



GUIA DEL RESERVORIO ILEOANAL

REBORN FROM THE ASHES OF DISEASE

UN LIBRO DEL PROCEDIMIENTO DE RESERVORIO ILEOANAL PARA EL PACIENTE

Escrito por:

Georgina M. Chapman R.N. ET

Colorectal Unit Holy Cross Hospital, Calgary District Hospital Group, Calgary, Alberta

Lorraine Sinclair R.N. ET

Foothills Hospital, Calgary, Alberta

Dr. J.M. Langevin, Assistant Professor of Surgery

University of Calgary, Colorectal Unit, Department of Surgery, Calgary District Hospital Group.

Revisado por: Vickie A. Weaver, RN,MSN,CETN,

Rosalia Martin MSN, RN, CNS, CWOCN

Traducción por Robert Aragon

Este libro guía fue producido originalmente con derechos de autor y vendido por "United Ostomy Association" (UOA), la cual fue la organización nacional de ostomía en los Estados Unidos desde 1962 hasta el 2005. UOA se disolvió en Otoño del año 2005 y liberó sus derechos de autor en este material. Copias de este libro guía están ahora disponibles completamente gratis, en forma electrónica, de "United Ostomy Associations of America" (UOAA), la nueva organización nacional de ostomía. UOAA se contacta en:

www.uoaa.org • info@uoaa.org • 800-826-0826

CONTENIDO

INTRODUCCION	3
HISTORIA	4
ANATOMIA DE UN TRACTO DIGESTIVO SALUDABLE	4
INDICACIONES PARA UNA BOLSA ILEOANAL	5
CONTRAINDICACIONES PARA UNA BOLSA ILEOANAL	5
ALTERNATIVAS QUIRURGICAS.	6
ETAPAS	7
RESULTADOS ESPERADOS	8
LA OPERACION DE DOS ETAPAS.	9
Etapa Uno	9
Antes de Tu Cirugía.	9
La Operación.	10
¿Que es una lleostomía?	11
Periodo Postoperatorio.	11
Cuidado de tu lleostomía	12
Deshidratacion y Desequilibrio electrolitico	16
Drenaje Rectal.	16
Complicaciones Posibles	16
Preparación para ser dado de alta	17
Recordatorios Especiales	17
Asuntos Dietéticos	18
Recomendaciones Miscelaneas	19
Seguimiento de la Primera Operación	19
Etapa Dos (Cierre de la lleostomía)	20
La Operación.	21
Periodo Postoperatorio.	21
Cuidado de la Piel Perianal.	22
Complicaciones Posibles	22
CONSIDERACIONES CONTINUAS	24
Adaptación de la Bolsa	24
Recomendaciones Dieta.	24
Adaptación Sexual	26
Grupo de Apoyo de la Bolsa Ileoanal.	26
GLOSARIO.	27
BIBLIOGRAFIA.	29
AGRADECIMIENTOS.	30

INTRODUCCION

Cuando los individuos se enfrentan con la posibilidad de una operación para tratar una enfermedad intestinal, naturalmente tienen muchas preguntas e inquietudes. Un buen entendimiento de las alternativas quirúrgicas, los resultados esperados y las posibles complicaciones ayudaran tanto al paciente como al cirujano a escoger la operación más adecuada para un individuo en particular. Este libro fue escrito para el paciente para ayudarlo a entender las opciones quirúrgicas que son actualmente disponibles. En particular, se enfoca sobre el procedimiento del reservorio ileoanal. Esto se conoce comúnmente como el procedimiento de la bolsa pélvica o bolsa en “J” o en “S.”

A través de los últimos diez años, el procedimiento de la bolsa ileoanal ha sido ampliamente aceptado como el procedimiento de elección para ciertos pacientes que requieren tratamiento quirúrgico para la colitis ulcerosa o la poliposis familiar intestinal. La remoción del colon, junto con el revestimiento del recto es curativo para estas enfermedades. La creación de una bolsa interna le permite al individuo recuperar la salud y un estilo de vida normal sin una ileostomía permanente.

Este libro también contiene la información que necesitarás para aprender a cuidarte a ti mismo después de la operación. Por favor mantenlo contigo, especialmente cuando ingreses al hospital, ya que querrás referirte a el a medida que te recuperas de tu operación. Hay páginas en blanco al final de libro donde puedes anotar cualquier pregunta que tengas. También hay un glosario de términos que pueden ser desconocidos para ti para que puedas mejor entender la información en este libro.

HISTORIA

La bolsa ileoanal se ha convertido un emocionante desarrollo en el manejo quirúrgico de los pacientes con Colitis Ulcerosa o Poliposis Familiar Intestinal. Evita la necesidad de un estoma permanente, mantiene la continencia intestinal y es una cura para estas enfermedades.

Tradicionalmente, el tratamiento de elección para los pacientes con colitis ulcerosa era la remoción completa del colon, recto y ano, con la formación de una ileostomía. Sin embargo, a través de los años se han desarrollado alternativas. Estas incluyen remoción total del colon y el recto con una anastomosis ileoanal directa, remoción total del colon con la preservación del recto y una anastomosis ileorectal, y la ileostomía continente o bolsa de Kock. En 1978, el Doctor Alan Parks desarrolló el procedimiento de la bolsa ileoanal que se conoce ampliamente como la bolsa de Park, bolsa pélvica o reservorio ileoanal. En este libro, nuestra referencia será al reservorio ileoanal con la bolsa en “S” o en “J” que son aquellas realizadas más comúnmente en el Grupo Hospitalario del Distrito de Calgary. “Bolsa” y “reservorio” son términos intercambiables que se utilizan en este libro.

ANATOMIA DE UN TRACTO DIGESTIVO SALUDABLE

El tracto digestivo es un tubo hueco que se extiende desde la boca hasta el ano y se encuentra recubierto con una membrana mucosa. A medida que el alimento viaja por este sistema, se le agregan enzimas que desintegran el mismo hacia una forma que puede ser absorbida e utilizada por nuestros cuerpos.

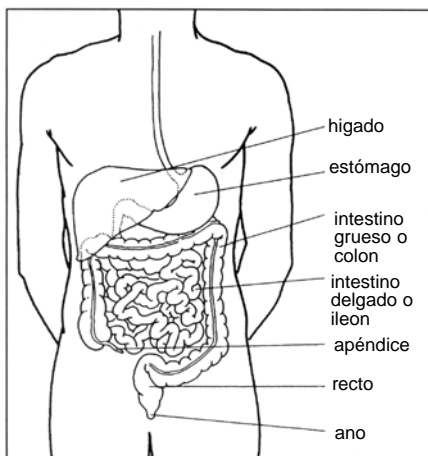


Figure #1

La digestión comienza en la boca, donde se inicia la desintegración mecánica a través de la masticación. El alimento pasa entonces a través del esófago hacia el estómago, donde es desintegrado hacia una forma semi-líquida a través de los movimientos estomacales y la adición de enzimas. En este punto, el alimento es pasado hacia el intestino delgado, el cual se divide en tres secciones. Estas son el duodeno, que mide aproximadamente diez pulgadas, el yeyuno, que mide aproximadamente ocho pies, y el íleon, que mide aproximadamente doce pies. La digestión y absorción de los nutrimentos se lleva a cabo principalmente en el intestino delgado.

Debe notarse que el proceso de la digestión y absorción es casi completo antes de que los productos de la digestión entren al intestino grueso. El intestino grueso mide aproximadamente cinco pies y es el responsable de la absorción de los líquidos y el almacenamiento de las heces. El recto, que mide aproximadamente ocho pulgadas, es principalmente un órgano de eliminación. Las paredes musculares del recto se expanden a medida que se llena de heces, dándote la sensación de querer evacuar. Después de una evacuación el recto se relaja. El recto es una bolsa elástica, como un globo, el cual se expande mientras se llena y se relaja cuando esta vacío. El ano, el cual contiene los músculos necesarios para el control de la continencia es el fin del tracto digestivo.

Es importante recordar que la digestión y absorción de los nutrimentos se lleva a cabo en el intestino delgado. Por lo tanto, si es necesario retirar el intestino grueso debido a una enfermedad, el proceso digestivo normal permanece esencialmente sin cambios.

INDICACIONES PARA UNA BOLSA ILEOANAL

Colitis Ulcerosa - La colitis ulcerosa es una enfermedad inflamatoria del revestimiento del intestino grueso, incluyendo el recto. Los síntomas de esta enfermedad pueden incluir dolor abdominal tipo cólico y diarrea sanguinolenta junto con frecuencia y urgencia. La frecuencia de la diarrea puede ser hasta 25 evacuaciones por día. La enfermedad puede ser crónica o aguda y las personas con colitis ulcerosa tienen un riesgo mayor que el promedio para cáncer.

Poliposis Familiar Intestinal (Poliposis Adenomatosa Familiar) - La poliposis familiar intestinal es una enfermedad de la herencia en la cual el individuo desarrolla una cantidad inusualmente grande de pólipos en el intestino grueso. Los pólipos son pequeñas proyecciones que crecen del revestimiento interno del intestino hacia el lumen. Estas personas demuestran pocos síntomas y la enfermedad se diagnostica en un chequeo de rutina o al seguir a individuos con un riesgo conocido. Si la enfermedad permanece sin tratamiento estas personas tienen un riesgo del 100% de desarrollar cáncer.

En ambas enfermedades solo se ve afectado el revestimiento interno o mucosa del intestino. Debido a que no se afectan las capas subyacentes, incluyendo los músculos, el músculo rectal, el esfínter, y los nervios del ano se pueden preservar. Esto le permite al individuo mantener el control sobre sus evacuaciones.

La motivación personal también es una consideración importante en la selección de los pacientes. Es importante que la persona anhele la oportunidad de evitar una ileostomía permanente. Para lograr esto, el individuo debe estar bien informado y dispuesto a seguir las rutinas necesarias.

CONTRAINDICACIONES PARA UNA BOLSA ILEOANAL

Enfermedad de Crohn - La enfermedad de Crohn es una condición inflamatoria que afecta el tracto digestivo entero, involucrando todas las capas del intestino. Debido al riesgo alto de enfermedad recurrente, no se debe utilizar el intestino delgado para construir el reservorio.

Incontinencia Anal - Los individuos que tienen serios problemas con el control rectal no son candidatos para este procedimiento.

Edad Avanzada - Los resultados óptimos con esta cirugía se han encontrado en el grupo de edad de 20-45 años, donde los individuos generalmente tienen el mejor control del esfínter anal. Esta función será analizada por tu cirujano durante tu valoración inicial.

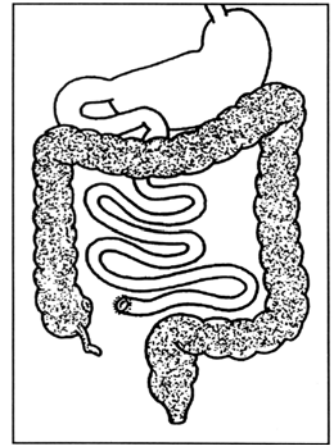
Obesidad - El procedimiento quirúrgico resulta ser más difícil en personas que están grandemente sobrepeso y que tienen una pared abdominal muy gruesa.

ALTERNATIVAS QUIRURGICAS

La colitis ulcerosa y la poliposis familiar intestinal afectan solamente el revestimiento del intestino grueso y, por lo tanto, son curadas por los siguientes procedimientos quirúrgicos.

Proctocolectomía Total con Ileostomía Terminal (figura 3) -

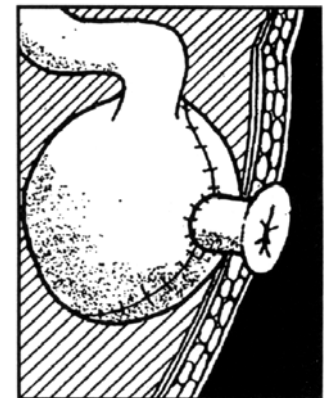
Este procedimiento comprende la remoción completa del intestino grueso, incluyendo el recto y el esfínter anal. Esto resulta en la creación de un estoma permanente y la necesidad de utilizar un aparato externo. Por muchos años esta ha sido una de las pocas opciones disponibles para curar la colitis ulcerosa y la poliposis familiar intestinal. La mayor ventaja de este procedimiento es que generalmente se puede realizar como una operación de una única etapa. Permite volver pronto a la buena salud y las actividades normales.



Porción sombreada removida, Figura #3

Bolsa de Kock (figura 4) - Esta es la remoción completa del intestino grueso, incluyendo el recto y el esfínter anal. Se construye un reservorio interno que debe ser drenado al insertar un catéter a través de un estoma abdominal en forma rutinaria, varias veces al día.

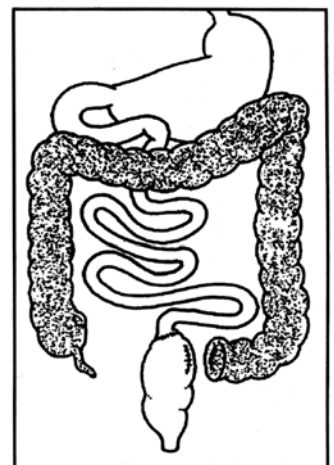
Colectomía Total con Anastomosis Ileorectal (figura 5) - Este procedimiento comprende la remoción completa del intestino grueso. El intestino delgado se conecta después al recto, el cual se ha dejado intacto. La desventaja de este procedimiento es la posibilidad de recurrencia de la enfermedad en el recto. El individuo también requiere vigilancia continua para el riesgo de cáncer rectal.



Bolsa de Kock, Figura #4

Colectomía Total con Anastomosis Ileoanal (pull-through) (figura 6) - Esta es la remoción del intestino grueso por completo y el revestimiento del recto. El intestino delgado se une directamente al ano. La desventaja de este procedimiento es una frecuencia de evacuaciones excesivamente alta que resulta en irritación de la piel perianal.

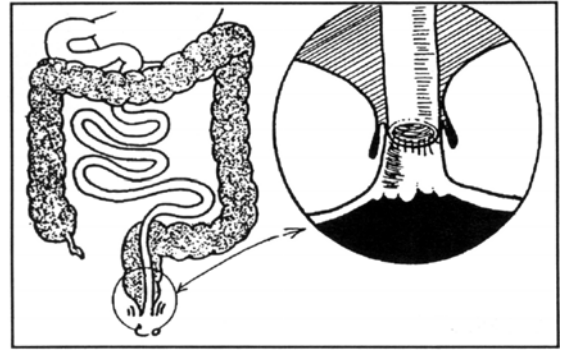
Colectomía Total con Reservorio Ileoanal (figura 7) - Esta es la remoción completa del intestino grueso y el revestimiento interno del recto, dejando una bocamanga rectal. Este procedimiento preserva todos los nervios y músculos necesarios para el control y mantenimiento de la continencia. Este procedimiento es una cura para la colitis ulcerosa y la poliposis familiar intestinal. Se utiliza la última porción del intestino delgado para construir una bolsa interna. Esta bolsa tiene un pequeño tubo que se lleva a través de la bocamanga rectal y se une al ano.



Anastomosis Ileorectal, Figura #5

Esta bolsa puede ser construida en diversas formas. Las bolsas más comúnmente utilizadas son la bolsa en "S" (figuras 8A y 8B) y la bolsa en "J" (figura 9). El cirujano escoge la mejor bolsa para ti durante la operación. Otras configuraciones de bolsa incluyen la bolsa en "W" y el reservorio lateral (lado a lado).

En las más de 200 bolsas ileoanales creadas por los cirujanos colorectales del Grupo Hospitalario del Distrito de Calgary, se ha logrado una tasa de éxito del 93%, y la satisfacción de los pacientes permanece muy alta. Sin embargo, existe la posibilidad de fracasar (7%). La mayoría de los fracasos se deben a un mal diagnóstico (enfermedad de Crohn), enfermedad persistente del intestino delgado (bolsitis) o complicaciones de la operación.



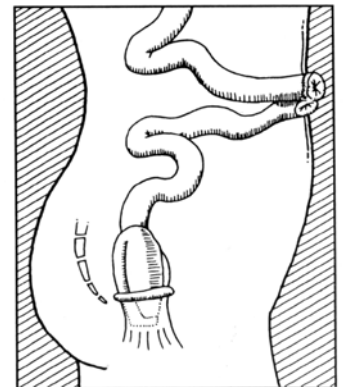
Colectomía Total con Anastomosis Ileoanal, Figura #6, Porción sombreada removida

En esta situación y después de un periodo de prueba de descansar la bolsa o la utilización de un medicamento, puede ser necesaria la cirugía para reparar la bolsa, remover la bolsa y crear una nueva, o convertir a una ileostomía permanente.

ETAPAS

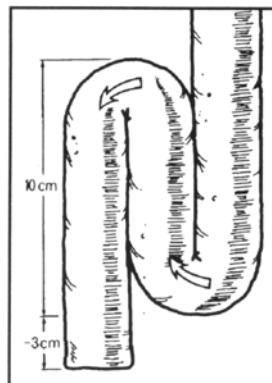
La cirugía para la creación de una bolsa interna o reservorio puede realizarse en una, dos o tres etapas.

Procedimiento de Una Etapa - En un procedimiento de una etapa, se retira el intestino grueso y el revestimiento rectal por completo. El reservorio es creado de los últimos veinte o treinta centímetros del intestino delgado y se une al ano sin una ileostomía temporera. Se ha encontrado también, en el pasado, que cuando se realiza la cirugía sin una ileostomía temporera para permitir que cicatrice la bolsa, hay un mayor riesgo de infección pélvica que generalmente lleva al fracaso de la bolsa. Por lo tanto, raramente se realiza un procedimiento de una etapa.

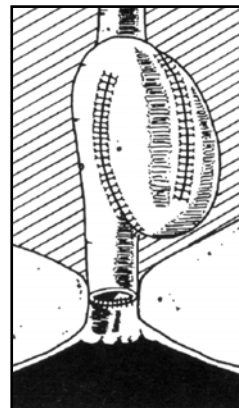


Colectomía Total con Reservorio Ileoanal, Figura #7

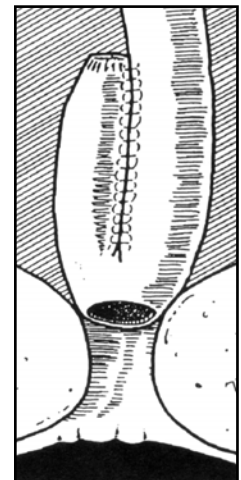
Procedimiento de Dos Etapas - El procedimiento que más se practica es la operación de dos etapas en el cual se remueve el intestino enfermo y la mucosa o revestimiento rectal. Se construye un reservorio a partir de la porción terminal del intestino delgado y el tubo de salida se dirige a través de la bocamanga rectal y se une al ano. Se construye una ileostomía temporera en asa arriba de la bolsa la cual se extrae hasta el nivel de la piel a través de una abertura en el abdomen, separada de la incisión y generalmente en el



Ileon Terminal, Figura #8



Bolsa en "S," Figura #8B



Bolsa en "J." Figura #9

lado derecho. Después de aproximadamente ocho a doce semanas, cuando la bolsa se encuentra sana y a prueba de fugas, se realiza la segunda operación. La ileostomía es llevada hacia abajo y se reestablece la continuidad del intestino. Las heces ahora pasan por el intestino delgado hacia el reservorio y salen por el ano.

Procedimiento de Tres Etapas - En algunos casos de enfermedad severa o si el individuo se encuentra en estado de pobre salud física debido a enfermedad prolongada o si está con dosis altas de esteroides (un medicamento utilizada para tratar la colitis ulcerosa), el cirujano puede preferir operar en tres etapas. En la primera etapa, se removerá el intestino grueso, dejando el recto intacto. Se creará una ileostomía terminal. En la segunda etapa se removerá el revestimiento del recto inferior y se removerá el recto superior por completo. Se creará un reservorio, el cual se llevará a través del recto y se cocerá al ano. En esta ocasión se hará una ileostomía en asa en el sitio de la ileostomía terminal original. Después de aproximadamente ocho a doce semanas se quita la ileostomía y el paciente comenzará a utilizar el reservorio.

La decisión sobre el tipo de cirugía que tendrás, de Una, Dos o Tres Etapas, será hecha por tu cirujano y comentada contigo. Realizar la operación en dos o tres etapas le da a la persona la oportunidad de vivir temporeraamente con un estoma. El tiempo pasado cuidando y viviendo con un estoma le ofrece a la persona una perspectiva adicional en cuanto a la alternativa primaria del procedimiento del reservorio ileoanal.

RESULTADOS ESPERADOS

Probablemente estás pensando sobre como todo esto te afectará a ti y a tu estilo de vida! Tu recuperación será prolongada comparada con aquellos que tienen una ileostomía convencional debido a las dos etapas de cirugía que requieres. También habrá un periodo de adaptación de tu nuevo reservorio. Esta adaptación al reservorio se refiere a los cambios que ocurren después de tu segunda operación a medida que aumenta el tamaño de la bolsa y disminuye el número de evacuaciones por día. Eventualmente, la mayoría de los pacientes tienen 4 a 6 evacuaciones por día, tienen buen control y no sufren de incontinencia nocturna. Sin embargo, inicialmente puede haber hasta 20 evacuaciones por día con algunos problemas de control y la necesidad de levantarse varias veces por noche. Todo esto mejora con el tiempo a medida que la bolsa aumenta gradualmente de tamaño de 300-600 cc's.

Es importante recordar que el tiempo que pasa desde tu cirugía hasta la adaptación completa a la bolsa puede ser hasta un año. Sin embargo, durante este tiempo podrás volver a tu trabajo y actividades previas. Esto se deberá a tus nuevos sentimientos de salud y bienestar tras la remoción de tu intestino grueso enfermo. Es muy importante practicar la perseverancia, tolerancia y paciencia con un poco de buen humor durante este periodo de ajustamiento personal y adaptación a la bolsa.

LA OPERACIÓN DE DOS ETAPAS

Esta guía desglosará los puntos específicos de tu reservorio ileoanal. Recibirás información general relevante a tu cirugía por las enfermeras encargadas al ingresar al hospital.

ETAPA UNO

Este término se refiere a tu primera operación. Probablemente estarás en el hospital diez a catorce días.

ANTES DE TU CIRUGÍA

La visita inicial con tu Enfermera de Terapia Enteroostomal (TE) se lleva a cabo poco después de que ingreses al hospital. Sin embargo, puedes ser referido, por tu médico, para visitar a tu enfermera TE antes de tu ingreso al hospital. Esta visita antes de, o durante tu estancia hospitalaria esta diseñada para ser una sesión informativa. Está diseñada para ayudarte a tomar decisiones y para responder varias de tus preguntas y calmar tu miedo. En cualquier caso, tus padres, cónyuge, o algún otro ser querido son más que bienvenidos a estar presentes para tu instrucción preoperatoria. Se harán los arreglos para que recibas una visita de una persona de tu propia edad y sexo que ha tenido la operación. También recibirás libros y folletos para leer que serán útiles.

Enseñanza Preoperatoria

1. Un repaso de la anatomía y fisiología del tracto digestivo. (su apariencia y como funciona.)
2. Una descripción de las características del estoma y que esperar en cuanto a la función.
3. Una demostración tratante a los materiales de ostomía disponibles, su aplicación, fuente y costo.
4. Una charla sobre el efecto que tendrá una ileostomía temporera sobre tu dieta, medicamentos, higiene, sexualidad y la vida cotidiana en general.
5. Una vista de antemano de lo que debes esperar en cuanto a tubos, catéteres y bolsas cuando despiertes de la cirugía.
6. En esta ocasión, la enfermera TE marcará un sitio en tu abdomen donde estará el estoma. Te pedirá que te acuestes, te sientes y te pongas de pie, mientras observa los cambios en tu abdomen con respecto a los pliegues y cicatrices. Generalmente escogerá un sitio en el cuadrante inferior derecho que puedas ver adecuadamente para un fácil manejo. La marca está usualmente por debajo de la cintura para que las líneas de la cintura y los cinturones de la ropa no interfieran con el estoma o la bolsa. El estoma estará marcado con un pequeño tatuaje que no se despintará con el lavado durante la preparación cutánea preoperatoria y que será fácilmente identificado por el cirujano en el quirófano.

7. Preparación preoperatoria probable. Al ingresar al hospital se te realizará una radiografía de tórax y un ECG (estudio del corazón). Te sacarán sangre para hacer análisis de laboratorio y te solicitarán una muestra de orina. Te darán una preparación intestinal para vaciar el intestino de heces. Esta generalmente es dada en la forma de Citrato de Magnesio o GoLytely, una botella grande de laxante líquido que deberás tomar por completo. Esto con el propósito de tener el intestino lo más limpio posible para disminuir el riesgo de infecciones postoperatorias. Cumplirás con una dieta líquida por dos días hasta la medianoche la noche antes de la cirugía y luego no podrás tomar o comer nada hasta después de la operación.

Como requisito tomarás un baño con un jabón antibacteriano especial la noche antes y la mañana de la operación. Tu abdomen puede o no ser afeitado. Esto será en el piso de hospitalización o en el quirófano.

Te canalizarán con una línea intravenosa la tarde antes de tu cirugía. Esto previene la deshidratación antes y durante la cirugía. Esta también permanecerá en su lugar por varios días después de la cirugía, hasta que puedas ingerir líquidos por vía oral. Antes de ir a la cirugía, se dan antibióticos por vía IV para disminuir los riesgos de infección después de la cirugía. En el quirófano, se coloca un tubo hacia tu vejiga para recolectar y cuantificar la cantidad de orina formada y la función renal. Este catéter permanece en su lugar por tres a cuatro días y te alivia de la incomodidad de tener que salir de la cama para vaciar la vejiga en los primeros días después de la cirugía. Mientras estés en el quirófano, se colocará una sonda nasogástrica que pasará por tu nariz, a través de tu garganta y hasta tu estómago. Este tubo retira las secreciones de tu estómago que pueden causar náuseas y vómitos postoperatorios.

LA OPERACIÓN

La duración de la cirugía varía de paciente a paciente y es determinada por su condición general y que tan complicada es la cirugía. Generalmente tarda de 2-3 horas y se compone de los siguientes pasos.

1. A través de una incisión que va desde dos pulgadas arriba del ombligo hasta justo por encima del hueso púbico, se remueven el intestino grueso por completo y el recto superior. En este momento se explora la cavidad abdominal por completo.

2. A través del ano, se remueve el revestimiento del recto junto con una porción del mismo, dejando intacto el ano por completo y una bocamanga rectal de cinco a siete centímetros. Esto preserva los nervios y músculos (esfínteres) necesarios para el control voluntario de las evacuaciones.

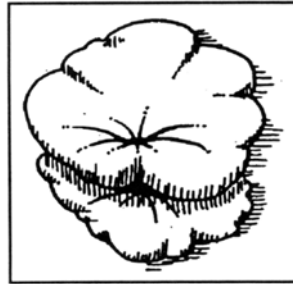
3. Se construye un reservorio a partir de la porción terminal del intestino delgado. Este será una bolsa en "S" o en "J" de acuerdo a la valoración del cirujano. La terminación del reservorio se lleva a través de la bocamanga rectal y se sutura al ano.

4. Finalmente, para permitir que todas las líneas de suturas en la bolsa y el ano se cicatricen adecuadamente, se construirá una ileostomía temporera. Esta será una ileostomía en asa o dividida (terminal).

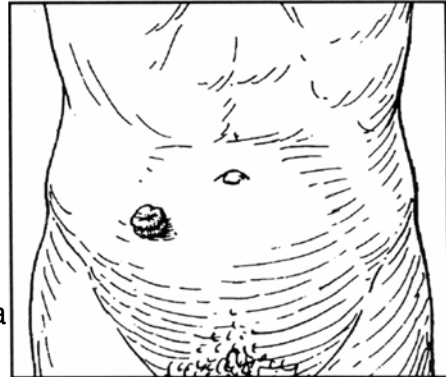
¿QUÉ ES UNA ILEOSTOMÍA?

Una ileostomía es una abertura en el intestino delgado que se lleva a través de la piel como un estoma (una palabra Griega que significa boca). (Figuras 10 y 11)

En tu cirugía, se extrae a la superficie o una terminación del intestino delgado o un asa del mismo a través de una incisión circular separada. El intestino es volteado sobre si mismo, como una bocamanga, y es suturado a la piel. Por lo tanto, cuando miras tu estoma estás viendo realmente el interior de tu intestino y porque tiene buen aporte sanguíneo, es de color rojizo. El intestino se encuentra revestido por una membrana mucosa por lo cual el estoma se ve húmedo y brillante. Sin embargo, debido a que no hay nervios en el revestimiento intestinal, no hay sensación en el estoma y no hay dolor cuando se toca.

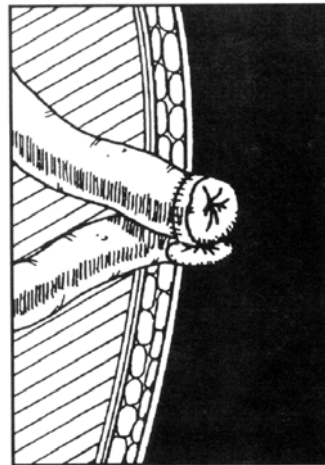


Estoma de Ileostomía en Asa, Figura #10

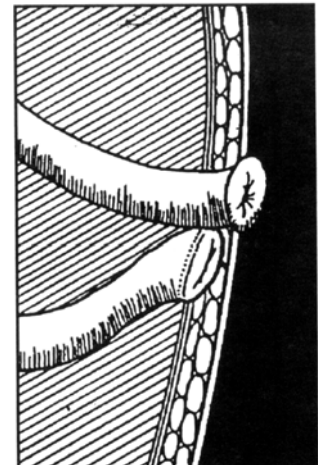


Posición del Estoma, Figura #11

Una ileostomía temporera en asa saldrá como media pulgada y tendrá dos aberturas. Una abertura está a nivel de la piel, y lleva hacia la bolsa pélvica y no funciona. La abertura superior está por encima del nivel de la piel y es la abertura de la cual se vacía el contenido intestinal hacia el aparato externo.



Ileostomía en Asa, Figura #12



Ileostomía Terminal, Figura #13

En el caso de una operación de tres etapas, la primera etapa implica únicamente la remoción del intestino grueso. El recto y el ano se dejan intactos. La ileostomía que es creada entonces es una ileostomía terminal con una sola abertura que funciona para pasar las heces hacia un aparato externo.

PERIODO POSTOPERATORIO

1. Tubos de Drenaje

Mientras despiertas encontrarás tres tubos adicionales a aquellos ya mencionados (sonda nasogástrica y catéter urinario). Algunos de estos son drenajes abdominales que son necesarios para remover colecciones de líquido en el área operatoria y para promover la cicatrización del tejido. Estos drenajes se extraen a través de pequeñas incisiones en el abdomen inferior. También habrá una sonda rectal colocada hacia la

misma bolsa a través del ano para drenar la bolsa. Todos estos serán retirados dentro de los primeros días.

2. Progresión de la Dieta

La función normal del intestino se le llama peristalsis, un proceso por el cual al alimento y las heces se pasan a lo largo del tracto digestivo. Después de una operación abdominal, demora algunos días para que reinicie la peristalsis, y durante este tiempo no podrás tomar o comer nada. Se te aportarán nutrimentos por la línea intravenosa. Una vez que regrese la actividad intestinal comenzarás a pasar gas y heces al aparato. Ahora será removida la sonda nasogástrica y comenzarás a ingerir líquidos por la boca. Tu dieta incrementará gradualmente.

3. Asesoría del Estoma

En el periodo postoperatorio inmediato tu enfermera TE o enfermera de cabecera analizará tu estoma para verificar que esté sano y adecuadamente medido con un aparato postoperatorio. Inicialmente, el estoma estará hinchado, pero esto se quitará gradualmente y el estoma disminuirá de tamaño. Después de pocos días, cuando tu abdomen esté menos sensible, tu TE seleccionará el sistema de bolsa con el cual irás a casa y donde comenzará la enseñanza de tu autocuidado. Dicho sistema, el cual es medido especialmente a tu estoma, está diseñado para contener las heces en una bolsa a prueba de olores y para proteger tu piel de la irritación.

4. Función de la Ileostomía

Las ileostomías construidas con un reservorio ileoanal están localizadas más superiores en el intestino que las ileostomías terminales y producirán un desecho (heces) más líquido. La mayoría de los pacientes tendrán que vaciar su aparato de seis a ocho veces en un periodo de 24 horas. Este desecho es rico en enzimas digestivas que son proteínas que desintegran a otras sustancias. Estas pueden causar irritación a la piel alrededor del estoma y hacen necesario un buen cuidado de la piel.

5. Drenaje Rectal

Una de las funciones normales del intestino es producir moco para lubricar el pasaje de las heces. Aunque la bolsa nueva no es funcional hasta después de la segunda cirugía, el moco se continúa produciendo. Ya que hay bastante manipulación del canal anal durante la cirugía, no es poco común tener un periodo temporero de incontinencia intestinal (falta de control rectal). Esta incontinencia es el pasaje de moco producido por el intestino y no de heces. Esto es especialmente molesto durante la noche, pero su frecuencia suele disminuir para la segunda operación.

CUIDADO DE TU ILEOSTOMIA

Aunque sabías desde el principio que tendrías una ileostomía, toma tiempo ajustarte a la presencia de un estoma y tu función intestinal alterada e imagen corporal. Es normal sentirse aprensivo sobre utilizar una bolsa externa, aunque probablemente será una situación temporera. Mientras que estás en el hospital, se te dará la información necesaria para ayudarte a vivir con tu estoma. Esta información

incluye asesoría del estoma, cuidado de la piel, aplicación de la bolsa, dieta, control del olor, ejercicio y actividad. También aprenderás donde obtener tus materiales al ser dado de alta del hospital y los gastos esperados.

1. Cuidado de la Piel Periestomal

La principal preocupación de una persona con una ileostomía es la protección de la piel rodeando el estoma (piel periestomal). La piel debe mantenerse limpia, seca e intacta. Las tres fuentes principales de lesión a la piel periestomal son: desecho de la ileostomía, adhesivos de la bolsa y posibles reacciones hacia los productos de cuidado de la piel.

Es esencial proteger la piel periestomal del desecho de la ileostomía. Tu enfermera TE hará la evaluación inicial de tu estoma y escogerá el mejor aparato para ti. Tu aparato debe ser medido cuidadosamente y requerirá ajustamiento a medida que el estoma disminuye de tamaño o si hay un gran cambio de peso.

Tu aparato de ileostomía se mantiene en su lugar alrededor de tu estoma por adhesivos de la piel. Si tu bolsa se retira de forma no apropiada o muy frecuentemente, se arrancará una capa delgada de piel con cada cambio, interrumpiendo la integridad de la piel. Por lo tanto, el aparato debe cambiarse únicamente cuando sea necesario en el caso de goteo o para higiene general.

Existen diversos productos de cuidado de la piel disponibles en el mercado. Tu enfermera TE te ayudará a escoger los productos necesarios para ti. Entre menos productos utilices en tu piel, tendrás menos probabilidades de desarrollar reacciones. Los productos innecesarios también añaden al costo de tener un estoma.

2. Cambiando el Sistema de Bolsa

Propósito:

- Remoción de un aparato sucio
- Limpieza de la piel periestomal
- Inspección del estoma y la piel
- Aplicación de un aparato limpio

Consideraciones:

- Escoge una hora cuando la ileostomía esté menos activa; e.g., antes del desayuno.
- Escoge un lugar tranquilo y conveniente con buena luz y un espejo.
- Junta y arma todo el equipo necesario antes de retirar la bolsa sucia. Entre más tiempo pases sin una bolsa en su lugar, más probabilidad hay que la ileostomía comience a funcionar y salgan heces.

Procedimiento:

1. Ensambla todo el equipo;
 - Sello de barrera de la piel (ConvaTec Sur-Fit* o Durahesive* con o sin Convex-It* si es necesario)
 - Guía de medir el estoma
 - Bolsa con abertura y pinza (Sur-Fit*)

- Pasta de protección de piel (Stomahesive*)
 - Talco de protección de piel (Stomahesive*)
 - Toallita de protección de piel (Allkare*)
 - Toallita para remover el adhesivo (Allkare*)
 - Jabón no-grasoso (Peri Wash II*)
 - Bolsa de basura
 - Tijeras
 - Q-tips™
2. Después de vaciarla, retira el aparato al presionar la piel lejos del aparato, comenzando desde arriba y utilizando la toalla para remover el adhesivo si es necesaria. Toma la pinza debajo de la bolsa antes de colocarla en la bolsa de basura.
 3. Inspecciona la piel y el estoma para signos de irritación o trauma. Mínimas cantidades de sangrado son normales.
 4. Mide el estoma cuidadosamente y calca la forma en el respaldo de papel del sello.
 5. Corta un hoyo en el sello, agrega el dispositivo para dar convexidad si es necesario y retira el papel protector. Coloca la pasta atrás del sello si es necesario y déjelo a un lado.
 6. Pasa la toallita de protección de la piel sobre la piel para extra protección y deja secar (opcional).
 7. Retira el respaldo de papel que sobra del sello - céntralo sobre el estoma y presiona firmemente sobre la piel, especialmente adentro del anillo de plástico con un Q-tip™. Coloca talco en cualquier parte de piel expuesta (opcional).
 8. Inserta la bolsa (el anillo de plástico del sello y el anillo de plástico de la bolsa se juntan).
 9. Coloque la pinza debajo de la bolsa.
 10. Coloque las toallitas de limpieza y los Q-tips sucios en la bolsa de basura y ciérrela con un broche. Deseche en un tambo de basura con tapa.

3. Cambiando Solamente la Bolsa

1. Retira la bolsa y colócala en una bolsa de basura, guardando la pinza.
2. Limpia alrededor del estoma, por dentro del anillo de plástico.
3. Limpie con cuidado alrededor del estoma, adentro del sello con un Q-tip®™ especialmente en el borde inferior.
4. Rellene las áreas de la piel expuestas con el talco protector.
5. Aplique la bolsa nueva y asegure la pinza abajo.
6. Deseche la bolsa de basura en un tambo de basura con tapa.

4. Complicaciones Posibles

Irritación de la Piel Periestomal/Goteo debido a:

- Construcción del estoma - una ileostomía en asa puede drenar a nivel de la piel y puede ser más difícil de contener que el drenaje de una ileostomía terminal.
- Obesidad - los pliegues cutáneos presentes en un abdomen obeso añaden a los problemas de mantener un buen sello alrededor del estoma.
- Pobre medición del estoma o pobre recorte y aplicación del sello de la barrera de piel.

Tratamiento -

- Cuidados medición y aplicación del sello.

- Uso de dispositivo convexo cuando sea necesario.
- Uso de pasta o porciones del sello de la barrera de piel para rellenar los defectos de la piel.
- Uso de talco para cubrir la piel expuesta.

5. Ileostomía No-Funcional/Bloqueo

Signos y Síntomas -

- dolor abdominal
- abdomen distendido
- náusea y vómitos
- falta de desecho o desecho acuoso de alto volumen
- gasto urinario disminuido

Causa - Ileo

Un íleo se refiere a la inactividad del intestino cuando se detiene la peristalsis. Esto puede deberse a un retiro rápido de los esteroides (e.g., prednisona), o puede resultar en un bloqueo, infección o inflamación de y alrededor del intestino.

Tratamiento -

- Mantener ayuno total (nada por vía oral)
- Puede ser necesaria la inserción de una sonda nasogástrica para vaciar el contenido gástrico y controlar el vómito.
- Líquidos intravenosos.
- Corrección de cualquier deficiencia (electrolitos, esteroides, etc.)
- Tratamiento de cualquier infección o inflamación (antibióticos o cirugía).

Causa - Obstrucción Mecánica

La obstrucción mecánica se refiere al mismo bloqueo del pasaje del contenido intestinal. Esto puede deberse a una acumulación de partículas de comida en el intestino que no han sido desintegrados durante la digestión y que no pueden pasar fácilmente a través de la ileostomía. Otras causas pueden ser adherencias o una torcedura en el intestino como resultado de tu operación.

Tratamiento -

- Mantener ayuno total (nada por vía oral)
- Puede ser necesaria la inserción de una sonda nasogástrica.
- Líquidos intravenosos.
- Irrigación de la ileostomía.
- Posible cirugía.
- Irrigación de la ileostomía por un TE u otra enfermera.

NOTA: Si piensas que tienes tanto un íleo u obstrucción mecánica:

1. Toma un analgésico sin codeína (e.g., Tylenol* extra fuerte).
2. Toma té tibio, endulzado.
3. Toma un baño tibio para promover la relajación.

Si no hay gasto de la ileostomía en 4 a 6 horas o si comienzas con náuseas y/o vómitos, llama a tu cirujano.

El manejo dietético adecuado será discutido en otra sección. Sin embargo, ya que avances a una dieta regular podrás comer casi cualquier cosa con la excepción de alimentos con alta fibra. Debe recordarse de masticar todo completamente e introducir alimentos nuevos gradualmente para evitar el bloqueo.

DESHIDRATACION Y DESEQUILIBRIO ELECTROLITICO

Durante la digestión normal el colon absorbe líquidos y electrolitos (químicos necesarios para muchos procesos corporales importantes). Debido a que fue retirado tu colon, debes aumentar la ingesta de líquidos para prevenir el desequilibrio hidroelectrolítico. La deshidratación es más común previo al cierre de una ileostomía temporera. Esto ocurre porque por lo menos dos pies de intestino delgado está sobrepasado y sin uso.

Diagnóstico: Deshidratación

Síntomas: aumento de sed, boca y piel seca, gasto urinario disminuido, fatiga, falta de aire, cólicos abdominales.

Tratamiento: Aumentar la ingesta de líquidos a 8-10 vasos por día.

Diagnóstico: Pérdida de Sodio

Síntomas: pérdida del apetito, cólicos abdominales, sensación de sueño, debilidad, frío en los brazos y piernas.

Tratamiento: Aumentar la ingesta de líquidos ricos en sodio; e.g., sopa de pollo, Gatorade o consomé.

Diagnóstico: Pérdida de Potasio

Síntomas: fatiga, debilidad muscular, sensación de distendido o abotagado, falta de aire, sensación disminuida en brazos y piernas.

Tratamiento: Aumentar ingesta de alimentos ricos en potasio; e.g., jugo de naranja, plátanos, ciruelas-pasas, chabacanos y Gatorade®.

DRENAJE RECTAL

La membrana mucosa o revestimiento del intestino secreta moco para lubricar los alimentos y las heces a medida que pasan a través del tracto digestivo. Previo al cierre de la ileostomía este moco de la porción no-utilizada del intestino delgado (de la ileostomía a través de la bolsa hacia el ano) es de consistencia acuosa y puedes tener goteo rectal que es difícil de controlar. Esto es temporero y una vez cerrada la ileostomía el moco se mezcla con las heces y es mucho más fácil de controlar.

El tratamiento para el drenaje rectal es la protección adecuada de la piel perianal con el uso de una barrera de la piel, e.g. Sween Peri Care* y contener el drenaje con calzones y protectores especiales.

*Registered trademarks of Bristol - Myers Squibb Canada Inc.

COMPLICACIONES POSIBLES

Reporta cualquiera de los siguientes a tu Enfermera TE:

1. Sangrado estomal excesivo y/o persistente.
2. Hinchamiento o elongación del estoma.
3. Cambios en la coloración del estoma.
4. Cortadas o ulceraciones del estoma.
5. Irritación o ulceración de la piel.
6. Cualquier abultamiento de la piel alrededor del estoma.
7. Ardor o comezón persistente debajo de la bolsa.
8. Abdomen distendido.

Reporta cualquiera de los siguientes a tu médico:

1. Desecho acuoso severo que dure más de cuatro a cinco horas.
2. Falta de desecho por el estoma cuando se asocia con los números 3, 4 o 5 arriba.
3. Náuseas/vómitos en combinación con el 1 o 2 arriba.
4. Cólicos abdominales que duren más de tres a cuatro horas.
5. Abdomen distendido.

PREPARACION PARA SER DADO DE ALTA

Cuando seas capaz de cambiar tu aparato con seguridad, estas listo para ser dado de alta y te será dado:

1. Materiales pedidos de algún vendedor y entregados a ti en el hospital para que los repases con tu enfermera TE.
2. Información en cuanto a futuros materiales, como ordenarlos y el costo.
3. Guía impresa para el cuidado de tu estoma, la dieta y preocupaciones sexuales.
4. El número de teléfono de tu enfermera TE en caso de que surjan problemas.
5. Instrucciones en cuanto a actividades.
6. Instrucciones para consultar con tu cirujano y TE en dos semanas.
7. Contacta la Asociación Unida de Ostomía al 800-826-8624, info@uoa.org o www.uoa.org para más información o para localizar la sucursal de apoyo más cercana.

RECORDATORIOS ESPECIALES

1. Nunca tomes un laxante. Estos se dan generalmente para limpiar el intestino grueso - tu ya no tienes un intestino grueso. Si te llegan a pedir radiografías que requieran una preparación intestinal, explica al personal involucrado que no seguirás dicha preparación. Si hay alguna otra inquietud, contacta tu médico o enfermera TE.
2. Ten conciencia de que tipo de medicamentos estás tomando, ya que puede ser necesario alterarlos. Por ejemplo - las pastillas con capa entérica o de liberación prolongada ya no serán efectivas. Consulta con tu médico o farmacéutico antes de comenzar un medicamento nuevo.
3. No irrigues o permitas que cualquier otra persona irrigue tu ileostomía. Si estás obstruido, tu médico, enfermera TE u otra enfermera utilizarán un catéter blando, una jeringa y pequeñas cantidades de solución salina para lavar el bloqueo.

ASUNTOS DIETETICOS

La preocupación con la dieta es evidente aún antes de la cirugía y se ve reflejada en la frase “Los alimentos no causan la enfermedad intestinal inflamatoria y la dieta no la cura.” El individuo con un estoma y de otro modo saludable tiene las mismas necesidades nutricionales que otros pacientes de la misma edad y sexo.

Objetivos Principales de la Dieta

1. Reducir la estimulación intestinal excesiva.
2. Producir nutrición adecuada.

Preocupaciones Principales de una Persona con Ileostomía

1. Evitar el bloqueo.
2. Preservar la integridad de la piel.

Recuerda, no estás en una dieta especial como se requería antes de la cirugía si estabas sufriendo con la Enfermedad Intestinal Inflamatoria, pero tu ileostomía se verá afectada por los alimentos que comes. Solamente hay dos reglas principales que se deben seguir.

1. Mastica todo completamente.
2. Introduce alimentos nuevos gradualmente - por esto queremos decir que intentes un alimento nuevo a la vez. De esta manera, si surge un problema, la causa puede ser identificada fácilmente y se puede eliminar de tu dieta. Sin embargo, eso no significa que nunca podrás comer ese alimento, solamente que debes esperar un tiempo antes de probar esa comida nuevamente en el futuro.

La siguiente es una lista de alimentos para considerarse cuando se preparan dietas para un paciente con ileostomía.

1. Los alimentos ásperos o de alta fibra pueden causar bloqueo, por lo tanto, introdúzcalos gradualmente: salvado, nueces, frutas o pasas secas, semillas, pieles, frijoles, piña, palomitas, espárrago, naranjas, camarones, maíz, vegetales crudos, comida China, apio, col, ensalada, champiñones, lentejas, tomates
2. Alimentos que aumentan el desecho: vegetales/frutas crudos, chocolate, verduras con muchas hojas, bebidas con cafeína, comidas muy condimentadas, bebidas gaseosas
3. Alimentos que disminuyen el desecho/aumentan el tiempo de tránsito: plátanos, queso, puré de manzana, tapioca, mantequilla de maní suave, arroz cocido, malvaviscos
4. Alimentos que pueden causar irritación de la piel: alimentos con semillas, apio, vegetales Chinos/orientales, coco, nueces, alimentos condimentados, frutas secas (pasas, higos, etc.), ciertas frutas y vegetales (naranjas, manzanas, col y maíz)
5. Alimentos que pueden causar gas: cebollas, bebidas gaseosas, familia del repollo, productos lácteos, frijoles/guisantes secos, pepinos, rábanos

RECOMENDACIONES MISCELANEAS

1. Evita la ingestión de grandes cantidades de líquidos con los alimentos.
2. Toma bastantes líquidos (especialmente entre comidas) para disminuir el riesgo de deshidratación y obstrucción.
3. Comienza con comidas pequeñas para evitar sentirse abotagado y gradualmente incrementa la cantidad que comes con cada comida.
4. Come regularmente. Si tienes problemas con mucho desecho, recuerda que saltarse comidas no detendrá el desecho y se produce más gas con un intestino vacío. También, limitar la ingesta aumenta el riesgo de deshidratación. Mejor intenta comer alimentos que disminuyen el desecho. (Ver arriba)
5. Evita alimentos altos en fibra con un estómago vacío que pueden aumentar el riesgo de obstrucción.
6. Experimenta con el horario de las comidas. Con los patrones tradicionales de horarios de comida, el desecho tiende a ser alto en el mediodía y aumenta en la tarde. Esto es indeseable si una persona quiere sueño no-interrumpido. El problema disminuye al ajustar los horarios de las comidas y al limitar los alimentos y bebidas hacia el final del día.
7. Mastica todo completamente.
8. Introduzca alimentos nuevos gradualmente.

SEGUIMIENTO A LA PRIMERA OPERACIÓN

Visitarás la clínica de la TE dos semanas después de ser dado de alta para:

1. Reforzamiento de enseñanza y de medida del aparato.
2. Retiro de puntos periestomales.
3. Instrucción de ejercicios de músculos del esfínter.

Ejercicios Pelvicos - Kegel's

El propósito de los ejercicios pélvicos es fortalecer el tono de los músculos del esfínter anal. Estos son los músculos que te permiten controlar tu función intestinal. Los ejercicios pélvicos pueden iniciarse antes de la cirugía y reiniciados varias semanas después de la misma. Durante la fase postoperatoria inmediata, hasta tres semanas después de la cirugía, está ocurriendo reparación tisular importante y cicatrización. Cuando haya ocurrido la cicatrización, podrás iniciar o reiniciar los ejercicios.

El ejercicio de Kegel involucra:

- Apretar tu músculo anal o esfínter como si estuvieras queriendo prevenir una evacuación. Tendrás la misma sensación que tienes cuando detienes el chorro cuando estás orinando. No solo aprietes los músculos glúteos.
- Aguanta hasta contar diez apretando fuertemente, luego...
- Relaja hasta contar diez...

Repite cada paso diez (10) veces para completar un juego de ejercicios. Debes completar 4 juegos al día. Pueden realizarse a cualquier hora del día y en cualquier posición corporal. Por ejemplo, lo puedes hacer viendo televisión, andando en automóvil, sentado en el escritorio, o hablando por teléfono.

Irrigacion

La mayoría de las personas nunca necesitarán un catéter para vaciar su reservorio. Sin embargo, a veces es útil irrigar o lavar el reservorio y tu enfermera TE te enseñará este procedimiento si es necesario.

Previo al retiro de la ileostomía para:

1. Remoción de moco fastidioso.
2. Evaluación de la continencia (la habilidad de contener las heces o gases en la bolsa).
3. Aumentar la capacidad de la bolsa.

Siguiendo el retiro de la ileostomía para:

1. Bloqueo del reservorio.
2. Evacuaciones pequeñas numerosas debido al vaciado incompleto del reservorio.

Procedimiento

1. Un catéter grande se introduce hacia la bolsa.
2. Se instila agua tibia hacia la bolsa.
3. Se retira el catéter.
4. El líquido es expulsado de la bolsa espontáneamente.

Si se vuelve necesaria una irrigación de la bolsa, tu cirujano te pedirá que visites a tu enfermera TE para instrucciones detalladas. El procedimiento entero toma de cinco a diez minutos y se realiza generalmente dos a cuatro veces por día. A medida que cambie la capacidad y la función del reservorio ya no serán necesarias las irrigaciones.

ETAPA DOS (CIERRE DE LA ILEOSTOMIA)

Este es el término que se refiere a tu segunda operación y probablemente estarás en el hospital por una semana.

Antes de ingresar al hospital, tu cirujano solicitará una radiografía de la bolsa de ileostomía. Esto es para estar seguro que la bolsa ha cicatrizado y que no hay goteos. Esta es una radiografía especial y se lleva a cabo al instilar líquido hacia tu bolsa desde abajo, por vía anal, y después tomar la radiografía. El procedimiento toma de diez a quince minutos y es indoloro.

Nota: Debes vaciar tu bolsa de ostomía previo al procedimiento y debes traer un aparato adicional disponible en caso de que sea necesario un recambio.

Después de ingresar al hospital no requerirás una gran preparación intestinal

ya que no tienes intestino grueso. Sin embargo, se te dará una dieta de líquidos claros y antibióticos para prevenir infección. Te visitará tu enfermera TE para discutir el cuidado postoperatorio respecto a la dieta y el cuidado de la piel perianal. Te dará una tabla para que registrar tus evacuaciones postoperatorias y productos de cuidado de la piel con instrucciones para su uso.

Ejemplo 1. Crema Sween* para calmar la piel roja, irritada, inflamada. 2. Sween Peri Care* para proporcionar una barrera entre tu piel y el frecuente pasaje de heces.

LA OPERACIÓN

Esta operación final es el cierre o retiro de la ileostomía. Es un procedimiento mucho menor, tardando casi una hora, y se compone de los siguientes pasos:

1. En la mayoría de los casos se cierra la ileostomía al realizar una incisión alrededor del estoma y liberándolo a la cavidad abdominal. El cierre de la ileostomía por lo general no requiere una incisión abdominal de línea media.
2. Ambos extremos del intestino, uno que viene del estómago y el otro que lleva a la bolsa ileoanal, se juntan para que las heces pasen a través del intestino delgado, la bolsa, y hacia fuera por el ano.
3. Se cierra el pasado sitio del estoma.

PERIODO POSTOPERATORIO

Tu cuidado postoperatorio será similar a aquel que recibiste tras tu primera operación, con excepción de que probablemente no tendrás tubos excepto por el drenaje de la herida. Siguiendo el cierre de la ileostomía, comenzará la canalización de gases y la función intestinal en el segundo día y se deben esperar evacuaciones sueltas frecuentes. A medida que se avanza la dieta, se administrarán agentes para dar volumen a las heces, e.g., Metamucil* y/o medicamentos antidiarreicos, e.g., Immodium*, para disminuir la frecuencia intestinal y para evitar la deshidratación.

Se te pedirá que guardes una Tabla de Registro de Evacuaciones para monitorizar tu progreso. Inicialmente, puedes tener hasta 20-24 evacuaciones diarias, pero este número disminuirá para cuando dejes el hospital y eventualmente promediará 4-6 por día.

CUIDADO DE LA PIEL PERIANAL

A medida que comienza la función inicial de la bolsa ileoanal, se inicia un cuidado agresivo de la piel perianal (alrededor del ano) para prevenir irritación de la misma. Esta puede ser severa y existen ocasiones cuando tienes mayor riesgo de desarrollar irritación y desintegración de la piel perianal.

- Cuando se desecha moco durante la incontinencia temporera siguiendo la primera cirugía.
- Inmediatamente siguiendo el cierre de la ileostomía.
- Durante brotes de gastroenteritis (inflamación del estómago o intestinos).
- Durante brotes de bolsitis (inflamación de la bolsa).
- Después de alimentación indiscriminada.

El riesgo de desarrollar irritación de la piel está directamente relacionado a un aumento en la acción intestinal. Un tiempo de tránsito disminuido resulta en mayor irritación de la piel debido a la presencia de enzimas digestivas en las heces y sobre la piel perianal. Si se desarrolla irritación de la piel perianal, generalmente es temporera. Sin embargo, ciertos alimentos como alimentos muy condimentados (tomates, cebollas), café y té, causan irritación y deben evitarse hasta que mejore la irritación.

COMPLICACIONES POSIBLES

La Irritación de la Piel Perianal se reconoce como un problema incómodo y frecuentemente doloroso. Afortunadamente, puede ser controlado y se vuelve menos problemático con el tiempo.

La prevención se enfoca en tres puntos:

- Controlar la frecuencia intestinal.
- Buen cuidado de la piel perianal después de cada evacuación.
- Aplicación de barreras de la piel oclusivas, e.g., Sween Peri Care* o Citric Aid*.

A menos que se aplique una barrera de piel oclusiva para proteger la piel del contacto con el contenido intestinal, la piel permanece desprotegida y SI se irritará.

Prevención y/o Tratamiento de la Irritación de la Piel Perianal

1. Lava y seca la piel completamente después de cada evacuación o desecho de moco.
2. Las torundas de algodón húmedas o el papel suave son ideales para limpiar y son menos abrasivos que el papel de baño.
3. Por lo general no se necesita más que agua tibia. El jabón y el papel fragante puede ser irritantes para la piel y dejan un residuo que resulta en comezón.
4. Las toallas o protectores de pantis deben cambiarse frecuentemente para mantener la piel limpia y seca.
5. Se recomienda ropa interior de algodón en vez de nylon o poliéster dado que este absorbe el sudor y permite la circulación del aire.
6. El uso de barreras de la piel es esencial para proteger la piel perianal.
7. Los baños de asiento son una manera suave de limpiar y aliviar la piel irritada y se pueden utilizar después de cada evacuación.

8. Para proteger la piel de pequeñas cantidades de goteo, se puede colocar una torunda de algodón sobre la abertura anal.

Si sufres de irritación de la piel continua aún después de tomar precauciones especiales, debes consultar con tu médico o enfermera TE quien revalorará el problema y sugerirá cuidado adicional.

La Bolsitis es una inflamación del reservorio ileoanal. Ocurre en hasta treinta por ciento (30%) de los pacientes y se debe generalmente a sobrecrecimiento bacteriano. Sin embargo, puede deberse a la enfermedad de Crohn o colitis ulcerosa del intestino delgado (ileitis de reflujo).

Síntomas:

- inicio súbito de evacuaciones frecuentes con diarrea acuosa
- sensación de presión o urgencia en la bolsa
- cólicos
- sangrado
- fiebre baja
- malestar general

Tratamiento:

- Si es debido a sobrecrecimiento bacteriano, el tratamiento es Metronidazol (Flagyl*) y posiblemente irrigación del reservorio.
- Si la bolsitis se debe a la enfermedad de Crohn o a la ileitis de reflujo, puede ser necesario remover la bolsa.

Es importante que reconozcas la diferencia entre los síntomas arriba y aquellos de simple frecuencia excesiva como puede ocurrir con una gastroenteritis. Estas características deben alertarte a contactar tu cirujano.

El Sangrado es causado por la irritación del revestimiento del reservorio. Puede acompañar a la bolsitis pero se debe más comúnmente al pujar en forma excesiva y o la limpieza vigorosa con irritación del revestimiento intestinal sensible. Debe reportarse a tu cirujano.

Seguimiento

Brazalete de alerta médica: sería buena idea utilizar un brazalete o llevar una identificación en tu cartera. Debería leer:

Colectomía Total - Reservorio Ileoanal

Medicamentos: debes comentar con tu médico o farmacéutico cualquier medicamento que estés tomando para verificar que no se absorba en el intestino grueso, e.g., tabletas con capa entérica o cápsulas de liberación prolongada.

CONSIDERACIONES CONTINUAS

ADAPTACIÓN DE LA BOLSA

La adaptación de la bolsa es un proceso que continúa por seis meses a un año después de la cirugía, durante cual la bolsa aumenta de capacidad. Durante este tiempo disminuye el número de evacuaciones por día hasta cuatro a seis y se espesa la consistencia de las heces. Se recomienda que no respondas a cada sensación de evacuar la bolsa para poder aumentar el tamaño del reservorio y de tal forma disminuir el número de viajes al baño. También puedes ayudar con la adaptación de la bolsa al aprender a controlar la función de la bolsa con dieta y medicamento si es necesario.

Es improbable que tengas grandes problemas con el control. Sin embargo, puedes continuar a tener algo de escape nocturno o incontinencia. Esto también pasará con el tiempo. No obstante, puedes querer usar una toalla protectora para no manchar tu ropa. También querrás ponerle atención especial a tu cuidado de la piel perianal (ver arriba).

RECOMENDACIONES DIETÉTICAS

1. Mantén una dieta baja en fibra por aproximadamente dos semanas después del cierre de la ileostomía temporera. Después de esto, aumenta gradualmente la fibra a tolerancia hasta tener una dieta regular.
2. Se hace énfasis sobre lo buenos hábitos alimenticios, comer las comidas en intervalos regulares de tiempo, comer en un ambiente relajado, y masticar completamente. Saltarse comidas no detendrá el desecho de la bolsa. De hecho, esto puede resultar en mayor producción de gas y aumentar el riesgo de deshidratación.
3. Come cantidades moderadas y mastica bien!
4. Algunos individuos encuentran que el desecho de la bolsa es alto al mediodía y aumenta hacia la tarde. Puede ser que quieras experimentar con el horario de las comidas. Tal vez intenta tus comidas más grandes más temprano en el día o limitar la ingesta de alimentos y líquidos hacia el final del día.
5. Si un alimento en particular no es tolerado reinténtalo en otra ocasión.
6. Bebe por lo menos seis a ocho vasos de líquido diarios (se recomienda ingerir líquidos entre comidas en vez de grandes volúmenes con las comidas).
7. Puede haber un aumento en el requerimiento del sodio; utiliza la sal con las comidas a menos que se te indique de otra forma.

8. Se requerirán alimentos altos en potasio en la presencia de diarrea. Algunas buenas fuentes de potasio incluyen: carne, pescado, pollo, frutas secas, plátanos, naranjas, tomates, jugos de fruta, leche y papas.
9. Limita la ingesta de alimentos ricos en azúcares simples ya que estos pueden agravar la diarrea: e.g., azúcar, miel, dulce, jalea, mermelada, postres y bebidas endulzadas (soda).

Las modificaciones dietéticas pueden ayudar a resolver problemas con mucho desecho de la bolsa, irritación anal y gas. Las siguientes listas de alimentos han sido recopiladas basadas en experiencias de otros con una bolsa ileoanal. La exclusión temporera de ciertos alimentos puede o no ser efectiva en ayudar a controlar estos problemas. Experimenta y encuentra lo que sirve para ti!

Alimentos Que Aumentan el Desecho de la Bolsa

- vegetales y frutas crudas (especialmente brócoli, frijoles y espinacas)
- verduras con muchas hojas
- alimentos condimentados
- cerveza
- chocolate
- vino
- bebidas con cafeína

Alimentos Que Disminuyen el Desecho de la Bolsa

- plátanos
- queso
- arroz cocido y platillos con arroz
- tapioca
- mantequilla de maní cremosa
- puré de manzana

Alimentos Que Pueden Contribuir a al Irritación Anal

- ciertos vegetales y frutas crudos (e.g., naranjas, manzanas, col, apio y maíz)
- palomitas
- vegetales Chinos/orientales
- nueces
- coco
- frutas secas (e.g., pasas, higos)
- alimentos con semillas
- alimentos condimentados

Alimentos Que Pueden Causar Gas

- cebollas
- vegetales de la familia del repollo
- frijoles y guisantes secos
- frijoles cocidos
- pepinos y rábanos
- cerveza
- bebidas gaseosas
- leche y productos lácteos

AJUSTAMIENTO SEXUAL

Ya que la bolsa ileoanal es generalmente un procedimiento quirúrgico de los adultos jóvenes, es de gran importancia su preocupación por su salud sexual. La remoción de su colon enfermo restaura rápidamente la sensación de bienestar y la mayoría de las personas están ansiosas por reanudar su actividad sexual previa. Puedes encontrar que hasta mejora tu vida sexual sin los problemas y el dolor de la enfermedad intestinal inflamatoria. Mantén en mente que esta operación elimina la necesidad de una ileostomía permanente y los problemas de imagen corporal que a veces crea.

Por lo general los ciclos menstruales se ven interrumpidos después de cualquier operación. Tus menstruaciones pueden ser irregulares por hasta un año después de la cirugía.

En el periodo postoperatorio inmediato, el tiempo de tránsito del tracto digestivo usualmente es muy rápido. Por esta razón, las pastillas anticonceptivas probablemente no serán completamente absorbidas, por lo tanto, es sabio utilizar otros métodos de contracepción. En los hombres, se ha reportado 1.5% de disfunción sexual resultando en impotencia o infertilidad debido a la eyaculación retrógrada.

El embarazo es totalmente posible después de la cirugía ileoanal y de hecho puedes ser hasta más fértil con la eliminación de la Enfermedad Intestinal Inflamatoria. Los cirujanos colorrectales generalmente recomiendan que tu bebé nazca por operación Cesárea ya que esto evita cualquier posibilidad de lesión a los músculos anales durante un parto normal.

GLOSARIO

Anastomosis - la unión de una estructura con la otra.

Anastomosis ileoanal - unir el íleon al ano tras haber removido el colon y el recto.

Anastomosis ileorectal - unir el íleon al recto tras haber removido el colon.

Ano - la abertura al final del recto por la cual se eliminan las heces del cuerpo.

Aparato - el instrumento utilizado para almacenar el desecho como las heces, moco, gas u orina; consiste de una bolsa, barrera de piel, pinza, etc.

Bloqueo - obstrucción

Bocamanga rectal - la porción del recto, consistiendo de músculo del esfínter, que es retenida tras la remoción del revestimiento del recto.

Bolsa pélvica - un reservorio ileoanal, o saco, creado del íleon. También llamada Bolsa de Park, Bolsa en "J" o en "S".

Bolsitis - inflamación del reservorio.

Cierre de Ileostomía - remoción de una ileostomía hecha al juntar el intestino nuevamente y colocarlo de nuevo en el abdomen.

Colitis - inflamación del colon (intestino grueso).

Colitis Ulcerosa - una enfermedad inflamatoria del colon y recto en la cual se forman úlceras en el revestimiento intestinal. Los síntomas principales de esta enfermedad son diarrea, cólicos y sangrado.

Colon - los último cuatro a cinco pies del tracto digestivo, también llamado el intestino grueso.

Continencia - la habilidad de contener las heces, gas u orina dentro del cuerpo en forma voluntaria.

Distendido - abotagado

Electrolitos - químicos con carga eléctrica esenciales al funcionamiento de muchos procesos complejos en el cuerpo.

Enfermedad de Crohn - una enfermedad inflamatoria que puede involucrar el tracto digestivo entero pero que ocurre generalmente en el intestino delgado, colon, o recto y/o ano. Se caracteriza por diarrea, fiebre, pérdida de peso y dolor. La causa es desconocida.

Enfermera de Terapia Enteroestomal (Enfermera TE) - una enfermera registrada con experiencia y educación especial en la rama de cirugía del colon y el cuidado del estoma.

Esfínter anal - los músculos que rodean el ano que son capaces de contraer o cerrar la abertura.

Estoma - una palabra Griega que significa boca el cual es la abertura de la ileostomía.

Frecuencia - el número de evacuaciones que ocurre en un periodo dado.

Gastrointestinal - perteneciente al sistema digestivo.

Ileo - obstrucción intestinal debido a falta de peristalsis.

Ileon - los último doce a quince pies del intestino delgado.

Ileostomía - una abertura creada quirúrgicamente del íleon a la piel.

1. ileostomía terminal - la punta cortada del intestino delgado es extraída hacia la superficie de la piel, volteada sobre si misma con una pequeña bocamanga y suturada a la piel
2. ileostomía en asa - un asa de intestino delgado es extraída hacia la superficie de la piel, cortada a la mitad, dejando el íleon de otra manera intacto pero con dos aberturas. Como con una ileostomía terminal el intestino se voltea sobre si mismo como una pequeña bocamanga y suturada a la piel.

Incontinencia - la inhabilidad de controlar la eliminación de orina, gas o heces.

Intestino - la parte del tracto digestivo que yace entre el estómago y el ano.

Intestino Delgado - los 22 a 25 pies de intestino entre el estómago y el intestino grueso.

Intestino Grueso - los últimos cuatro a cinco pies del intestino que se extiende del intestino delgado hasta el ano, también conocido como colon.

Kegel's - contracción y relajación alterna de los músculos del piso pélvico.

Lumen o Luz - el espacio en el centro de una estructura tubular, i.e., el intestino.

Moco - una sustancia lubricante producida por el tracto digestivo.

Mucosa - el revestimiento del tracto digestivo y otros órganos del cuerpo.

Ostomía - una abertura quirúrgica, generalmente en la pared abdominal, para el drenaje de los desechos.

- Colostomía - una abertura quirúrgica en el colon o intestino grueso.
- Ileostomía - una abertura quirúrgica en el íleon o intestino delgado.

Perianal - localizado alrededor del ano.

Periestomal - localizado alrededor de un estoma.

Peristalsis - el movimiento progresivo del intestino por lo cual es empujado el contenido hacia la salida.

Pólipo - pequeña proyección por dentro del intestino, puede ser plana o en forma de hongo, generalmente benigno pero puede ser maligno.

Poliposis Familiar Intestinal - una enfermedad heredada caracterizada por una tendencia de desarrollar masas de pólipos en el colon.

Proctocolectomía - remoción del colon, recto y ano con la creación de una ileostomía permanente.

Recto - la última porción del intestino grueso que une el colon al ano.

Reservorio - una estructura anatómica que sirve como un lugar para almacenar o retener líquido.

Tiempo de Tránsito - los minutos y horas que pasan desde ingerir el alimento hasta que pasen las heces, ya sea por el ano o por el estoma.

Urostomía - un procedimiento quirúrgico en el cual la orina es desviada de su camino normal a través de la vejiga y es traída a la pared abdominal para almacenarse.

BIBLIOGRAFIA

- Abrams, Jerome S. *Abdominal Stomas*. Bristol: John Wright, 1984.
- Allen, Penelope and Van Horn, Cheryl. *Having an Ileostomy*. Cleveland: Cleveland Clinic Foundation, 1989.
- Broadwell, Debra C. and Jackson, Bettie S. *Principles of Ostomy Care*. St. Louis: C.V. Mosby Company, 1982.
- Brooke, Bryan N. *The Troubled Gut*. London: Oxford University Press, 1986.
- Compendium of Pharmaceuticals and Specialties*. Ottawa: Southam Murray, 1990.
- Dozois, Roger R. *Alternatives to Conventional Ileostomy*. Chicago: Year Book Medical Publishers Inc., 1985.
- Forrest-Witkowski, Karen and others. *The Pelvic Pouch Procedure at the Toronto General Hospital Toronto: Hollister & ConvaTec*.
- Hayward, Arthur L. and Sparkes, John J. *The Concise English Dictionary*. London: Omega Books, 1988.
- Health and Welfare Canada. *Nutrient Value of Some Common Foods*. Ottawa: Canadian Government Publishing Center, 1988.
- McGonagle, Beth Ann. *A Patient Guide To The Surgery Of Ulcerative Colitis: The Pelvic Pouch (Pull-Through) Procedure*. Cleveland: Cleveland Clinic Foundation, 1988.
- Rolstad, Bonnie Sue and Rothenberger, David A. *Ileoanal Reservoir: A Patient Resource*. Minneapolis: The Upjohn Company.
- Stedman, Thomas L. *Stedman's Medical Dictionary, 24th Edition*. Baltimore: Waverly Press, 1982.
- Tortora, Gerard J., and Anagnostakos, Nicholas P. *Principles of Anatomy and Physiology*. New York: Harper and Row, 1987.
- Wong, W. Douglas and others. *Current Problems in Surgery*. Chicago: Year book Medical Publishers, 1985.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen la asistencia y contribuciones de las siguientes personas.

Kimberly LeBlanc, R.N.

Directora de la Unidad de Enfermería, Unidad Colorrectal, Hospital Holy Cross

Annette Paradis, R.N.

Enfermera TE, Unidad Colorrectal, Hospital Holy Cross

Shirley Ryning, R.N.

Enfermera, Hospital Holy Cross

Veronica Thompson, B.A., M.A.

Instructora de Inglés, Universidad de Calgary

Sultana Virani y Holly Vogt

Pacientes con bolsas ileoanales funcionales

Ilustraciones por - Marcus Clay, Productor de Medios de Comunicación, Hospital Holy Cross

Se deben extender un agradecimiento especial a nuestras familias por toda su ayuda y apoyo con este libro.



United Ostomy Association, Inc.
1962-2005