gases, la persona deberá restringirlos de la dieta o disminuirlos, en función de sus necesidades^{65,66}.

Se debe tener también en cuenta que masticar chicle o beber en pajita aumentan la ingesta de gases⁶⁶.

2. ¿Cómo puede disminuir los malos olores?

Algunos alimentos como los espárragos, los frijoles cocidos, el brócoli, la col, las coles de Bruselas, la coliflor, los dulces, el alcohol, el aceite de hígado de bacalao, los huevos, el pescado, el ajo, las cebollas, la mantequilla de maní, algunas vitaminas y especias y los quesos fuertes producen muy mal olor en la heces^{65,66}.

Los antibióticos también aumentan el mal olor de las heces⁶⁶.

Alimentos como la crema de leche, el zumo de arándano, naranja o tomate, el perejil, la mantequilla y el yogurt son alimentos que ayudan a controlar el olor de las heces⁶⁷.

3. ¿Cómo puede aliviar la diarrea con una colostomía?

Alimentos como el puré de manzana, el plátano maduro, la pasta, el arroz hervido, la mantequilla de maní, los suplementos de pectina (fibra), el dulce de membrillo, la tapioca, el agua de arroz, las galletas tipo María, el agua de zanahoria o el pan tostado nos pueden ser útiles para aliviar la presencia de diarreas^{65,66}.

4. ¿Qué alimentos producen cambios de color en las deposiciones?

Los espárragos, los colorantes alimenticios, las pastillas de hierro, el regaliz, la gelatina roja, la remolacha, las fresas y las salsas de tomate pueden producir cambios en el color de las heces^{65,66}.

5. ¿Qué alimentos aumentan el número de deposiciones?

Alimentos como las bebidas alcohólicas, los granos enteros, los cereales de salvado, el repollo cocido, las frutas frescas, la leche, las verduras, las ciruelas pasas, los vegetales crudos y las especias aumenta el número de deposiciones⁶⁶.

6. ¿Qué alimentos alivian el estreñimiento?

Deberemos tener en cuenta que alimentos como el café (tibio o caliente), las frutas cocidas, los vegetales cocidos, las frutas frescas, los zumos de frutas, el agua o cualquier bebida tibia o caliente ayudan a aliviar el estreñimiento⁶⁶.

También ayudan a ablandar las heces alimentos como el chocolate, las ciruelas secas, el regaliz, los alimentos fritos y con grasa, los alimentos picantes y la cerveza⁶⁶.

7. ¿Qué alimentos pueden obstruir el estoma?

Se conoce como obstrucción cualquier bloqueo en el tubo digestivo. Los síntomas incluyen falta de salida de heces por la colostomía por varias horas, o chorros de heces acuosas, junto con dolor abdominal cólico y náuseas⁶⁴. Es una complicación poco habitual, pero que puede presentarse.

La piel de la manzana, el maíz, la col cruda, el apio, los granos enteros, el coco, la fruta seca, las nueces, los champiñones, los vegetales chinos, las naranjas, la piña, las palomitas o las semillas^{64,65}.

También pueden obstruir el estoma alimentos como las patatas con piel, las salchichas, los higos secos, las uvas, el pomelo, las pasas, las semillas, la comida frita, los albaricoques, la carne dura y las alcachofas⁶⁶.

8. ¿Qué alimentos son ricos en fibra?

Antes de comenzar a hablar sobre qué alimentos son ricos en fibra y cuáles no, sería conveniente destacar que son muchas las definiciones que se han hecho sobre la fibra:

Desde la de Rojas Hidalgo⁶⁷ que dice que “la fibra no es una sustancia, sino un concepto, más aún, una serie de conceptos diferentes en la mente del botánico, químico, fisiólogo, nutriólogo o gastroenterólogo”. Hasta la de La American Association of Cereal Chemist (2001) que define la fibra dietética como “la parte comestible de las plantas o hidratos de carbono análogos que son resistentes a la digestión y absorción en el intestino delgado, con fermentación completa o parcial en el intestino grueso. La fibra dietética incluye polisacáridos, oligosacáridos, lignina y sustancias asociadas de la planta. Las fibras dietéticas promueven efectos beneficiosos fisiológicos como el laxante, y/o atenúa los niveles de colesterol y glucosa en sangre”.

Desde un punto de vista clínico, probablemente son los efectos fisiológicos o biológicos de la fibra y por tanto su aplicación preventiva o terapéutica, los que van a tener mayor importancia⁶⁹.

Resumiremos diciendo que son sustancias de origen vegetal, hidratos de carbono o derivados de los mismos excepto la lignina que resisten la hidrólisis por los enzimas digestivos humanos y llegan intactos al colon donde algunos pueden ser hidrolizados y fermentados por la flora colónica⁶⁸.

Según García Peris y cols.⁶⁹ Los tipos de fibra se clasifican en: fibra fermentable, soluble y viscosa y fibras escasamente fermentables, insolubles y no viscosas.

Las fibras solubles son aquellas que, en contacto con el agua, forman un retículo donde queda atrapada el agua, originándose soluciones de gran viscosidad⁶⁸.

Las fibras insolubles o poco solubles son capaces de retener el agua en su matriz estructural formando mezclas de baja viscosidad; esto produce un aumento de la masa fecal que acelera el tránsito intestinal⁶⁸.

En la tabla 6 se detalla la fibra dietética de los alimentos más comunes⁷⁰.

Producto	Ración	Fibra (gr)	Total fibra soluble (gr)	Total fibra insoluble (gr)
Cereales para desayuno				
All – Bran®	28 gr	8.43	0.59	7.84
Cornflakes®	28 gr	1.20	0.14	1.06
Salvado (40%)	28 gr	5.46	0.56	4.90
Avena cocida	234 gr	4.45	1.64	2.81
Arroz inflado	28 gr	0.53	0.14	0.39
Trigo extraído	28 gr	3.16	0.31	2.86
Germen de trigo	56 gr	7.84	0.62	7.22

Producto	Ración	Fibra (gr)	Total fibra soluble (gr)	Total fibra insoluble (gr)
Frutas y hortalizas				
Manzana sin piel	138 gr	2.07	0.28	1.79
Manzana con piel	138 gr	2.76	0.28	2.48
Plátano	114 gr	1.94	0.57	1.37
Melón	133 gr	0.93	0.13	0.80
Uva	100 gr	1.00	0.10	0.90
Naranja	131 gr	2.49	0.79	1.70
Piña enlatada	125 gr	0.88	0.13	0.75
Pasa o una seca	36 gr	1.51	0.22	1.30
Fresas	149 gr	2.68	0.60	2.09
Brocoli crudo	78 gr	2.57	0.23	2.34
Col cruda	70 gr	1.19	0.07	1.12
Zanahoria cruda	72 gr	1.80	0.14	1.66
Maiz cocido congelado	83 gr	1.74	0.08	1.66
Patata sin piel	156 gr	2.03	0.47	1.56

Producto	Ración	Fibra (gr)	Total fibra soluble (gr)	Total fibra insoluble (gr)
Pasta y pan				
Pan blanco	25 gr	0.65	0.15	0.50
Pan de trigo integral	28 gr	2.59	0.57	2.02
Arroz cocido	102 gr	0.41	0.10	0.31
Espagueti cocido	140 gr	2.10	0.56	1.54

Tabla 6. Fibra dietética de los alimentos más comunes.

5.2. Recomendaciones nutricionales en colostomía temporal o definitiva

Tras la intervención, la absorción de nutrientes, agua y sales minerales se puede ver afectada en mayor o menor medida, por lo cual el objetivo del tratamiento dietético nutricional será mejorar o paliar las pérdidas intestinales de agua y nutrientes, y ayudar a restablecer la alimentación habitual de una manera lenta y progresiva.

Con el objetivo de absorber el máximo posible de nutrientes y agua, y que las deposiciones tengan una consistencia óptima, se aconsejan las siguientes recomendaciones:

- Mantener un horario regular para cada comida.
- Mantener un aporte correcto de líquidos, de 1,5 a 2 litros diarios distribuidos a lo largo del día. Puede ser en forma de agua, infusiones, caldos vegetales, zumos, etc.
- Fraccionar su alimentación entre 4-5 tomas al día.
- Evitar comidas abundantes o copiosas.
- Utilizar aceite de oliva para condimentar y también para cocinar.
- Preparar los alimentos de forma sencilla (hervido, plancha, vapor, papillote...). La forma más aconsejable de preparar los alimentos durante las 2 primeras semanas después de la intervención, son al vapor, a la plancha y al horno.
- Evitar los fritos, rebozados y los guisos.
- Evitar la toma de laxantes
- En caso de que la persona previamente siguiera algún tipo de dieta baja en sal, en grasas o en azúcares deberá seguir su pauta habitual teniendo en cuenta los alimentos recomendados.

Recomendación para la práctica 14	Grado de evidencia
Las personas colostomizadas que se practican irrigaciones para el control de sus deposiciones no tienen ningún tipo de restricciones dietéticas salvo aquellas que por otras patologías ya tuviesen ⁶⁵⁻⁷⁰ .	MUY BAJA

En la Tabla 7 se relacionan distintos grupos de alimentos y su consejo de consumo.

Grupo de alimentos	Tipos	Consumo habitual	Desaconsejados	Reintroducción de alimentos desaconsejados
Hidratos de carbono	Pasta, arroz blanco, arroz integral, patatas, quinoa, sémolas, caldos desgrasados con pasta.	Se pueden consumir desde el primer día.	Legumbres, guisantes, cereales integrales y de desayuno.	Reintroducir lentamente en la dieta a partir del mes de la intervención según tolerancia. Para una mejor tolerancia reintroducirlos acompañados de arroz, pasta, zanahoria.
Frutas	En compota, hervidas, al horno o en almíbar, desde los primeros días (manzana, pera, melocotón, piña, membrillo, plátano maduro).	Frutas crudas.	Reintroducir frutas crudas a partir de los quince días de la intervención, evitando la ingesta de la piel durante los primeros días de su reintroducción.	
Pan	Desde los primeros días intentando que sea pan tostado o del día anterior.	Pan integral, pan de nueces, pan de centeno.	Reintroducción según tolerancia.	
Galletas	Tipo María desde los primeros días si hay tolerancia.	Evitar galletas rellenas de chocolate y danesas.		
Bollería industrial y productos de pastelería	No aconsejado.		Consumo ocasional y moderado según tolerancia.	
Verduras y hortalizas	Judías verdes, calabacín, zanahoria, tomate.	Desde los primeros días.	Resto de verduras y hortalizas.	Reintroducir a partir de los primeros quince días/un mes evitando aquellas que sean más flatulentas (col, coliflor, coles de Bruselas).
Carnes	Carnes blancas y rojas.	Carnes blancas (pollo, pavo, conejo). Carnes rojas (ternera, caballo).	Carnes rojas (cerdo, cordero, buey y vísceras).	Reintroducir a partir de los 15 días de la intervención, consumiendo carnes poco grasas y según tolerancia.
Embutidos	Jamón York, jamón ibérico y otros embutidos.	Jamón York, jamón ibérico, fuet, salchichón, chorizo, sobrasada, chistorra, butifarra, salchichas, foie-gras.	Reintroducción a partir del mes de la intervención según tolerancia.	

Grupo de alimentos	Tipos	Consumo habitual	Desaconsejados	Reintroducción de alimentos desaconsejados
Pescado	Pescado blanco, pescado azul.	merluza, lenguado, mero, gallo, rape, dorada, besugo, pescadilla, bacalao, maira, emperador, rosada, sardinas, caballa, salmón, atún, salmonete, boquerón.	A partir de los quince días de la intervención.	
Huevos	Huevos fritos, huevos cocidos, tortilla, huevos revueltos.	Todos los tipos.	Reintroducir según tolerancia.	
Lípidos (grasas)	Aceites.	Aceite de oliva virgen.	Aceite de palma, aceite de coco, aceite de orujo.	
Mantequillas y margarinas	Margarina y mantequilla con moderación desde los primeros días.	Manteca, margarina, mantequilla.	Consumo ocasional y moderado según tolerancia.	
Lácteos	Leche de vaca, cabra y oveja.	A partir del 3/4 día según tolerancia.	Consumo ocasional y moderado según tolerancia.	Si el consumo de leche influye en que las deposiciones sean más líquidas (diarrea) o meteorismo (gases), utilice otros derivados lácteos o bebidas vegetales recomendadas.
Derivados lácteos	Yogur, queso, leche fermentada (actimel...), flan, natillas caseras. Si tolera la ingesta de leche: queso fresco, queso tierno, requesón, batidos lácteos.	Leche condensada, queso madurado (brie, camembert, cabrales).	Reintroducir según tolerancia a partir de los quince días de la intervención.	
Bebidas		Agua, zumo envasado, infusiones, caldo, bebidas isotónicas sin gas.	Café, alcohol, refrescos con gas.	Consumo moderado y ocasional según tolerancia.

Tabla 7. Grupos de alimentos y su consejo de consumo.

6. Calidad de vida de la persona colostomizada que utiliza la irrigación como método de continencia

Según la OMS, la calidad de vida (CV) es: “la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de un modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como por su relación con los elementos esenciales de su entorno” ⁷¹.

A partir de esta definición, se pueden identificar las principales características del concepto de la calidad de vida⁷²:

- Es un concepto subjetivo: cada persona tiene su propio concepto sobre la vida y la felicidad.
- Universal: las dimensiones comunes están presentes en todas las culturas.
- Holístico: incluye todas las esferas de la persona.
- Dinámico: en cada persona puede cambiar en periodos cortos de tiempo.
- Interdependencia: la afectación de una de las dimensiones de la vida repercute en las restantes.

Posiblemente la máxima expresión de la CV surge con la definición del nuevo concepto de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) como un modo de referirse a la percepción que tiene la persona de los efectos de una enfermedad o tratamiento en diversos ámbitos de su vida⁷³.

Los avances de la medicina han posibilitado prolongar notablemente la vida, generando un incremento importante de las enfermedades crónicas, esto ha generado un concepto nuevo: Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS), como un modo de referirse a la percepción que tiene la persona de los efectos de una enfermedad o tratamiento en diversos ámbitos de su vida⁷³.

El concepto de CVRS está integrado por tres dimensiones⁷⁴:

- Física: entendida con la ausencia de enfermedad, síntomas y los efectos adversos del tratamiento.
- Psicológica: a partir de la percepción de la persona de su estado afectivo, cognitivo y la incertidumbre del futuro. También incluye el aspecto de las creencias.
- Social: incluye la percepción sobre las relaciones interpersonales, laborales y roles sociales.

La realización de una ostomía es un tratamiento altamente eficaz, pero que afecta a la integridad de la persona en todas sus dimensiones. Tras la cirugía la persona presenta cambios físicos, psicológicos y sociales importantes, relacionados con la pérdida del control esfinteriano, los ruidos intestinales, miedo a las fugas, la eliminación de gases, los cambios en la propia imagen y percepción que influyen en su calidad de vida⁷⁵.

En los estudios en los que se evalúa la calidad de vida de la persona colostomizada que utiliza la irrigación como método de continencia, se destaca que la calidad de vida mejora en todas sus dimensiones al conseguir un mejor control de la evacuación intestinal así como de los gases, ruidos y olores, redu-

ciéndose el riesgo de complicaciones derivadas de la ostomía, como infecciones bacterianas, lesiones alrededor del estoma^{39,76,77}. Como consecuencia, la persona se siente más segura y se produce una rehabilitación social más temprana y satisfactoria^{78,79}. Todos estos beneficios conllevan a una mejor aceptación de su imagen corporal, potenciando la adaptación a su vida normal y teniendo un alto impacto en la mejora de su calidad de vida percibida^{80,82}.

Recomendación para la práctica 15	Grado de evidencia
La utilización de la irrigación como método de continencia en personas colostomizadas mejora su calidad de vida en todas sus dimensiones: física, psicológica y social ⁷²⁻⁸² .	MODERADA

7. Bibliografía

1. Grupo de trabajo sobre GPC. Elaboración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual Metodológico. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS; 2007. Guías de Práctica Clínica en el SNS: I+CS Nº 2006/OI.
2. Caballero, G. A., Solís-Muñoz, M., Cordero, S. P., Marcos, M. M., González, R. L., & Acero, R. L. (2011) Necesidades de cuidados de los pacientes con colostomía e ileostomía. Investigación cualitativa. [Acceso Abril de 2016]; Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n13/c009.php>
3. Muela Molinero, A., Jorquera Plaza, F., Ribas Ariño, T., Malagón Rojo, R., Morán Blanco, A., Martínez Nuñez, A. L., Guerra Laso, J., & Santos Calderón, J. A.. (2006). Cáncer colo-rectal multicéntrico (CCRM) en el área sanitaria de León. *Oncología (Barcelona)*, 29(8), 25-33. [Acceso Abril de 2016]; Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0378-483520060008000003&lng=es&tlng=es.
4. Burch J (2010). Caringforperistomal skin: whateverly nurse shouldknow. *British Journal of Nursing*; 19(3):166-168.
5. Pittman J, Rawl SM, Schmidt CM, Grant M, Ko CY, Wendel C et al (2008). Demographic and clinicalfactorsrelated to ostomycomplications and quality of life in veteranswithanostomy. *J WoundContinenenceNurs*; 35(5):493-503.
6. Bonill de las Nieves, C (2011). Vivencias y Experiencias de las personas portadoras de estomas digestivos. Tesis Doctoral. Málaga: Universidad de Málaga.
7. Readding LA (2005). Hospital to home: smoothingthejourneyforthe new ostomist. *British Journal of Nursing*. 14(16):S16-20.
8. Williams J (2012). Patientstomacare: educationaltheory in practice. *British Journal of Nursing*; 21(13):786-789.
9. Borwell B (1997). Psychologicalconsiderations of stomacarenursing. *Nurs Stand*; 11(48):49-53.
10. Williams J (2008). Flatus, odour and theostomistscopingstrategies and interventions. *British Journal of Nursing*; 17(2):S10-14.
11. Silva AL, Shimizu SE (2007). La relevancia de la red de apoyo para la ostomía. *Rev. BrasEnferm*. 60(3):307-11.
12. Fulham J (2008). Providingdietaryadviceforthe individual with a stoma. *British Journal of Nursing*; 17(2): S22-27.9,11
13. Woodhouse, F. (2005). Colostomy irrigation: are we offering it enough?. *British Journal of Nursing*, 14(16).
14. Varma S (2009). Issues in irrigation for people with a permanent colostomy: a review. *British Journal of Nursing*; 18(4):S15-18.
15. Baumel, H., Fabre, J. M., Manderscheid, J. C., Navarro, F., & Duchene, D. (1996). L'irrigation colique pour les colostomies: résultats d'une enquête nationale auprès de 795 colostomisés. In *Annales de chirurgie* (Vol. 50, No. 1, pp. 30-35). Elsevier.
16. González de Dios, J. (2001). Valoración crítica de documentos científicos. Los programas CASP y los bancos CAT. *Pediatr Integral*, 6, 350-6.
17. Oñate-Ocaña, L. F., & Ochoa-Carrillo, F. J. (2009). Sistema GRADE para clasificar nivel de evidencia y grado de las recomendaciones para la elaboración de guías de buena práctica clínica. *Cirugía y Cirujanos*, 77(5), 417-419.
18. Martínez-Sahuquillo Amuedo, M. ^a, & Echevarría Ruiz De Vargas, M. ^a. (2001). Consensus methods. adequate use of evidence in decision making. *rand/ucla method. Rehabilitación*, 35(6), 388-392.
19. Lledó, S. (2000). Cirugía colorrectal, guías clínicas de la Asociación Española de Cirujanos. Aran Ediciones SA, Madrid.
20. David C. Sabiston. M.Kim Lyerly (1999). *Patología Quirúrgica*. México.
21. Martí-Ragué J, Lledó S, Ortiz H. (1992). Actualización en Patología Anorrectal. Barcelona: Ed. JR Prous Editores, 111-31.
22. Ortiz, H., Marti, J., & Foulkes, B. (1989). Indicaciones y cuidados de los estomas. Jims SA, Barcelona.
23. Latarjet M, Ruiz Liard A. (2004). *Anatomía Humana. Volúmen II. 4a edición*. Buenosaires: ED. Médica Panamericana
24. Bullard KM. Colon, recto y ano: Brunicaardi FC. Schwartz (2015). *Principios de cirugía*. 10a edición. McGraw-Hill Interamericana; Capítulo 29.
25. Domenech Morral E, Gassull Duró MA. (1999) *Fisiopatología del colon. Principales alteraciones y funciones orgánicas*: Hernandez Rodríguez M. *Tratado de nutrición*. Madrid: ED. Díaz de Santos; Capítulo 66.
26. Corella, J., Vázquez, A., Mas, T., Corella, J., & Corella, L. (2005). *Estomas. Manual para enfermería*..
27. García E, Rodríguez M. (2011). *Estomas digestivos: Técnicas, Indicaciones y Cuidados*. Cádiz.
28. Ragué, J. M., & Valentí, M. T. (1999). *Estomas: valoración, tratamiento y seguimiento*.
29. Registered Nurses' Association of Ontario | Speaking out for nursing. *Speaking out for health*. (2017). [Acceso 17 Feb. 2016]. Disponible en: <http://www.nao.org>
30. Lenneberg, E., Mendelssohn, A., & Gross, L. (2014). *Guía De Colostomía*. Revisado Por: Lois Petrie, MS, RN, CETN. Published 2004 United Ostomy Association.
31. Cots I, Yrurzun R, del Pino C, Centelles M, Silva O. (2013). *Guía de cuidados enfermeros al paciente ostomizado durante la hospitalización*. Madrid: Coloplast Productos Médicos, S.A
32. Nadal, R. V., Peñalba, A. M. V., & Zamora, M. E. I. (2007). Dermatitis alrededor de ostomías. *Piel*, 22(3), 119-131.
33. Lerín, P., Lourdes, P., Lozano, M. D., & Martínez, M. (2010). *Complicación de los estomas, manual de cuidados de enfermería*. Coloplast Productos Médicos. Madrid, España.
34. Miño, P. P., Ramos, P. S., García, M. C., Cuevas, M. D. C. C., Leira, A. L., & García, M. D. C. A. (2015). Caso clínico de dermatitis periestomal y dehiscencia en una colostomía. *Enfermería Dermatológica*, 9(24), 54-58.
35. Hernando, M. G. (2013). *Plan de cuidados de un paciente ostomizado*. REDUCA (Enfermería, Fisioterapia y Podología), 5(3).
36. Vázquez-García MC, Poca Prats T. (2009). *Manual de Cuidados de Ostomías*. Madrid: DAE, SL.
37. Berckman B. (1987). *Enfermería del estoma*. Madrid. Interamericana.
38. Sevilla Sierra V, Velasco Martínez C. (2000) Elección de los dispositivos digestivos y urológicos. En*: *Enseñando a cuidar*. 1ª ed. Madrid. Hollister;. P 85-88
39. Argany Perelló B. (2008) *Plan de cuidados del paciente ostomizado*. En: *Curso de Experto Universitario en el cuidado integral del paciente ostomizado*. 3ªed.Madrid. Universidad Europea de Madrid.
40. Karadag, A., Bülent Menten, B., & Ayaz, S. (2005).

- Colostomy irrigation: results of 25 cases with particular reference to quality of life. *Journal of clinical nursing*, 14(4), 479-485.
41. Alvarez Gomez S, Dominguez Bulto F, García García JA, Martín Luque I, Perez Baena M, Pulido Iturbide P. (2004) ¿Cómo puede Enfermería evitar la reintervención quirúrgica en colostomías complicadas? En: Libro de ponencias: V Congreso Nacional de Enfermería en Ostomías. Universidad Pública de Navarra; P -134
 42. Antonio, L. O. M. (2012). Técnica de Malone para enema anterógrado en niños con trastornos neurogénicos, intestinales y urinarios. Experiencia en 10 pacientes. *Revista Mexicana de Urología*, 72(4), 178-181.
 43. Heinen, F., Bailez, M., & Solana, J. (1992). Malformaciones anorrectales. I. Fístula vestibular. *Rev Cirug Inf*, 2, 148-153.
 44. Leong, A. F., & Yunos, A. B. (1999). Stoma management in a tropical country: colostomy irrigation versus natural evacuation. *Ostomy/wound management*, 45(11), 52-56.
 45. Smeltzer, S. C., Bare, B. G., Brunner, L. S., & Suddarth, D. S. (2005). *Enfermería médicoquirúrgica*. McGraw-Hill Interamericana.
 46. NANDA International. (2015). *NANDA International, DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS: Definiciones y Clasificación, 2015-2017*. Elsevier España.
 47. Téllez Ortiz, S. E. (2012). Modelos de cuidados en enfermería NANDA, NIC y NOC. McGraw Hill Mexico.
 48. Bulechek, G. M. (2009). *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)*. Elsevier Health Sciences.
 49. Johnson, M., Moorhead, S., Bulechek, G., Butcher, H., Maas, M., & Swanson, E. (2012). Vínculos de NOC y NIC a NANDA-I y diagnósticos médicos. Barcelona: Editorial Elsevier.
 50. Moorhead, S., & Johnson, M. (2009). *Clasificación de resultados de enfermería (NOC)*. Elsevier Health Sciences.
 51. García-Sosa E, Rodríguez-Ramos M. (2011) *Estomas digestivos: Técnicas, Indicaciones y Cuidados*. Cádiz: Servicio de publicaciones de la universidad de Cádiz.
 52. Corella-Calatayud JM, Vázquez A, Tarragón MA, Mas T, Corella JM, Corella L. *Estomas: Manual para Enfermería*. Alicante: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA) [internet]; 2005 [acceso Abril 2016]. Disponible en: http://www.bibliotecadigitalcecova.com/contenido/revistas/cat6/pdf/libro_47.pdf.
 53. *Ostomía profesional. Cómo realizar una irrigación*. [acceso Abril 2016]. Disponible en: <http://www.ostomiaprofesional.com/es/area-pacientes/soy-colostomizado/la-irrigacion/comorealizar-lairrigacion.php>
 54. *Método de irrigación para colostomía continente*. [acceso Abril 2016]. Disponible en: <http://www.chospab.es/mediateca/play.php?vid=194>
 55. Rodrigo, M. T. L. (2000). Irrigación de un estoma intestinal. *Metas de enfermería*, 3(28), 14-16.
 56. Verdesolo C. Irrigación por colostomía. *Med Hoy* 1999;15(1) : 21-22. [acceso Abril 2016]. Disponible en: <http://www.imbiomed.com>
 57. Wang, N., Hailey, D., & Yu, P. (2011). Quality of nursing documentation and approaches to its evaluation: a mixed-method systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 67(9), 1858-1875.
 58. Saranto, K., & Kinnunen, U. M. (2009). Evaluating nursing documentation—research designs and methods: systematic review. *Journal of advanced nursing*, 65(3), 464-476.
 59. Martín Fernández M, Sevilla Sierra V. *Guía Práctica de Irrigación por Colostomía*. (Monografía en Internet). Granada. Sociedad española de Enfermería Experta en Estomaterapia. 2014. [acceso Abril 2016]. Disponible en: <http://www.estomaterapia.es/documentacion>
 60. Profesionales de enfermería del Hospital Universitario Central de Asturias. *Manual de procedimientos de enfermería*. Enero 2007. [acceso Abril 2016]. Disponible en: <http://www.hca.es/huca/manualdeenfermeria>
 61. Cesaretti IUR, Santos VLG, Schifftan SS, Vianna LAC (2008). Irrigación de la colostomía: revisión de una serie de aspectos técnicos. *Acta paul. Enfermera*; 21(2):338-44.
 62. Menéndez Muñoz I, Jiménez Julián A, Manosalvas Núñez R, Navajas Rincón F, Navarro Gálvez C, Tirmiño Benavente C. Abrasión de la mucosa intestinal por exceso de Temperatura del agua de Irrigación. En: VIII Congreso Nacional de Enfermería en Ostomías. Tenerife. 2013
 63. Documento final de la conferencia: Declaración de Roma sobre la Nutrición. Segunda Conferencia Internacional sobre Nutrición. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. Organización Mundial de la Salud. Noviembre del 2014. <http://www.fao.org/3/a-ml542s.pdf>
 64. *Colostomía: Una Guía* American Cancer Society. 2015. [acceso Abril 2016]. Disponible en: <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002822-pdf.pdf>
 65. *Guía de nutrición y dietética*. United Ostomy Associations of America (UOAA). 2004. Judith Ehlers-Crim, RD CEDC, Práctica Privada, Atlanta, GA . [acceso Abril 2016]. Disponible en: http://www.ostomy.org/uploaded/files/ostomy_info/uoa_diet_nutrition_es.pdf?direct=1
 66. Cots Morral I; Rodon Torrent A. (2014). Recomendaciones al alta a los pacientes portadores de colostomía. *Biblioteca Lascasas*, 10(1). pag 9-11. [acceso Abril 2016]. Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0750.pdf>
 67. Rojas, E. (1994). La fibra dietética. En: Rojas E, ed. *Los carbohidratos en nutrición humana*. Madrid: Aula Médica, 121-37.
 68. Álvarez, E. E., & Sánchez, P. G. (2006). La fibra dietética. *Nutr Hosp*, 21(Suppl 2), 61-72.
 69. García Peris, P., & Álvarez de Frutos, V. (2000). Fibra y salud. *Nutrición y obesidad*, 3, 127-135.
 70. Duarte, P. R., & Baranzini, A. L. R. (2008). Fibra a base de frutas, vegetales y cereales: Función de salud. *Revista Mexicana de Agronegocios*, 23(1).
 71. Whoqol Group. (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social science & medicine*, 41(10), 1403-1409.
 72. Urzúa, A., & Caqueo-Urizar, A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia psicológica*, 30(1), 61-71.
 73. Gómez, M., & Sabeh, E. (2001). Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. Salamanca: Instituto Universitario de Integración en la Comunidad, Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca.
 74. Urzúa, A. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Revista Médica de Chile*, 138, 341 – 348.
 75. Chaura-Guindic, L., Benavides-Leon, J., Villanueva-Herrero, J. A., Jiménez-Bobdilla, B., Abdo- Francis, J. M., & Hernández-Labra, E. (2011). Calidad de vida del paciente ostomizado. *Cir*, 79(2), 149-55.
 76. Costa IG, Maruyama SAB (2004). Implementación y evaluación de un plan de enseñanza para el riego auto colostomía: estudio de caso. *Ap enfermería Latino-am*; 12(3):557-63.

77. Karadağ, A., Montes, B. B., Üner, A., Irkörüçü, O., Ayaz, S., & Özkan, S. (2003). Impact of stomatherapy on quality of life in patients with permanent colostomies or ileostomies. *International Journal of Colorectal Disease*, 18(3), 234-238.
78. O'bichere, A., Bossom, C., Gangoli, S., Green, C., & Phillips, R. K. (2001). Chemical colostomy irrigation with glyceryl trinitrate solution. *Diseases of the colon & rectum*, 44(9), 1324-1327.
79. Zambrano Guimaray, Julia I. y Pajuelo Villarreal, Rocío PM (2009) Beneficios de la técnica de irrigación por colostomía de los pacientes colostomizados en el servicio de cirugía del hospital Víctor Ramos Guardia Huaraz Enero 2002 - Agosto 2007. *Aporte Santiaguino*, Ene/Jun. 2(1):151-158.
80. De Luna BE, Ramos J, Rodríguez L, Díaz L, García O, Ruiz C (2010). Importancia del personal de enfermería en el cuidado integral del paciente ostomizado. *Evidenta*; 7(30).
81. Juárez, F. J. B., Cañete, F. J. M., Valero, V. G., & López, J. G. (2004). Colon irrigation and quality of life in patients with colostomy. *Nure Investigación*, 1(7).
82. Carlsson E, Gylín M, Nilsson L, Svensson K, Alverslid I, Persson E (2010). Positive and negative aspects of colostomy irrigation. *J Wound Ostomy Continence Nurs*; 37(5):511- 516

8. Glosario

Adherencia al tratamiento	La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adherencia al tratamiento como el cumplimiento del mismo; es decir, tomar la medicación de acuerdo con la dosificación del programa prescrito; y la persistencia, tomar la medicación a lo largo del tiempo. En los países desarrollados, solo el 50% de los pacientes crónicos cumplen con su tratamiento.
Amputación abdominoperineal (Miles)	Intervención quirúrgica que consiste en la extirpación completa del recto y del ano, con su aparato esfinteriano, mediante un doble abordaje a través del abdomen y del periné, que se emplea para el tratamiento de los tumores del tercio inferior del recto. También se denomina intervención de Miles.
Análisis crítico	El análisis crítico de la literatura es un proceso de evaluación que permite al lector formarse una idea del potencial de error en los resultados de un estudio, ya sea por sesgo o confusión. El análisis crítico trata en gran medida de verificar si el estudio cumple ciertos criterios o condiciones metodológicas deseables.
Anastomosis	Conexión quirúrgica entre dos estructuras. Generalmente quiere decir una conexión creada entre estructuras tubulares, como los vasos sanguíneos o las asas del intestino
Bollería industrial	Término genérico que reagrupa el conjunto de los bollos (generalmente dulces) producidos de manera industrial. Su componente principal es la masa de harina en sus diversas formas.
Bolsa contenedora de agua	Es la bolsa que llenaremos de agua para realizar la irrigación. Tiene una abertura en la parte superior para el llenado y un termómetro que indica la temperatura del agua.
Calidad de vida	Según la OMS: es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de un modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como por su relación con los elementos esenciales de su entorno.
Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS)	La percepción que tiene la persona de los efectos de una enfermedad o tratamiento en diversos ámbitos de su vida.
Cecostomía	Se realiza a la altura del ciego, localizada en hemiabdomen derecho. Su realización es poco frecuente.
Ciego	Parte inicial del intestino grueso situada en el lado derecho del abdomen. Comunica con el intestino delgado a través de la válvula ileocecal. En su extremo cerrado está el apéndice. En su continuación hacia arriba pasa a ser el colon ascendente.

Cinturón y base	El cinturón sostiene una base para sujetar las mangas durante la irrigación. El cinturón siempre es adaptable al perímetro de la persona y la base tiene un diámetro que es compatible con la mayoría de estomas.
Colon	Parte del intestino grueso que está comprendida entre el ileon y el recto.
Colon ascendente	Es la continuación del ciego, que por lo general tiene un calibre menor que este último. Este pasa hacia arriba, desde su unión con el ciego, opuesto a la válvula ileocecal, hasta la superficie inferior del lóbulo derecho del hígado, a la derecha de la vesícula biliar, donde se aloja en una pequeña depresión, la depresión cólica; es en este punto en donde se dobla abruptamente hacia la izquierda, formando la flexura cólica derecha.
Colon descendente	Localizado en la región abdominal, específicamente a nivel del hipocondrio, flanco y fosa lumbar izquierda, junto al borde lateral del riñón izquierdo. A nivel de la porción final del riñón izquierdo, el colon se hace medial hacia el borde lateral del músculo psoasiliáco, y entonces desciende a nivel del ángulo que se forma entre el psoas y el cuadrado lumbar hacia la cresta ilíaca.
Colon irritable	El colon irritable, cuya denominación más exacta es «Síndrome del intestino irritable» (SII), es un cuadro crónico y recidivante, caracterizado por la existencia de dolor abdominal y/o cambios en el ritmo intestinal (diarrea o estreñimiento).
Colon transverso	Segmento más grande y móvil del intestino grueso, pasa por debajo de la convexidad desde el hipocondrio derecho, cruzando el abdomen hasta más allá del epigastrio, al hipocondrio contralateral. Se curva por debajo de la porción inferior del bazo, formando la flexura cólica izquierda (o flexura esplénica).
Colostomía	Es un procedimiento quirúrgico en el que se exterioriza un extremo del intestino grueso a través de una abertura hecha en la pared abdominal.
Colostomía ascendente	Se exterioriza la primera porción del intestino grueso (colon ascendente). El estoma quedará localizado en el lado derecho del abdomen, siendo las heces de consistencia líquida o semilíquida, continuas e irritantes, la eliminación es frecuente y con escasa salida de gases.
Colostomía definitiva	Se realiza generalmente cuando se lleva a cabo la exéresis del recto y del esfínter anal, no pudiendo restablecerse el tránsito intestinal. Se suelen realizar a nivel de colon descendente o sigmoideo. Se exterioriza una boca única.
Colostomía descendente	Se realiza en el colon descendente. El estoma quedará situado en el lado izquierdo del abdomen y las heces serán sólidas de olor intenso y gases abundantes.
Colostomía doble	Dos bocas en cañón de escopeta. En esta forma de colostomía, el colon es seccionado y los dos extremos se fijan a la piel juntos o dejando un pequeño puente cutáneo entre ellos.

Colostomía en asa	De doble boca. Se trata de una colostomía lateral en la que el colon transverso o sigmoide es exteriorizado y mantenido en posición por medio de un tutor rígido que se retirará a los 10 días de la intervención quirúrgica
Colostomía sigmoidea (sigmoidostomía)	Se localiza en el colon sigmoideo y en la parte inferior izquierda del abdomen. Es la colostomía más habitual y las técnicas quirúrgicas más habituales son la de Hartman y la de Miles. Da salida a heces formadas.
Colostomía temporal	Se realiza la colostomía de forma transitoria hasta que se resuelve la patología de base. Aunque pueden ser realizadas en cualquier parte del colon, son el colon transverso y sigmoideo los más utilizados.
Colostomía terminal	De una única boca. El colon proximal se aboca al exterior, como una colostomía terminal y el extremo distal se cierra mediante sutura, se estirpa o se aboca al exterior.
Colostomía tipo Devine	Los dos extremos del colon se exteriorizan de forma separada y a distancia. Se forman dos estomas diferentes, de los cuales este último se denomina fístula mucosa. Ambos extremos se abocan directamente a la piel como una colostomía terminal.
Colostomía transversa	Se realiza a la altura del colon transverso derecho o izquierdo. Se realiza frecuentemente en cirugía de urgencias. El estoma normalmente queda por encima del ombligo o un poco lateralizado. En este caso las heces son semilíquidas o semisólidas, continuas e irritantes. Suelen dar olor intenso y gases abundantes.
Columnas de Morgagni	Son pliegues longitudinales de la mucosa del canal anal, que se unen entre sí para formar las válvulas anales, que ayudan al ano a dar sostén a la columna de excremento.
Cono de irrigación	Es un cono de material plástico suave que se introduce en el estoma para vehicular el agua de la irrigación hacia el intestino.
Continencia	Acción de contener: reprimir o sujetar el movimiento o impulso de un cuerpo.
Continencia fecal	Capacidad para controlar voluntariamente la expulsión de gases y materia fecal. Es una función muy compleja y depende de una serie de respuestas a estímulos del colon, recto y ano, unas voluntarias y otras involuntarias.
Decúbito supino	Posición anatómica del cuerpo humano que se caracteriza por: posición corporal acostado boca arriba, cuello en posición neutra, miembros superiores extendidos pegados al tronco y con las palmas de las manos hacia abajo y extremidades inferiores también extendidas con pies en flexión neutra y punta de los dedos gordos hacia arriba.
Diarrea	Síntoma que consiste en evacuaciones de vientre líquidas y frecuentes.

Directrices de actuación	Una directriz es una norma o una instrucción que se tiene en cuenta para realizar una cosa. También se trata de aquello que determina cómo se producirá algo. Las directrices, por lo tanto, sientan las bases para el desarrollo de una actividad o de un proyecto.
Diverticulitis	Trastorno digestivo consecuencia de una diverticulosis, la cual implica la formación de vejigas o bolsas en la pared del intestino llamadas divertículos, cuya aparición es más común en el intestino grueso y especialmente en el colon, pero también puede manifestarse en el intestino delgado. La diverticulitis es la inflamación de los divertículos.
Divertículo	Pequeños, abultados sacos o bolsas que se forman en la pared interna del intestino.
Eficiencia	Capacidad para realizar o cumplir adecuadamente una función.
Ejercicios de Biofeedback.	La biorretroalimentación es una técnica que se emplea para controlar las funciones fisiológicas del organismo humano, mediante la utilización de un sistema de retroalimentación que informa al sujeto del estado de la función que se desea controlar de manera voluntaria. Se utiliza como forma de tratar los problemas de debilitamiento o daño del suelo pélvico.
Enema de Bario	El enema opaco o enema de Bario se utiliza en el examen de Rayos X del intestino grueso (colon). Su finalidad es el estudio del colon tanto en su morfología como en su función y consiste en la introducción de contraste de Bario y aire, por vía rectal, y la obtención de radiografías que posteriormente serán estudiadas por el radiólogo.
Enfermedad de Crohn	Proceso inflamatorio crónico del tracto intestinal principalmente. Aunque puede afectar a cualquier parte del tracto digestivo desde la boca hasta el ano, más comúnmente afecta la porción más baja del intestino delgado (íleon) o al intestino grueso (colon y recto).
Enzima	Proteína soluble producida por células vivas; actúa como catalizador en las reacciones químicas del organismo.
Epiplon Mayor	Hoja de peritoneo, que a modo de delantal, se cuelga desde la curvatura mayor del estómago para fijarse en la pared abdominal posterior. Se fusiona con el mesocolon transversal antes de alcanzar la pared abdominal posterior de la cavidad abdominal
Epitelio	Capa superficial de células que cubre la superficie cutánea, mucosa y serosa.
Escala DET	(Discolouration, Erosion, Tissue overgrowth) Escala de identificación de alteraciones de la piel periestomal
Estándares de cuidados	Criterios explícitos de calidad y buena práctica que orientan la labor asistencial y humana de los profesionales.
Estandarizar	Estandarización o normalización es un proceso de búsqueda de patrones de equilibrio y unificación de las características de un producto o servicio, con el fin de establecer normas de asimilación a un modelo a seguir para la fabricación en serie.

Estoma	Palabra que deriva del griego y significa boca. Es una abertura quirúrgicamente creada, que une una parte de una cavidad corporal con el exterior. Los procedimientos quirúrgicos mediante los cuales los estomas son creados terminan en el sufijo “-ostomía” y comienzan con un prefijo que denota el órgano o el área que se opera.
Estreñimiento	Alteración del intestino que consiste en una excesiva retención de agua en el intestino grueso con el consiguiente endurecimiento de las heces, por lo cual se hace muy difícil su expulsión.
Evidencia científica	La “evidencia empírica” o “evidencia científica” es aquella evidencia que sirve con el objetivo de apoyar u oponerse a una hipótesis o teoría científica.
Excelencia en los cuidados	La noción de excelencia, se relaciona a la idea de perfección y a las características sobresalientes. El término señala aquello que está por encima del resto y que posee escasos puntos débiles.
Fibra dietética	La parte comestible de las plantas o hidratos de carbono análogos que son resistentes a la digestión y absorción en el intestino delgado, con fermentación completa o parcial en el intestino grueso. La fibra dietética incluye polisacáridos, oligosacáridos, lignina y sustancias asociadas de la planta. Las fibras dietéticas promueven efectos beneficiosos fisiológicos como el laxante, y/o atenúa los niveles de colesterol en sangre y/o atenúa la glucosa en sangre
Fibra insoluble	Retiene el agua en su matriz estructural formando mezclas de baja viscosidad; esto produce un aumento de la masa fecal que acelera el tránsito intestinal.
Fibra soluble	Es la que en contacto con el agua, forma un retículo donde queda atrapada el agua, originándose soluciones de gran viscosidad
Fibrocolonoscopia	Examen que consiste en la introducción de un tubo, llamado endoscopio a través del ano. El objetivo del examen es obtener imágenes en vivo del interior del intestino grueso, diagnosticando o descartando enfermedades. Además, se utiliza para la extracción de pólipos o la toma de muestras para biopsia.
Fístula	Comunicación anormal entre dos superficies o cavidades del organismo
Glándulas de Lieberkhüm	Glándula con forma parecida a un tubo que se encuentra en el revestimiento del colon y el recto. Las glándulas de Lieberkuhn renuevan el revestimiento del intestino y elaboran moco. También se las pueden denominar cripta del colon.
Grado de evidencia	Determina cual es la mejor información científica disponible para aplicarla a la práctica clínica. Los grados de recomendación se establecen a partir de la calidad de la evidencia y del beneficio neto (beneficios menos perjuicios) de la medida evaluada.

Guía de Práctica Clínica	Conjunto de recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a profesionales y a pacientes a tomar decisiones sobre la atención sanitaria más apropiada, y a seleccionar las opciones diagnósticas o terapéuticas más adecuadas a la hora de abordar un problema de salud o una condición clínica específica
Habilidad técnica	Consiste en utilizar conocimientos, métodos, técnicas y equipos necesarios para la realización de sus tareas específicas a través de su instrucción, experiencia y educación.
Herramienta de lectura crítica CAS-Pe (Critical Appraisal Skills Programme Español)	Plantillas para los diferentes tipos de estudios que permiten extraer los datos más importantes de los mismos de una forma ordenada, haciendo hincapié en los aspectos metodológicos más importantes.
Hidratos de carbono	Sustancia orgánica formada por carbono, hidrógeno y oxígeno, en la que estos dos últimos elementos se encuentran en la proporción de dos a uno.
Imagen corporal	La imagen corporal es la representación mental que cada persona tiene sobre su propio aspecto físico. Es cómo la persona se ve a sí misma y cómo se percibe cuando se mira al espejo, es decir, cómo la persona cree que es.
Intervención de Hartman	Procedimiento quirúrgico consistente en la resección de recto o sigma, dejando el recto remanente cerrado, ciego y sin tránsito digestivo, y haciendo una colostomía terminal con el extremo proximal en la fosa ilíaca izquierda.
Irrigación de limpieza	Se realiza en colostomías en asa, en colostomías dobles (en cañón de escopeta) o en colostomías tipo Devine a través de la boca distal para limpiar el tramo de colon que hay entre el estoma y el ano, por ejemplo, cuando se ha realizado un Enema con Bario, cuando se quiere explorar mediante fibrocolonoscopia, en reintervenciones o antes del cierre de la colostomía.
Irrigación para continencia	Se realiza con el fin de lograr evacuaciones en intervalos regulados y controlados, manteniendo un periodo sin expulsión de heces y por tanto, de continencia fecal.
Irrigación para control de esfínteres	Se realiza en colostomías en asa, en colostomías dobles (en cañón de escopeta) o en colostomías tipo Devine a través de la boca distal, para valorar y ejercitar la contracción de los esfínteres y previa a la reconstrucción del tránsito intestinal. Actualmente está prácticamente en desuso ya que en la mayoría de centros se dispone de unidades donde realizar manometrías anales.
Irrigación por colostomía	Técnica que se basa en introducir agua a temperatura corporal en el colon distal a través del estoma mediante un cono de plástico blando, asegurando una unión perfectamente impermeable. El agua acumulada dilata el colon, causando contracciones que provocan la evacuación de la masa fecal, que se expulsa mediante una manga al inodoro.

Irrigación terapéutica	Se realiza como parte del tratamiento en el caso de complicaciones con el estoma (desinserción mucocutánea, fistula o lesiones de piel periestomal que impidan la adherencia de los dispositivos) y en las que se necesita tener la zona limpia de heces durante un tiempo.
Lácteo	Perteneciente o relativo a la leche.
Lectura crítica	La lectura crítica es la lectura realizada de un modo analítico. Esto significa que además de comprender lo que se dice en un texto determinado, se intentará analizar lo expresado para verificar sus aciertos, sus errores y los modos en que se presenta la información.
Lípido	Cada uno de los compuestos orgánicos que resultan de la esterificación de alcoholes, como la glicerina y el colesterol, con ácidos grasos.
Lubricante	Sustancia que facilita el deslizamiento y disminuye, por tanto, el rozamiento entre partes en movimiento. En medicina el lubricante se utiliza en los exámenes ginecológicos, tacto rectal, termometría anal y en enemas.
Manga de irrigación	Sistema colector con dos aberturas, una en la parte superior y otra en la inferior, que tiene la misión de recoger las heces que expulsa el intestino tras la realización de una irrigación.
Manometría rectal	Prueba que sirve para medir el funcionamiento de la parte final del intestino (recto y ano). Para realizarla, se coloca una sonda fina con orificios a través del ano. Con ella se pueden medir presiones a distintos niveles.
Mesocolon	Membrana revestida de peritoneo que fija el colon a la pared posterior del abdomen.
Método RAND/UCLA (RAND Corporation y la Universidad de California en los Ángeles)	Técnica de consenso con varias fases para el desarrollo de criterios de uso apropiado de las recomendaciones en guías de práctica clínica.
Mini-cap	Bolsa cerrada de una o tres piezas, especialmente para los colostomizados que practican el método de la irrigación, pero que también puede ser utilizada por los ostomizados durante un período de tiempo breve.
Mucosa	Se trata del tejido que recubre el intestino por su interior. Al darle salida al exterior se hace visible con un color rojizo o rosáceo brillante y es húmeda.
Neoplasia	Tipo de formación patológica de un tejido, cuyos elementos componentes sustituirán a los tejidos normales, formando un neoplasma.
Obturador	Dispositivo de una pieza adhesivo, de cubierta plana con filtro de gran eficacia y con tapón en forma de campana de espuma de poliuretano comprimido a la mitad de su volumen que bloquea la salida de las heces al expandirse.
Patrón deposicional	Frecuencia deposicional: número de deposiciones diarias.
Peritoneo	Membrana serosa delicada que recubre las cavidades abdominales y pélvicas y los órganos que contienen.

Piel periestomal	Es la piel propia del abdomen situada alrededor del estoma.
Práctica reflexiva	Transformar la reflexión ocasional en una reflexión metodológica al servicio del desarrollo profesional y organizacional.
Prevalencia	La prevalencia de una enfermedad cuantifica la proporción de personas en una población que tienen una enfermedad (o cualquier otro suceso) en un determinado momento. Proporciona una estimación de la proporción de sujetos de esa población que tenga la enfermedad en ese momento.
Programa de educación para la salud (PES)	Comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad.
Proteína	Sustancia constitutiva de la materia viva, formada por una o varias cadenas de aminoácidos.
Quilo	Transformación del quimo en una sustancia lechosa por acción del jugo gástrico, bilis y jugo pancreático, llevado a la sangre por los vasos quilíferos y el conducto torácico.
Quimo	Alimento parcialmente digerido que en forma de líquido espeso ácido, amarillo cremoso, pasa del estómago al duodeno. Su acidez controla el píloro de tal forma que se expulsa a intervalos frecuentes.
Recto	El recto es un segmento que constituye el último tramo del tubo digestivo. Se extiende desde el colon sigmoide hasta el canal anal. Mide 12 centímetros en promedio, 5 de los cuales corresponden a la ampolla rectal. El recto cumple una función de almacenamiento de las heces en la ampolla rectal que puede expandirse para contener aproximadamente 400 ml de materias antes de la defecación.
Sigma	Significa algo en forma de "S". Se conoce como colon sigmoide, para definir la parte terminal del intestino grueso o colon, entre el colon descendente y el recto.
Sistema de irrigación	Todos los accesorios necesarios para realizar una irrigación en colostomías.
Sistema GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation)	Sistema de clasificación de la calidad de la evidencia y también para un enfoque sistemático y transparente durante el proceso de desarrollo de recomendaciones para la práctica clínica, incluyendo la indicación de la fuerza de estas recomendaciones.
Taxonomía enfermera	Ciencia que trata de los principios, métodos y fines de la clasificación, generalmente científica.
Taxonomía NANDA (North American Nursing Diagnosis Association)	Es una sociedad científica de enfermería cuyo objetivo es estandarizar los diagnósticos enfermeros.

<p>Taxonomía NIC (Nursing Interventions Classification)</p>	<p>Clasificación de intervenciones de enfermería. Es una clasificación global y estandarizada de las intervenciones que realiza el profesional de enfermería, que tiene como centro de interés la decisión que tome para llevar a la persona al resultado esperado. Esta taxonomía está compuesta por dos elementos sustanciales: las intervenciones y las actividades de enfermería.</p>
<p>Taxonomía NOC (Nursing Outcomes Classification)</p>	<p>Clasificación de resultados de enfermería. Se utiliza para conceptualizar, denominar, validar y clasificar los resultados que se obtienen de la intervención de enfermería. Este lenguaje incluye resultados esperados, indicadores y escalas de medición.</p>
<p>Tubuladura de conexión</p>	<p>Es un tubo transparente que conduce el agua desde la bolsa hasta el cono y dispone de un sistema que permite visualizar el flujo de agua. De este modo podemos modular la velocidad de entrada del agua hacia el interior del intestino.</p>
<p>Unión mucocutánea</p>	<p>Es la unión del intestino con la piel del abdomen.</p>
<p>Variabilidad</p>	<p>La variabilidad se refiere a todo aquello que tiene la posibilidad de cambiar, en general la variabilidad es la facilidad de mutar o que tiene una inconsistencia para continuar haciendo algo que ha sido planificado. Otra forma de utilizar esta palabra es cuando se refiere a las variables de opciones que se pueden dar a la hora de tomar una decisión, existiendo un número ilimitado de probabilidades.</p>
<p>Vólvulo</p>	<p>Invertir un tubo sobre sí mismo, formando un bucle que se estrangula en la base, pudiendo causar oclusión de la luz intestinal o ciertos vasos sanguíneos, provocando oclusión o necrosis intestinal, respectivamente.</p>

9. Resumen de Recomendaciones

Interpretación del grado de evidencia de las recomendaciones según el sistema GRADE.

Grado de evidencia de las recomendaciones	
ALTA	Más investigación al respecto no va a modificar nuestra confianza en la estimación del efecto
MODERADA	Más investigación puede modificar nuestra confianza en la estimación del efecto
BAJA	Muy probablemente más investigación va a tener un efecto importante en nuestra confianza en la estimación del efecto
MUY BAJA	Cualquier estimación del efecto es sumamente incierta

RECOMENDACIONES PARA LA PRÁCTICA.

Recomendación para la práctica 1	Grado de evidencia
El estoma y la piel periestomal tienen que ser evaluados tanto en el postoperatorio inmediato como, al menos, durante el año posterior a la cirugía ^{29,31} .	BAJA

Recomendación para la práctica 2	Grado de evidencia
Proporcionar la educación necesaria a la persona o cuidador para que sepa identificar de forma temprana una complicación en el estoma y la piel periestomal ^{26,33-35} .	BAJA

Recomendación para la práctica 3	Grado de evidencia
Se puede utilizar la irrigación como un procedimiento seguro y eficaz, en personas adultas, para la continencia en colostomías descendentes y sigmoides ^{39,40} .	MODERADA

Recomendación para la práctica 4	Grado de evidencia
Además, como método de continencia existen otros tipos de irrigaciones, según su objetivo, como la terapéutica en caso de complicaciones periestomales, la de limpieza en la preparación de procedimientos diagnósticos y para el control de esfínteres previa a la reconstrucción del tránsito intestinal. ^{34,37,41,43}	MUY BAJA

Recomendación para la práctica 5	Grado de evidencia
Es necesaria una valoración integral de la persona-cuidador y aplicar los criterios de inclusión y exclusión del programa de irrigación antes de aplicar el procedimiento ^{34,38,45} .	MUY BAJA

Recomendación para la práctica 6	Grado de evidencia
La utilización de un modelo estandarizado y un lenguaje unificado facilita la toma de decisiones en la planificación del cuidado ⁴⁶⁻⁵⁰ .	MUY BAJA
Recomendación para la práctica 7	Grado de evidencia
El inicio de la irrigación puede ser tanto en el postoperatorio inmediato como en el tardío. Dependerá de su objetivo ^{51,52} .	MUY BAJA
Recomendación para la práctica 8	Grado de evidencia
La frecuencia de la irrigación será diaria hasta conseguir un patrón deposicional, pudiendo llegar a realizarse cada dos o tres días ^{53,54} .	MUY BAJA
Recomendación para la práctica 9	Grado de evidencia
Formar a la persona y al cuidador para que puedan reconocer y preparar el material necesario para la irrigación en colostomías ^{38,53} .	MUY BAJA
Recomendación para la práctica 10	Grado de evidencia
Realizar conjuntamente con la persona y/o cuidador la irrigación en colostomías paso a paso ^{53,55} .	MUY BAJA
Recomendación para la práctica 11	Grado de evidencia
Formar a la persona y al cuidador para que puedan conservar el material para la irrigación de forma óptima ^{52,56} .	MUY BAJA
Recomendación para la práctica 12	Grado de evidencia
El registro estandarizado garantiza la continuidad del cuidado integral de la persona colostomizada en el proceso de la irrigación ^{57,58} .	BAJA
Recomendación para la práctica 13	Grado de evidencia
Formar a la persona y/o cuidador para que sepan identificar y resolver las complicaciones en el proceso de la irrigación ^{34,37,60-62} .	MUY BAJA

Recomendación para la práctica 14	Grado de evidencia
Las personas colostomizadas que se practican irrigaciones para el control de sus deposiciones no tienen ningún tipo de restricciones dietéticas, salvo aquellas que por otras patologías ya tuviesen ⁶⁵⁻⁷⁰ .	MUY BAJA
Recomendación para la práctica 15	Grado de evidencia
La utilización de la irrigación como método de continencia en personas colostomizadas mejora su calidad de vida en todas sus dimensiones: física, psicológica y social ⁷²⁻⁸² .	MODERADA

Anexo 1. Escala DET (Disponible en la web de Coloplast)

Dominio 1: Coloración		Dominio 2: Integridad de la piel		Dominio 3: Tejido de sobrecrecimiento	
Área (incluyendo áreas erosionadas)	Severidad	Área	Severidad	Área	Severidad
<p>Piel normal (ausencia de cambios visibles o daños en la epidermis)</p> <p>Si el área es 0 y la piel es normal la puntuación de este dominio debe ser 0</p> <p>Puntuación = 0</p>	<p>Leve enrojecimiento o leve cambio de color en la piel periestomal</p>  <p>Puntuación = 1</p>	<p>Sin erosión/excoriación</p> <p>Si el área es 0, la puntuación de este dominio debe ser 0</p> <p>Puntuación = 0</p>	<p>Daños en la capa superior de la piel (epidermis)</p>  <p>Puntuación = 1</p>	<p>Sin tejido de sobrecrecimiento</p> <p>Si el área es 0, la puntuación de este dominio debe ser 0</p> <p>Puntuación = 0</p>	<p>Tejido de sobrecrecimiento que interfiere con la aplicación del adhesivo</p>  <p>Puntuación = 1</p>
<p>Menos del 25% de la piel cubierta por el adhesivo está afectada</p> <p>Por favor, valorar la severidad</p> <p>Puntuación = 1</p>		<p>Menos del 25% de la piel cubierta por el adhesivo está afectada</p> <p>Por favor, valorar la severidad</p> <p>Puntuación = 1</p>		<p>Menos del 25% de la piel cubierta por el adhesivo está afectada</p> <p>Por favor, valorar la severidad</p> <p>Puntuación = 1</p>	
<p>Entre el 25% y el 50% de la piel cubierta por el adhesivo está afectada</p> <p>Por favor, valorar la severidad</p> <p>Puntuación = 2</p>	<p>Enrojecimiento severo o piel muy macerada que puede dar lugar a complicaciones posteriores</p>  <p>Puntuación = 2</p>	<p>Entre el 25% y el 50% de la piel cubierta por el adhesivo está afectada</p> <p>Por favor, valorar la severidad</p> <p>Puntuación = 2</p>	<p>Daño en la dermis, produciendo un exceso de humedad o sangrado</p>  <p>Puntuación = 2</p>	<p>Entre el 25% y el 50% de la piel cubierta por el adhesivo está afectada</p> <p>Por favor, valorar la severidad</p> <p>Puntuación = 2</p>	<p>Tejido de sobrecrecimiento que interfiere con la aplicación del adhesivo y causa sangrado y/o dolor</p>  <p>Puntuación = 2</p>
<p>Más del 50% de la piel cubierta por el adhesivo está afectada</p> <p>Por favor, valorar la severidad</p> <p>Puntuación = 3</p>		<p>Más del 50% de la piel cubierta por el adhesivo está afectada</p> <p>Por favor, valorar la severidad</p> <p>Puntuación = 3</p>		<p>Más del 50% de la piel cubierta por el adhesivo está afectada</p> <p>Por favor, valorar la severidad</p> <p>Puntuación = 3</p>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
+		+		+	
				Puntuación total	

Guía de identificación de alteraciones de la piel periestomal					
Manifestaciones clínicas	<p>Cambios visuales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Piel enrojecida y/o Pérdida de la epidermis y/o Piel húmeda y/o Sangrado y/o Hiperplasia (pápulas, granulomas o hiperqueratosis) y/o Úlcera o herida y/o Piel macerada (húmeda, reblandecida y blanquecina) • Piel enrojecida o irritada correspondiendo con la forma del adhesivo 	<p>Cambios visuales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coloración y/o Pérdida de epidermis o parte del tejido y/o Piel húmeda y/o Sangrado y/o Dolor y/o Lesiones con bordes irregulares 	<p>Cambios visuales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lesiones múltiples o aisladas • Lesiones endurecidas o ulceradas • Enrojecimiento o amarantamiento • Necrosis • Exudado purulento o con sangre • Placas entomatosas engrosadas • Fístulas • Fenómeno de Köbners (consecuencia de psoriasis) 	<p>Cambios visuales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enrojecimiento, hiperpigmentación • Pápulas rojas con cabeza blanca • Maceración (piel húmeda, blanquecina y reblandecida); puede incluir lesiones en la periferia • Pápulas, pustulas (foliulitis) • Inflamación o edema 	<p>Problemas de piel que no entran en otras categorías</p>
Preguntas para identificar posibles causas (etiología)	<p>Determinar si la reacción de la piel es:</p> <p>Irritativa ¿Se ajusta el tamaño del adhesivo exactamente al tamaño del estoma? ¿Se ha erosionado el adhesivo? ¿Se pega bien el adhesivo a la piel? ¿Hay irregularidades en la zona periestomal que comprometan la adhesividad del disco? ¿Está el estoma mal construido? ¿Ha sido expuesta la piel periestomal al contacto con heces, orina u otros efluentes? ¿Empieza la persona jabones, disolventes u otros productos químicos en la zona periestomal? ¿Se queja la persona de dolor, picor y/o quemazón?</p> <p>Alérgica ¿Sufre la persona alguna alergia conocida? ¿Está relacionado el problema con la aplicación de un nuevo producto para el cuidado de la piel periestomal? ¿Ha cambiado la persona su dieta o medicación recientemente? ¿Se queja la persona de picor?</p>	<p>¿Hay riesgo de presión (de discos convex, cinturones, ropa, o por obesidad o heridas)? ¿Se retira el adhesivo de forma violenta? ¿Se cambia el adhesivo con mucha frecuencia? ¿Es la técnica de limpieza demasiado brusca? ¿Con qué frecuencia se rasura?. El rasurado frecuente o agresivo puede irritar la piel</p>	<p>¿Existe alguna enfermedad como...?:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad de Crohn • Colitis ulcerosa • Piodermia gangrenosa • Artritis reumatoide • Carcinoma • Psoriasis 	<p>¿Es la transpiración excesiva? ¿Se ha perdido la epidermis o existe maceración? ¿Se seca bien la piel antes de aplicar el adhesivo? ¿Con qué frecuencia se cambia el adhesivo?. El cambio poco frecuente hace que el adhesivo pierda su capacidad de absorción de fluidos, dejando a la piel desprotegida. Inspeccionar otras zonas del cuerpo para ver si existe infección por hongos. ¿Hay historial de diabetes mellitus, terapia con antibióticos, terapia con inmunosupresores, malnutrición o infecciones crónicas? Observe si al retirar el adhesivo se irritan los folículos pilosos. ¿Con qué frecuencia se rasura?. El rasurado puede ser problemático.</p>	<p>Si todas las preguntas anteriores han sido formuladas y no se ha podido identificar ninguna de las alteraciones de la piel periestomal</p>
Tipo de alteración cutánea	<p>Irritación de origen químico:</p> <p>Dermatitis de contacto Alteración de la piel periestomal causada por el contacto con heces, orina o productos químicos.</p> <p>Dermatitis de tipo alérgico Hipersensibilidad a elementos químicos, produciendo una inflamación de la piel periestomal</p>	<p>Irritación de origen mecánico:</p> <p>Definición: Reacción de la piel a una presión, fricción o rasurado excesivos</p>	<p>Relacionado con enfermedad</p> <p>Definición: Reacciones debidas a la existencia de enfermedades cutáneas previas o la enfermedad primaria</p>	<p>Infección</p> <p>Definición: Crecimiento de microorganismos patógenos que pueden producir lesión en la piel</p>	<p>Otros</p>

Anexo 2. Guía rápida del proceso de irrigación por colostomía (Disponible en la web de Coloplast)

A. Preparación del material

Paso 1

Recopilar todo el material para la irrigación:

Equipo de irrigación:

- Bolsa contenedora de agua.
- Tubuladura de conexión.
- Cono de irrigación.
- Cinturón y base.
- Manga de recogida de heces.

Otros materiales:

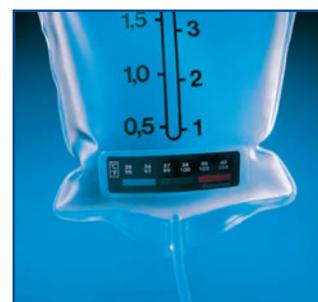
- Lubricante.
- Pinza para cerrar la manga.
- Papel, esponja y jabón.
- Bolsa de basura.
- Dispositivo colector, obturador o minicap.



Paso 2

Preparar el sistema de irrigación:

1. Cerrar la válvula de paso.
2. Llenar de agua la bolsa contenedora:
 - La temperatura del agua ha de estar entre 36-37°C.
 - Utilizar siempre la cantidad de agua prescrita.
3. Comprobar la temperatura.
4. Conectar la tubuladura al cono.
5. Colgar la bolsa a la altura del hombro.
6. Purgar el sistema para evitar la entrada de aire al intestino.



B. Colocación de la manga de irrigación

Paso 1

Retirar el protector adhesivo de la manga.

Paso 2

Adherir la manga al abdomen. Se pueden utilizar mangas de diámetro de 50 y 60 mm que se acoplan a los discos correspondientes.

La manga se puede acoplar:

1. Directamente sobre el abdomen.
2. Sobre la base incluida en el equipo de irrigación ajustada con el cinturón.
3. Sobre el disco del sistema colector de 3 piezas.



Paso 3

Colocarse sobre el WC con la manga introducida en el mismo. Puede realizarse de pie o sentado.

La manga se puede colocar de varias formas :

1. Directamente sobre el WC.
2. Sujetar la parte distal con una pinza.
3. Sujetar la parte distal con el cinturón (enrollándola).



C. Colocación del cono de irrigación

Paso 1

Realizar una digitalización antes de introducir el cono en el estoma.

Paso 2

Lubricar la parte del cono que entra en el estoma.

Paso 3

Sujetar el cono con los dedos para asegurar que no se salga durante la entrada del agua, la digitalización ayuda a conocer la dirección del intestino y relajar la musculatura del estoma y así facilitar la entrada del agua.

Ejercer solo la presión necesaria para sellar la salida del agua.



D. Realización de la irrigación

Paso 1

Abrir la válvula de paso regulando el flujo con el fin de que el agua entre despacio durante 10-20 minutos.

Paso 2

Cuando ha entrado toda el agua cerrar la válvula, mantener el cono unos minutos para evitar un reflujo rápido y retirarlo.

1. La entrada de agua debe durar entre 10-20 minutos.
2. Una vez se retira el cono cerrar la zona superior de la manga.

Recomendaciones:

- Si en el agua no entra, movilizar el cono circularmente dentro del estoma.
- Introducir el agua rápidamente puede ocasionar sensación de plenitud e incluso dolor.



Paso 3

El peristaltismo comienza y el intestino empieza a vaciarse intermitentemente.

Paso 4

Cuando la descarga es abundante, la parte inferior de la manga puede colocarse directamente dentro del WC.

1. El proceso de descarga puede durar entre 60-90 minutos.
2. Durante el proceso hay que ir vaciando la manga de irrigación.
3. Durante el proceso la persona puede andar y movilizarse.

Recomendación:

Si la irrigación no ha sido efectiva no realizarla de nuevo hasta el día siguiente.



E. Finalización de la irrigación

Paso 1

Retirar la manga y desecharla.



Paso 2

Realizar la higiene del estoma y aplicar el dispositivo prescrito.



Paso 3

Limpiar el material y guardarlo para la siguiente irrigación (seguir las normas de conservación del material de irrigación).

1. Si se utiliza la base y el cinturón se retiran y se lavan para la próxima irrigación.
2. Después, la persona puede utilizar el dispositivo habitual, un obturador o una bolsa minicap.



El material de irrigación es reembolsable por el SNS.
Para la prescripción es necesario el código nacional (CN).
Prever la demanda antes del fin de existencias.

Anexo 3. Diario de seguimiento de la irrigación en colostomías

Diario de seguimiento: irrigación en colostomías				
Fecha:	Hora de inicio:		Hora de finalización:	
Valoración				
Tipo de heces	Sólidas <input type="checkbox"/>	Pastosas <input type="checkbox"/>	Semilíquidas <input type="checkbox"/>	Líquidas <input type="checkbox"/>
Nº de deposiciones al día:		Dispositivo:		
Proceso de la irrigación				
Cantidad de agua:		Periodicidad:		
Realización de la irrigación:		Solo <input type="checkbox"/> Con ayuda <input type="checkbox"/>		
Proceso de la irrigación (*):				
Resultado de la irrigación (*):				
Complicaciones de la irrigación (*):				

* Registre todas las incidencias que se produzcan durante el proceso de cada irrigación a través de la colostomía, tanto en el momento de realizarla como durante el día de la forma más precisa posible (anote dudas, dificultades, complicaciones, pensamientos, sensaciones...).

Anexo 4. Registro de la irrigación en colostomías

(Disponible en la web de Coloplast)

Irrigación en colostomías - Día 1				
Fecha:				
HC:	Nombre:	Apellido 1:	Apellido 2:	
Edad:	Sexo:	Diagnóstico Médico:		Fecha IQ:
Valoración				
Tipo de colostomía				
Temporalidad	Temporal <input type="checkbox"/>	Definitiva <input type="checkbox"/>		
Estoma	Redondo <input type="checkbox"/>	Ovalado <input type="checkbox"/>	Diámetro (mm):	
Color	Rojo <input type="checkbox"/>	Pálido <input type="checkbox"/>	Rojo oscuro <input type="checkbox"/>	De gris a negro <input type="checkbox"/>
Elevación	Normal <input type="checkbox"/>	Alineado <input type="checkbox"/>	Retraído <input type="checkbox"/>	Prolapsado <input type="checkbox"/>
Otros aspectos	Saludable <input type="checkbox"/>	Tirante <input type="checkbox"/>	Desgarrado <input type="checkbox"/>	Granulomas <input type="checkbox"/>
Unión mucocutánea	Intacta <input type="checkbox"/>	Separada <input type="checkbox"/>		
Piel periestomal				
- Integridad	Íntegra <input type="checkbox"/>	Eritematosa <input type="checkbox"/>	Irritada <input type="checkbox"/>	Ulcerada <input type="checkbox"/>
- Color	Saludable <input type="checkbox"/>	Eritema <input type="checkbox"/>	Contusionada <input type="checkbox"/>	Puntuación Escala DET:
- Turgencia	Normal <input type="checkbox"/>	Flácida <input type="checkbox"/>	Firme <input type="checkbox"/>	
Tipo de heces	Sólidas <input type="checkbox"/>	Pastosas <input type="checkbox"/>	Semilíquidas <input type="checkbox"/>	Líquidas <input type="checkbox"/>
Nº de deposiciones al día				
Dispositivo habitual				
Cuidado del estoma	Autónomo <input type="checkbox"/>		Con ayuda <input type="checkbox"/>	
Definir limitaciones en el cuidado				
Complicaciones				
Cumple criterios de inclusión en programa de irrigación			Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Tipo de irrigación	Continencia <input type="checkbox"/>	Terapéutica <input type="checkbox"/>	De limpieza <input type="checkbox"/>	Control de esfínteres <input type="checkbox"/>
Intervenciones				
Describir el proceso de la irrigación	<input type="checkbox"/>			
Proporcionar el nombre y los códigos del material	<input type="checkbox"/>			
Proporcionar material didáctico de soporte	<input type="checkbox"/>			
Proporcionar diario de seguimiento	<input type="checkbox"/>			
Consejo dietético	<input type="checkbox"/>			
Observaciones				

Irrigación en colostomías - Día 2

Fecha:

HC:

Nombre:

Apellido 1:

Apellido 2:

Edad:

Sexo:

Diagnóstico Médico:

Fecha IQ:

Valoración

Hay cambios en el estoma:				
Temporalidad	Temporal <input type="checkbox"/>	Definitiva <input type="checkbox"/>		
Hay cambios en la periestomal				
Puntuación Escala DET				
Estoma	Redondo <input type="checkbox"/>	Ovalado <input type="checkbox"/>	Diámetro (mm):	
Tipo de heces	Sólidas <input type="checkbox"/>	Pastosas <input type="checkbox"/>	Semilíquidas <input type="checkbox"/>	Líquidas <input type="checkbox"/>
Nº de deposiciones al día				
Dispositivo				
Proceso de la irrigación				
Problemas con el material	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Definir:	
Problemas técnicos	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Definir:	
Dificultad al insertar el cono	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Definir:	
Dificultad en la entrada de agua	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Definir:	
Retención de agua	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Definir:	
Realización de la irrigación	Autónomo <input type="checkbox"/>	Con ayuda:	Cuidador <input type="checkbox"/>	Profesional <input type="checkbox"/>
Cantidad de agua			Periodicidad:	
Resultado de la irrigación:				
Complicaciones de la irrigación	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Definir:	

Diario de seguimiento

--

Observaciones

--

Irrigación en colostomías - Día 3			
Fecha:			
HC:	Nombre:	Apellido 1:	Apellido 2:
Edad:	Sexo:	Diagnóstico Médico:	Fecha IQ:
Valoración			
Hay cambios en el estoma:			
Temporalidad	Temporal <input type="checkbox"/>	Definitiva <input type="checkbox"/>	
Hay cambios en la periestomal			
Puntuación Escala DET			
Estoma	Redondo <input type="checkbox"/>	Ovalado <input type="checkbox"/>	Diámetro (mm):
Tipo de heces	Sólidas <input type="checkbox"/>	Pastosas <input type="checkbox"/>	Semilíquidas <input type="checkbox"/> Líquidas <input type="checkbox"/>
Nº de deposiciones al día			
Dispositivo			
Proceso de la irrigación			
Problemas con el material	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Definir:
Problemas técnicos	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Definir:
Dificultad al insertar el cono	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Definir:
Dificultad en la entrada de agua	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Definir:
Retención de agua	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Definir:
Realización de la irrigación	Autónomo <input type="checkbox"/>	Con ayuda:	Cuidador <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/>
Cantidad de agua			Periodicidad:
Resultado de la irrigación:			
Complicaciones de la irrigación	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Definir:
Diario de seguimiento			
Observaciones			

Irrigación en colostomías - Día 4

Fecha:

HC:

Nombre:

Apellido 1:

Apellido 2:

Edad:

Sexo:

Diagnóstico Médico:

Fecha IQ:

Valoración

Hay cambios en el estoma:				
Temporalidad	Temporal <input type="checkbox"/>	Definitiva <input type="checkbox"/>		
Hay cambios en la periestomal				
Puntuación Escala DET				
Estoma	Redondo <input type="checkbox"/>	Ovalado <input type="checkbox"/>	Diámetro (mm):	
Tipo de heces	Sólidas <input type="checkbox"/>	Pastosas <input type="checkbox"/>	Semilíquidas <input type="checkbox"/>	Líquidas <input type="checkbox"/>
Nº de deposiciones al día				
Dispositivo				
Proceso de la irrigación				
Problemas con el material	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Definir:	
Problemas técnicos	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Definir:	
Dificultad al insertar el cono	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Definir:	
Dificultad en la entrada de agua	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Definir:	
Retención de agua	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Definir:	
Realización de la irrigación	Autónomo <input type="checkbox"/>	Con ayuda:	Cuidador <input type="checkbox"/>	Profesional <input type="checkbox"/>
Cantidad de agua			Periodicidad:	
Resultado de la irrigación:				
Complicaciones de la irrigación	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Definir:	

Diario de seguimiento

--

Observaciones

--

Alterna® - Sistema de irrigación



Alterna® Irrigación

Sistema de irrigación.

Indicado para pacientes colostomizados con heces sólidas.



Producto	Aro	Código Nacional	Referencia	Estoma (Ø mm)
Sistema		463380	12830	-

Presentación, 1 Set: compuesto por bolsa de agua provista de termómetro, 1 válvula reguladora, 1 cono, 10 mangas de irrigación, 1 cinturón regulable, 1 base de cinturón y 1 neceser.

Producto	Aro	Código Nacional	Referencia	Estoma (Ø mm)
Mangas	40 mm	483248	12834	10-35
	50 mm	483255	12835	10-45
	60 mm	464362	12836	10-55

Presentación: 30 unidades

Producto	Aro	Código Nacional	Referencia	Estoma (Ø mm)
Base cinturón	60 mm	461756	12820	-

Presentación: 1 unidad

Dispensable por el Sistema Nacional de Salud

