

Irrigación de la colostomía para mantener la continencia: un antiguo método recuperado



Carole Bauer, MSN, RN, ANP-BC, OCN, CWOCN;
Mary Arnold-Long, MSN, RN, ACNS-BC, CRRN, CWOCN-AP,
y Dea J. Kent, DNP, RN, NP-C, CWOCN

La IRRIGACIÓN DE LA COLOSTOMÍA (IC), procedimiento semejante a un enema, es la instilación de líquido en el colon para provocar la evacuación de las heces. La IC es una opción segura para el cuidado intestinal de aquellos pacientes con una colostomía descendente o sigmoidea y sin contraindicaciones relativas. Los pacientes que utilizan la IC presentan mejor calidad de vida con menos repercusiones en la intimidad, la espiritualidad, el trabajo y los viajes^{1,2}.

Durante muchos años, antes de la aparición de los actuales sistemas de bolsas inodoras, a las personas con colostomías sigmoidea y descendente permanentes se les enseñaba la IC como una opción de manejo. Sin embargo, el uso de la IC como opción de manejo de estas colostomías fue relegándose. Este artículo explica por qué la IC cayó en desuso, quién puede beneficiarse de ella y qué debe enseñarse a los pacientes en quienes estaría indicada.

Una mirada al pasado

En la década de 1920, se desarrolló la IC para que las personas con una colostomía sigmoidea o descendente permanente pudieran mantener un nivel de continencia³. Se mantuvo como técnica estándar de manejo hasta la década de 1980 y consistía en la inserción de un catéter a través del estoma creado en la colostomía, para permitir que el líquido, por lo general agua corriente, fluyera dentro del colon para estimular la evacuación de las heces⁴.

En 1967, Meeker et al. notificaron cuatro casos de perforación intestinal causada por el uso de un catéter para la IC. Esto condujo al desarrollo del cono de irrigación, que todavía se utiliza para llevar a cabo la IC hoy día. Sin embargo, por diversos motivos, a muchos pacientes que son candidatos para la IC no se les instruye en esta técnica.

Cobb et al. realizaron una encuesta entre un grupo de enfermeras especializadas en la cura y prevención de escaras y heridas crónicas para establecer el nivel de conocimiento sobre la IC⁵. Como parte del estudio, encontraron muchas razones por las cuales estas enfermeras habían dejado de instruir

a los pacientes en IC, incluyendo las siguientes creencias, muchas de las cuales carecen de fundamento:

- La IC no es ningún procedimiento con indicación médica.
- La IC no es una práctica basada en la evidencia.
- La IC conlleva riesgos para el paciente.
- A los pacientes se les da de alta del hospital antes que pueda instruírseles en la IC.
- La formación no puede llevarse a cabo en el domicilio del paciente.
- Al tener que realizar cambios en el equipo, utilizar la bolsa es más fácil que la IC.
- Los pacientes se niegan a realizar la IC.
- La IC requiere demasiado tiempo.
- La realización de la IC incrementa los gastos.

Ventajas de la irrigación de la colostomía

Al contrario de muchos de estos supuestos, la IC tiene numerosos beneficios potenciales. Por ejemplo, las personas con una colostomía permanente han notificado que la IC puede remediar el uso de un sistema de bolsa externa. La IC también mejora la sensación de bienestar de la persona y puede ayudar a resolver problemas como ansiedad, depresión e incertidumbre. Al parecer, la IC tiene una repercusión positiva en problemas sociales como establecer y mantener relaciones íntimas. También tiene una repercusión positiva en los retos espirituales y ocupacionales. La IC disminuye el olor y el flato, y facilita el sueño,

la alimentación y la realización de viajes. Aquellas personas que llevan a cabo la IC poseen mejor calidad de vida relacionada con la salud en comparación con los que manejan su colostomía mediante evacuación espontánea^{1,2}.

Contraindicaciones

En este momento, la mejor evidencia indica que a los pacientes con colostomía descendente o sigmoidea se les debe dar la posibilidad de aprender la IC, con algunas excepciones; por ejemplo:

- Tratamiento de quimioterapia en curso.
- Síndrome del intestino irritable.
- Lesión después de la radiación al intestino.
- Enfermedad de Crohn.
- Diverticulitis.
- Hernia peristomal¹.

Otros factores que pueden limitar la capacidad del paciente para realizar la IC son mala visión, poca destreza manual y alteración de la agudeza mental¹.

Puesto que se tienen que haber formado heces para que la IC sea satisfactoria, debe interrumpirse la IC si se producen episodios de diarrea relacionados con molestias gastrointestinales, radiación o quimioterapia.

Enseñanza al paciente

La opción de la IC debe ofrecérsele al paciente una vez que este se haya recuperado del postoperatorio y haya vuelto al patrón intestinal previo. La IC puede enseñarse en el domicilio del paciente o en una clínica de colostomía.

Explique a los pacientes que el agua corriente tibia se instala mediante el uso de un sistema de conos cada 24-48 horas para evacuar las heces del colon (véase el cuadro *Equipo necesario para la irrigación de la colostomía*). A lo largo de los años se han ido estudiando muchos líquidos para establecer si había alguno más adecuado para la IC que el agua corriente; por ejemplo, polietilenglicol, trinitrato de gliceril, prostaglandina F_{2α}, bisacodilo y prostaglandina E₂. No se encontró que ninguno funcionara mejor que el agua corriente, que es rentable y fácilmente obtenible⁶⁻⁹.

Algunos pacientes pueden optar por realizar la IC cada 72 horas, pero este plazo aumenta el riesgo de derrame de heces entre irrigaciones. La queja más común acerca de la IC es el tiempo que se tarda en completar el procedimiento. El retorno de las heces y la solución de irrigación puede durar de 30 a 90 minutos¹⁰.

Al instruir a un paciente en la IC, las enfermeras deben seguir un enfoque progresivo del procedimiento, comenzando con la obtención de los equipos y materiales necesarios: un cono irrigador y una bolsa de irrigación, una manga de irrigación (ya sea un tipo adhesivo de una sola pieza o una que encaje en la brida de la oblea de la colostomía), agua corriente tibia (aproximadamente, a 37 °C), lubricante soluble en agua si así se desea y un nuevo sistema de bolsa. Si no se dispone de lubricante, se puede utilizar agua corriente o mucosidad del estoma.

El paciente llena la bolsa de irrigación con el volumen de líquido deseado (por lo general, de 500 a 750 ml de agua corriente tibia), conecta el cono al final del tubo de irrigación y prepara el tramo de tubo. A continuación, el paciente fija el manguito de irrigación a la oblea o a su propio cuerpo (véase el cuadro *Paciente con una manga de irrigación de la colostomía*). Explique al paciente que coloque la bolsa de irrigación a la altura de los hombros para permitir que el fluido circule libremente hacia el estoma y que luego se siente en el inodoro o al lado de este.

A continuación, el paciente lubrica el cono del estoma, suavemente lo coloca en el estoma y abre la pinza del tubo para permitir que el líquido de irrigación salga de la bolsa (véase el cuadro *Inserción de un cono de irrigación de la colostomía en el estoma*). Si el líquido no fluye, el paciente debe volver a colocar suavemente el cono.

Si se producen calambres durante la instilación, el paciente debe detener el flujo hasta que haya pasado el calambre y, a continuación, reanudar la instilación.

Equipo necesario para la irrigación de la colostomía

La manga de irrigación (izquierda) se coloca sobre el estoma; el sistema de irrigación con un cono (derecha) se utiliza para instilar la solución de irrigación.



Paciente con una manga de irrigación de la colostomía



Una vez que se ha perfundido todo el volumen, el cono debe mantenerse en su lugar hasta que los calambres comiencen de nuevo o, por lo menos, durante 5 minutos. Esto permite que el colon se distienda y se estimule el peristaltismo. Después se retira el cono y el paciente espera el retorno inicial del líquido de irrigación y las heces.

Puesto que se produce un retorno secundario de líquido y heces, muchos pacientes cierran manualmente la bolsa y caminan o toman una bebida caliente, que estimula el peristaltismo. Otros pacientes permanecen en el inodoro. Este retorno

secundario de líquido y heces puede tardar de 30 a 90 minutos en finalizar.

Una vez que cesan de llegar heces procedentes del estoma, se sustituye el sistema de bolsa o se cubre el estoma. El equipo de irrigación se limpia con agua tibia y jabón para ser reutilizado posteriormente. La guía actual de Medicare considera que debe utilizarse un equipo de irrigación cada 3 meses, cuatro mangas al mes y 120 ml de lubricante al mes¹⁰.

Los pacientes pueden optar por dejar de realizar la IC en cualquier momento sin efectos desfavorables. Sin embargo,

es posible que necesite consultar con su médico o enfermera especialista si sufren estreñimiento¹¹. Es posible que necesiten un laxante emoliente o cualquier laxante estimulante. De acuerdo con Grant et al., nadie de los que optaron por dejar la IC se quejó de ningún problema al cambiarse a la evacuación natural¹².

No descartar otras opciones

Al enseñar la IC a los pacientes apropiados, las enfermeras pueden ofrecerles otro método de manejo de la colostomía y tal vez mejorar su calidad de vida. ■

BIBLIOGRAFÍA

1. Kent DJ, Long MA, Bauer C. Does colostomy irrigation affect functional outcomes and quality of life in persons with a colostomy? *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2015;42(2):155-161.
2. Carlsson E, Gyllin M, Nilsson L, Svensson K, Alverslid I, Persson E. Positive and negative aspects of colostomy irrigation: a patient and WOC nurse perspective. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2010;37(5):511-516.
3. Meeker WR Jr, Mittelman A, Grace JT Jr. Perforation of the colon—a hazard of colostomy irrigation: report of four cases. *Dis Colon Rectum.* 1967;10(2):146-149.
4. Doughty DB. History of ostomy surgery. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2008;35(1): 34-38.
5. Cobb MD, Grant M, Tallman NJ, et al. Colostomy irrigation: current knowledge and practice of WOC nurses. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2015;42(1):65-70.
6. O'Bichere A, Green C, Phillips RK. Randomized cross-over trial of polyethylene glycol electrolyte solution and water for colostomy irrigation. *Dis Colon Rectum.* 2004;47(9):1506-1509.
7. Karadag A, Ayaz S, Montes BB. The effect of glyceryl trinitrate on irrigation time and patient satisfaction. *ANZ J Surg.* 2007;77(10):917-918.
8. Christensen U, Kjaergaard J, Stadil F. Colostomy irrigation with prostaglandin F 2 alpha. *Dis Colon Rectum.* 1982;25(5):429-430.
9. Kjaergaard J, Christensen U, Stadil F, Anderson B. Colostomy irrigation with prostaglandin E2 and bisacodyl. A double-blind cross-over study. *Br J Surg.* 1984;71(7):556-557.
10. Kent DJ, Arnold Long M, Bauer C. Revisiting colostomy irrigation: a viable option for persons with permanent descending and sigmoid colostomies. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2015;42(2):162-164.
11. Carmel JE. Specific patient management issues. In: Carmel JE, Colwell JC, Goldberg MT, eds. *Core Curriculum: Ostomy Management*. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer; 2016:140-147.
12. Grant M, McMullen CK, Altschuler A, et al. Irrigation practices in long-term survivors of colorectal cancer with colostomies. *Clin J Oncol Nurs.* 2012;16(5):514-519.

Inserción de un cono de irrigación de la colostomía en el estoma



Carole Bauer es una enfermera especializada en la cura y prevención de escaras y heridas crónicas del Sistema de Salud de Beaumont en Troy, Michigan. Mary Arnold-Long es una especialista clínica en la cura y prevención de escaras y heridas crónicas, y en continencia del Hospital Roper en Charleston, Carolina del Sur. Dea J. Kent es directora de garantía de la calidad en cuidados a largo plazo y enfermera especializada en la cura y prevención de escaras y heridas crónicas en la Red de Salud de la Comunidad en Fishers, Indiana.

Mary Arnold-Long ha declarado que ha trabajado como consultora y ponente de Mölnlycke, ha ofrecido testimonio experto para Robert Peirce & Associates y Levin & Perconti, ha recibido regalías de PESI Health-Care, ha elaborado ponencias para Vibra Healthcare y ha llevado a cabo un trabajo de investigación para 3M. El resto de autoras declaran no tener ningún conflicto de intereses económicos relacionado con este artículo.