Manejo de las ostomías 14

LEE E. SMITH
GERALDINE M. HENEGHAN

Las ostomías son procedimientos estándares en la práctica de la cirugía gastrointestinal. En las décadas pasadas, el paciente que recibía una ostomía era abandonado a su propio albedrío para determinar cómo manejar mejor el estoma. En los últimos años se desarrolló un "sistema de ayuda" auspiciado por la Asociación de Ostomizados que facilitó la rehabilitación al permitir que un paciente sea testigo de que otra persona en igual situación pudo retornar a la independencia y al bienestar. Un grupo profesional, los terapistas para ostomías, desempeña hoy en día un rol invalorable asesorando a este tipo de pacientes. Muchas compañías han desarrollado dispositivos que son más planos, livianos, inodoros y adhesivos. La educación es la clave del éxito y un paciente informado se convierte en un aliado. Como resultado de esto, parecerían existir pocos problemas en este consorcio para la ayuda. Sin embargo, el cirujano debe seleccionar al paciente apropiado y emplazar la ostomía en el sitio correcto, prestando atención a detalles de la técnica para alcanzar buenos resultados a largo plazo. Asimismo, el cirujano debe conocer todos los pasos y los problemas de la rehabilitación, aun cuando disponga de este nuevo equipo de asistentes.

INDICACIONES

Una colostomía permanente se ejecuta generalmente por cáncer de recto. Aunque las resecciones anteriores bajas, con margen distal menos amplio, y la proctectomía con anastomosis coloanal están disminuyendo, la necesidad de colostomía en el cáncer de los tercios medio y superior del recto, la mayor parte de los cánceres del tercio distal del recto, no pueden ser manejados por escisión transanal, y la escisión en bloque requiere la remoción del aparato esfinteriano. De allí la necesidad de un estoma permanente.

Tras una proctocolectomía total por enfermedad inflamatoria intestinal, a menudo se crea una ileostomía permanente. La cantidad de ileostomías permanentes está disminuyendo a causa del innovador uso de pequeños "pouches" intestinales, que sirven como "neorrecto" cuando se anastomosan al esfínter anal. No obstante, muchas personas optan por una ileostomía permanente porque es la forma más rápida de retornar a la salud y al trabajo con una única operación o porque el procedimiento del pouch fracasa y se torna necesaria una ileostomía.

Las ostomías temporarias se hacen generalmente para proteger un sitio distal en el intestino inflamado, infectado, traumatizado, obstruido o levemente cerrado. Habitualmente el sitio elegido es el segmento intestinal más distal que pueda alcanzar un lugar accesible en la pared abdominal sin tensión. Estas ostomías pueden ser de tipo laterales (en asa) o de tipo terminal. Por lo general, es más fácil de realizar un asa, pero es difícil lograr buen sellado con una bolsa de colostomía. La ostomía terminal llega más fácilmente a la superficie de la piel y puede hacerse enteramente apartada, si es que también se saca la fístula mucosa concomitante mediante una abertura separada en la pared abdominal o si la luz distal está cerrada. Todavía hay polémicas respecto a cuándo es preferible una ostomía en asa o una terminal.

CONTENIDO INTESTINAL

Tras la ingestión, los alimentos pasan a través del esófago para llegar al estómago. El

ablandamiento, la digestión temprana y la liquefacción se producen en el estómago. En este órgano el pH es ácido; sin embargo, al atravesar el píloro, el pH se torna marcadamente alcalino por las secreciones biliar y pancreática y por el jugo entérico. Este líquido alcalino del intestino delgado es extremadamente corrosivo para la piel. El líquido que llega al ciego está compuesto por alimentos no absorbidos y secreciones del intestino delgado. Cuando este material atraviesa el colon, el agua es reabsorbida y se forman las heces (fig. 14-1).

MARCACIÓN DEL SITIO DEL ESTOMA

La correcta ubicación anatómica del estoma tiene un rol principal en la calidad de vida después de la cirugía. La selección del sitio apropiado para el estoma maximiza el confort, mejora la apariencia y el ajuste del dispositivo y reduce los problemas en la piel periostómica. El sitio óptimo para un estoma satisface los siguientes criterios de ubicación: 1) está dentro del músculo recto y dentro del campo visual del paciente, y 2) está alejado del borde costal, cresta ilíaca, ombligo, pliegues, arrugas y cicatrices abdominales, y de la línea natural de la cintura.[45]

Debe buscarse un área plana de aproximadamente 8 cm de diámetro (fig. 14-2). El paciente debe ser evaluado en las posiciones supina, erguida y sedentaria. Con el paciente en posición supina pueden elegirse varios sitios de estomas sobre el músculo recto, evitando huesos, ombligo y cicatrices (fig. 14-2 y 14-3A hasta C). Luego se sienta al paciente en una silla y se lo instruye para que se incline hacia adelante (fig. 14-3C). Si los sitios previamente elegidos, cuando el paciente estaba en posición supina, están ubicados dentro de pliegues o arrugas, se elige otra localización (fig. 14-3D). Cuando un estoma debe ser ubicado sobre un pliegue de la grasa abdominal, se lo sitúa sobre el vértice del pliegue adiposo, para permitir la visualización directa del estoma para la aplicación de la bolsa (fig. 14-4). Finalmente, debe evaluarse al

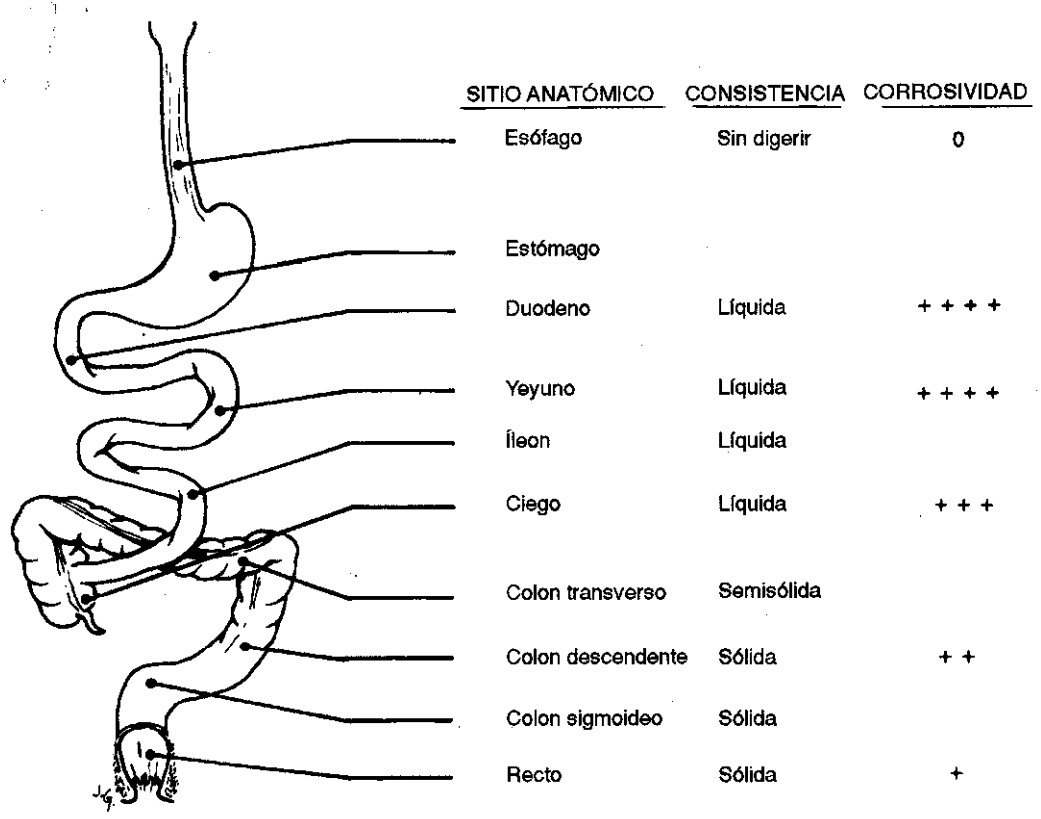


Fig. 14-1. Consistencia y corrosividad del contenido intestinal. Las heces se hacen más sólidas a medida que progresan por el tracto gastrointestinal. Una ostomía colónica emite heces mucho menos nocivas para la piel que una ostomía de intestino delgado.

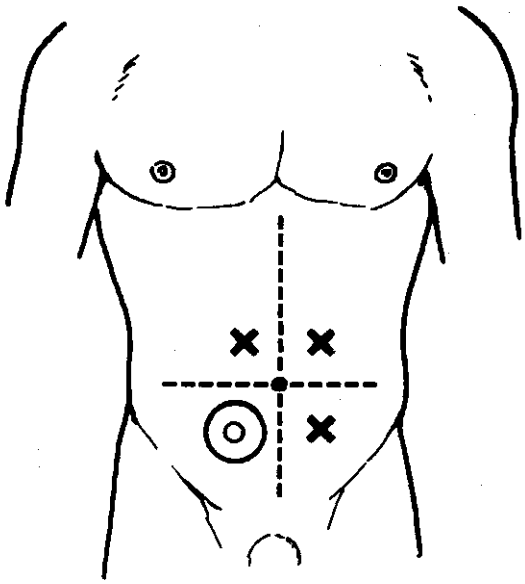


Fig. 14-2. Elección del sitio para el estoma. Se puede usar un disco para ostomía para localizar un sitio plano sobre el músculo recto. Los sitios adecuados en cada cuadrante están indicados por una "X".

paciente en posición de pie y también con las caderas flexionadas. Durante el movimiento y la flexión de las caderas, los contornos abdominales pueden crear pliegues o arrugas que dificulten el sellado de la bolsa.

Para seleccionar un sitio plano, puede aplicarse sobre el abdomen un disco de ostomía u oblea para barrera cutánea. Una vez hallado el mejor sitio, se lo marca. Una inyección intradérmica de azul de metileno forma un tatuaje que no será lavado; también puede usarse una marca con lápiz estándar para marcación quirúrgica, cubriéndola con una película impermeable.

CUIDADOS EN LA SALA DE OPERACIONES

Durante la operación, los principios básicos para el éxito son: correcta elección del sitio, adecuada irrigación sanguínea y falta de tensión en el estoma. En primer término se madura y evierte el estoma, creando un "pezón" saliente que es mejor para coleccionar las heces.[5] Un nuevo estoma debe tener aplicado sobre él un dispositivo temporario, ya en la sala de operaciones. Por uno o dos días, después de la operación, se formará escasa o nula materia fecal, hasta que se resuelva el íleo, pero usualmente se juntará una pequeña cantidad de sangre y líquido seroso. La oblea de barrera cutánea puede ser recortada con por lo menos 2 mm de margen en torno del estoma para permitir el edema que frecuentemente sigue a una operación. La bolsa posoperatoria debe ser de material transparente, de modo que se pueda monitorear el color del estoma. Durante los primeros días de posoperatorio el extremo del dispositivo deberá ser colorado lateralmente, de manera que quede pendiente mientras el paciente reposa en el lecho.

CUIDADO POSOPERATORIO DE LA OSTOMÍA

Durante el período posoperatorio inmediato se inspecciona frecuentemente el estoma en cuanto a su color, estado de la línea de sutura cutaneomucosa y drenaje. Un aparato transparente para ostomía, drenable, de dos piezas y con reborde "flotante" facilita la observación. El reborde flotante permite que la bolsa sea ajustada o aflojada sin ejercer presión, que a su vez causa dolor. Antes de dar de alta al paciente, se le entrega una bolsa de bajo perfil.

BOLSAS

En el pasado, las bolsas reusables o semirreusables eran el estándar. Actualmente, la mayoría de los pacientes reciben bolsas descartables, livianas y a prueba de olores (fig. 14-5).

Los factores a considerar cuando se selecciona un sistema de bolsas incluyen: tipo de ostomía; naturaleza del efluente; ubicación del estoma; firmeza del abdomen; presencia de pliegues, cicatrices o arrugas, y edad, capacidad funcional, destreza, visión y estilo de vida del paciente. A veces, el paciente prueba diferentes sistemas de bolsas hasta hallar la que le es más cómoda y confiable.

En el período posoperatorio inmediato debe usarse en forma permanente una bolsa. Posteriormente, algunos pacientes con colostomía optan por la irrigación para obtener evacuación intestinal predecible y regular. Si existiese mínimo derrame entre irrigaciones, solamente será necesario una pequeña "tapa de seguridad" descartable. Están disponibles tapas de seguridad en una sola pieza que se adhieren directamente a la piel y también están las que vienen en dos piezas con barrera cutánea, placa de protección y tapa quitable.

Los pacientes que no se hacen irrigación usan una bolsa drenable para ostomía. Como la materia fecal del hemicolon izquierdo generalmente está formada, usualmente no es necesaria una barrera cutánea. En caso de ostomías del lado derecho o de colon transverso, el efluente es

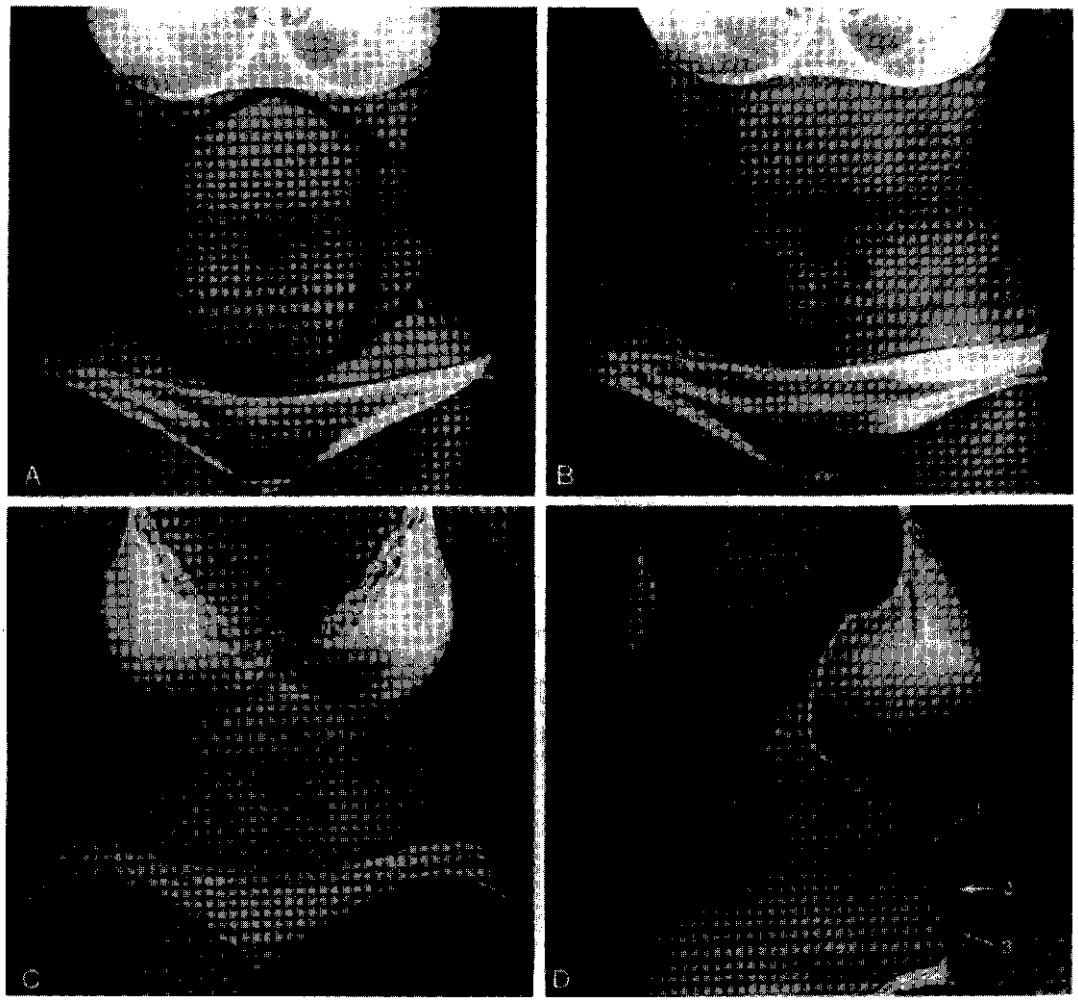


Fig. 14-3. A. Elección del sitio para el estoma. Los hitos anatómicos (delineados en la modelo) se palpan y se identifican visualmente. Fueron trazadas las líneas del reborde costal, el borde del músculo recto, la sínfisis y la cresta ilíaca. **B.** Posición de pie. En la modelo se han marcado los lugares adecuados para colostomía (a la izquierda de la paciente) y para ileostomía (derecha de la paciente). **C.** Posición sentada. Los sitios para un estoma se evalúan con la paciente sentada derecha, para asegurar una superficie plana de 6 cm en torno del estoma. En esta posición se hacen visibles los pliegues adiposos y las arrugas abdominales. **D.** Desde el lateral se aprecian los sitios para un estoma, con el fin de aplicarlo correctamente sobre el pliegue adiposo. 1, aplicación demasiado cerca de un pliegue. 2, aplicación sobre el vértice de un pliegue adiposo, que es la posición óptima. 3, aplicación fuera del campo visual de la paciente.

líquido; en consecuencia, resulta necesaria la protección con una barrera cutánea. Para los ileostomas, el corrosivo y frecuente efluente demanda un ajuste seguro mediante el uso de selladores de la piel y barreras cutáneas de gelatina-pectina o sintéticas. Si no se pudiese lograr un ajuste aceptable con equipo descartable, lo mejor podría ser un equipo reusable. Si el estoma de la ileostomía estuviese deprimido o a ras de la piel, podrá ser necesaria una placa de protección convexa para lograr el sellado. Se dispone de una variedad de cementos, cinturones y soportes para diseñar un sistema personal de bolsa que permita higiene, seguridad y cambios mínimos cada semana.

APLICACIÓN DE LA BOLSA

Antes de retirar la bolsa, deben prepararse todos los elementos para el cambio, incluso barrera cutánea, bolsa, guía para medición o toalla de papel, cinta adhesiva, cinturón (optativo), papel higiénico, paño para lavarse y una bolsa de residuos. La bolsa se separa suavemente de la piel. La piel peristómica y el estoma mismo

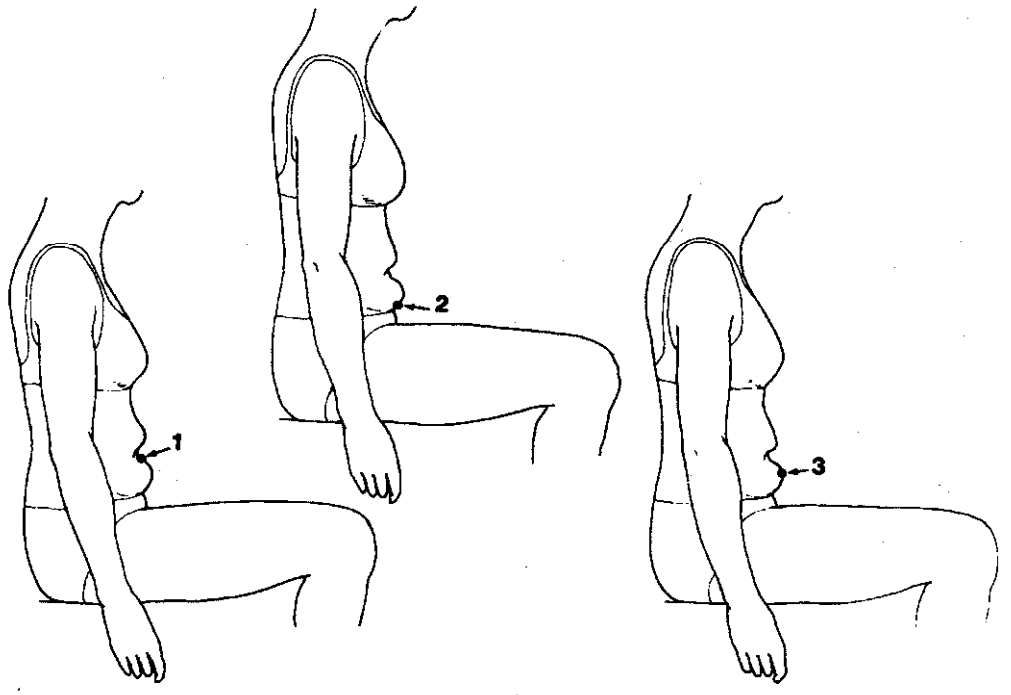


Fig. 14-4. Ubicación del estoma en un pliegue adiposo. 1, sitio del estoma demasiado alto en el pliegue graso. 2, sitio demasiado bajo en el pliegue. 3, sitio sobre el vértice, en posición óptima.

pueden ser lavados con agua caliente (no es necesario jabón) y secados bien. Se mide el estoma con un patrón, que debe tener 2 mm más que el estoma, para impedir la compresión de éste durante los movimientos del cuerpo o la peristalsis. El patrón elegido se usa para recortar un orificio en la barrera cutánea o bolsa. Cuando se trata de una ileostomía, siempre se usa un sellante y una barrera cutánea, como protección de la piel. Para una colostomía puede ser suficiente una barrera cutánea o una bolsa con anillo de karaya.

La bolsa debe ser vaciada cuando está llena hasta un tercio, para evitar romper el sellado. El vaciamiento de la bolsa es un procedimiento simple pero que requiere práctica. El paciente se sienta en el inodoro con la bolsa de ostomía colgando delante, entre sus piernas. Se abre el clamp de la bolsa y se deja drenar el efluente. Para la limpieza, puede enjuagarse la bolsa con una taza de agua corriente.

IRRIGACIÓN DE LA COLOSTOMÍA

Las colostomías de descendente y sigmoideo pueden ser irrigadas para regular la eliminación de heces.[26,41] La irrigación con agua corriente puede considerarse similar a un enema (véase fig. 14-6A y B). Las cánulas cónicas son más seguras y más fáciles de insertar en la colostomía que un catéter. Inicialmente, se usan sólo 500 ml de agua corriente pero después, y según tolerancia, el volumen de la irrigación se aumenta hasta 1000 ml.

La irrigación es práctica para pacientes con adecuada longitud intestinal, sin diarrea, con historia de evacuación regular, capacidad mental y destreza manual. La decisión de irrigar es personal, salvo que está contraindicada. Algunos pacientes consideran que la irrigación les ofrece libertad, mientras que otros estiman que les lleva demasiado tiempo. Cuando es exitosa, la irrigación ofrece un patrón de eliminación predecible y regular, y entre irrigaciones solamente se necesitará una pequeña cubierta para el estoma, por seguridad.

Una ileostomía nunca puede ser irrigada para la regulación. En caso de bloqueo por alimentos, puede instilarse una pequeña cantidad de agua para desobstruir.

EFECTOS PSICOLÓGICOS

El impacto emocional de una ostomía puede ser devastador, inclusive con un posoperatorio

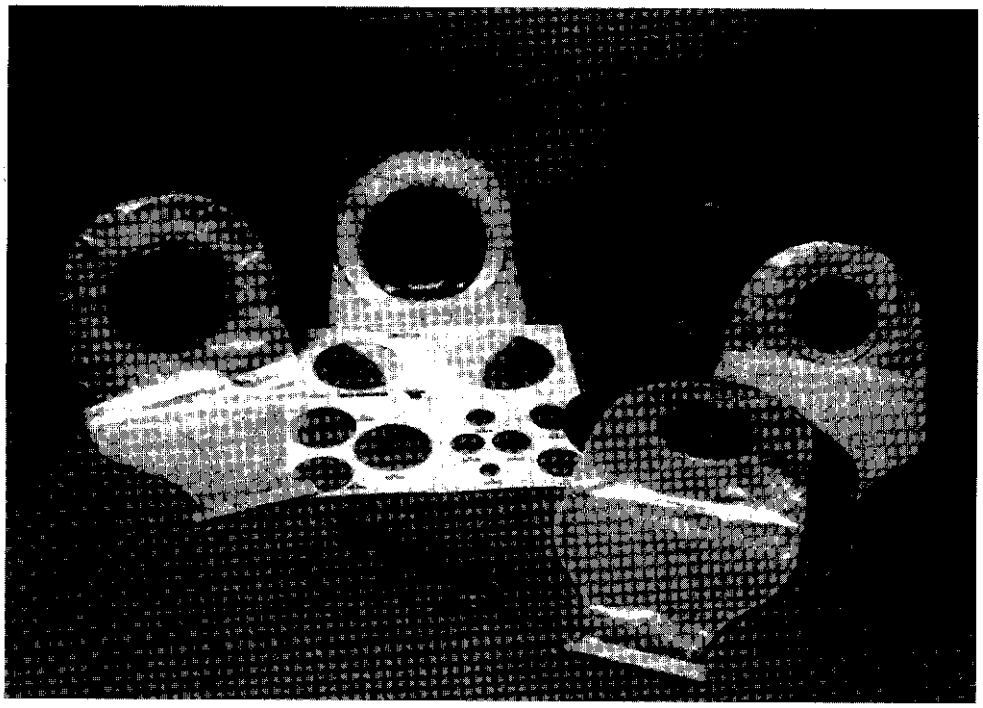


Fig. 14-5. Bolsas para ostomía. Los sistemas de bolsas drenables para ostomía consisten en una barrera cutánea adhesiva y una bolsa liviana de plástico en una sola pieza (1) o en dos piezas separadas, como en (2) y (3).

sin complicaciones. El paciente se enfrenta con un profundo cambio en su cuerpo y las sensaciones de desadaptación y depresión resultan comunes. La forma en que el paciente se ajusta a una imagen corporal alterada impacta sobre su capacidad de entablar relaciones interpersonales, experimentar y expresar su sexualidad y pasar por el proceso de rehabilitación.

El diagnóstico y el pronóstico de la enfermedad que requirió cirugía son factores críticos que determinan los efectos psicológicos de la ostomía. Por ejemplo, el paciente con una larga historia de enfermedad inflamatoria intestinal, tendrá una reacción diferente a la cirugía con ostomía que un paciente con cáncer rectal recientemente diagnosticado, que debe recibir de inmediato una ostomía inesperada. El temor a la recidiva y la muerte son temas principales de preocupación para el paciente con cáncer, mientras que el paciente con enfermedad inflamatoria intestinal puede esperar ver mejorada su salud después de la cirugía. Que la ostomía sea temporaria o permanente, influye sobre la respuesta emocional del paciente. El concepto de ostomía temporaria es más fácil de aceptar. Sin embargo, si en un individuo que centra como componente crítico de aceptación la naturaleza temporaria de la ostomía, ésta debiera ser convertida en permanente por alguna causa clínica posterior, el cambio puede resultar emocionalmente invalidante.

La adaptación a una ostomía es un largo proceso que comienza antes de la operación y continúa hasta después que las heridas han cicatrizado. Tras un cambio importante o, como en este caso, una pérdida de la imagen corporal "perfecta", sobreviene un proceso normal de duelo no muy distinto al que acontece después de la pérdida de un ser querido. Para adaptarse al cambio, el paciente experimentará primero un período de shock o escepticismo. Durante ese período, la toma de decisiones y la resolución de problemas resultan difíciles y, de ser posible, no debieran intentarse. Un abordaje positivo dentro de un clima de apoyo comienza con información e instrucción clara y simple, que a menudo requiere ser repetida y reforzada.

Tras el escepticismo inicial, los pacientes pueden experimentar un período de depresión reactiva. Quienes los cuidan pueden ayudar aceptando y reconociendo la normalidad de estos sentimientos. Las oportunidades de expresar sentimientos acerca de la situación pueden fortalecer la relación terapéutica y ayudar al paciente durante su proceso de rehabilitación.

La fase de reconocimiento y aceptación representa el tiempo en que los pacientes comienzan a reintegrar sus vidas y a aceptar las

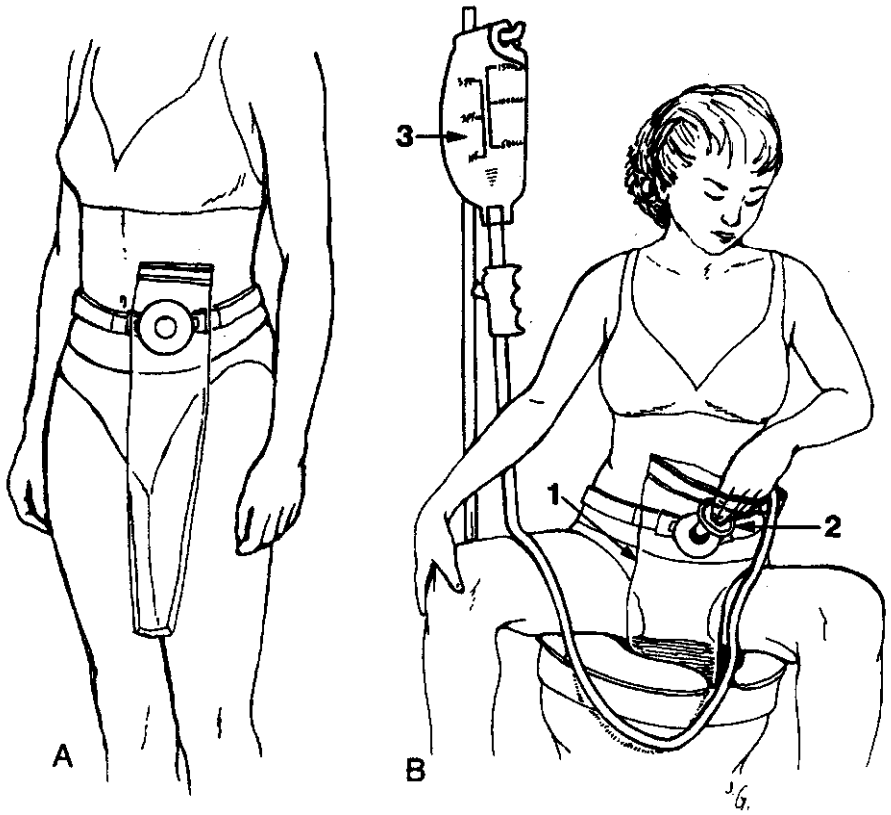


Fig. 14-6. A. Equipo para irrigación. Se asegura mediante un cinturón una "manga" para irrigación. Ésta se sigue usando durante 30 minutos después de la irrigación, con el fin de recoger agua y heces residuales. **B.** Irrigación de una colostomía. Se dirige la manga de irrigación hacia el inodoro. La punta cónica se hace pasar por la parte superior de la manga de irrigación y se introduce suavemente en el estoma. La bolsa para irrigación se mantiene colgada a nivel del hombro para que el líquido fluya por gravedad.

implicaciones de su ostomía. Durante esa fase del proceso de adaptación, el paciente hará preguntas más específicas y comenzará a mostrar algunas señales positivas con respecto a la autoayuda.

La última etapa es la de adaptación o resolución. Los pacientes resuelven la pérdida de su imagen corporal perfecta, aceptan la modificación de su situación, la adaptan a su nivel funcional previo y comienzan a mirar al futuro.

Imagen corporal

La imagen de un cuerpo perfecto es componente principal del concepto del "yo" y de la autoestima del paciente. Gillies define la imagen corporal como "el cuadro mental que cada uno tiene de su ser físico, junto con una fuerte capa de sentimientos acerca de esa estructura".[16] Una buena parte de lo que se integra en nuestra imagen corporal proviene de los mensajes que la persona recibe de otros. La reacción ante el estoma por parte del personal de salud, familiares y amigos, puede facilitar o impedir la aceptación por el paciente de su cuerpo modificado. Por ejemplo, los pacientes están atentos a las expresiones faciales con las que se comunican el personal sanitario y otras personas.

La mayoría de las personas sanas no tienen conciencia de su imagen corporal. Las enfermedades y las lesiones estimulan la percepción conciente de la imagen corporal.[28] Aunque la alteración de cualquier estructura corporal tendrá su impacto sobre la imagen del cuerpo, ciertas estructuras como la cara y los genitales son de tal importancia para el individuo, que su lesión es particularmente dañina para la imagen corporal y la autoestima.[16]

Los problemas con la imagen corporal son frecuentes después de la creación de un estoma abdominal. Las mujeres han comunicado que comparan su saliente estoma rojo con el falo.[12] Los hombres homosexuales o heterosexuales perciben su estoma como escape de su gratificación sexual.

Sexualidad

La cirugía con ostomía es percibida por la mayoría de los pacientes como amenaza para su vida sexual satisfactoria. Antes de la operación deben ser discutidos francamente con el/la paciente y su compañera/o los aspectos referidos a la sexualidad.

En hombres sometidos a proctectomía por afección benigna, la posibilidad de impotencia varía entre 0 y 20%.[2,8,30,33,47] Por el contrario, la resección abdominoperitoneal por cáncer resulta en impotencia en un 33 a un 95% de los hombres.[47] La disfunción en la erección frecuentemente es resultado de la lesión de nervios parasimpáticos que controlan el flujo sanguíneo hacia el pene, al disecar el recto de la próstata.[36,38] Aunque la erección puede estar impedida, la sensibilidad genital es normal. La eyaculación –controlada por nervios simpáticos– puede no estar afectada o bien puede existir eyaculación retrógrada.

La ansiedad de un hombre acerca de su desempeño y aceptación sexual se asocia también con la disfunción eréctil.[7] Actualmente, existen métodos quirúrgico y no quirúrgicos que ayudan a la erección. Pueden usarse dispositivos eréctiles externos o implantes peneanos para mejorar la calidad de la función sexual.

La interrupción de nervios del sistema autónomo en la mujer puede relacionarse con la disminución de la lubricación vaginal.[36,38] Un lubricante hidrosoluble puede ayudar a evitar la dispareunia. Las sensaciones después de la penetración del pene pueden ser diferentes tras la operación por el "espacio muerto" situado detrás de la pared posterior de la vagina. El cambio de posición durante el coito y la lubricación pueden contribuir al bienestar y la satisfacción. Las mujeres muchas veces están preocupadas acerca de la aceptación por su compañero.[7] Recomendaciones específicas referidas al manejo de la bolsa durante la actividad sexual ayudarán a las/los pacientes a sentirse más confiadas/os. Elementos como cubiertas para la bolsa y minibolsas de pequeña capacidad ayudan a alejar la atención de la ostomía durante la actividad sexual.

En años anteriores, los médicos tenían el concepto erróneo de que el embarazo no es recomendable para las ostomizadas. Cuestionarios recientes, formulados a pacientes y a cirujanos de colon y recto, sugieren que habría pocos problemas para la concepción y el embarazo en estas pacientes.[18,31]

Asesoramiento

Tanto el paciente como su familia temen a la cirugía con ostomía. Deben responderse las preguntas acerca de sobrevida, pronóstico y existencia con ostomía. La rehabilitación comienza para los pacientes y sus familias con el asesoramiento preoperatorio. Algunos trabajos examinaron el impacto de la instrucción y el asesoramiento preoperatorio sobre los resultados finales.[14,23,27]

Algunos beneficios documentados y asociados con el asesoramiento preoperatorio son: menor ansiedad, reducción de la anestesia, menos complicaciones y estadía más corta en el hospital.

Watson presenta un modelo para satisfacer las necesidades de pacientes de cirugía con ostomía.[44] Las necesidades del paciente pueden dividirse en tres categorías: información, habilidad técnica y apoyo emocional. Durante el período preoperatorio, la mayor necesidad es la de entender la cirugía inminente. El cirujano debe explicar en palabras simples qué está mal, qué procedimiento quirúrgico se usará y qué puede esperarse después de la cirugía y el hecho de que la operación creará una abertura en la pared abdominal por donde saldrán las heces.

El apoyo emocional durante el período preoperatorio es un componente crítico de la atención del paciente para aliviar la preocupación acerca de su supervivencia, temor al dolor y una variedad de factores individuales. La discusión sobre estas preocupaciones con el personal de salud ayuda a los pacientes y a sus familias. Los pacientes que tienen historia de problemas emocionales deben ser derivados para intervención psicológica.[44]

Los métodos de instrucción y consejo cambian durante el período posoperatorio. En ese tiempo, el paciente necesita saber nuevamente sobre los resultados de la operación y la recuperación prevista. Al principio, los pacientes están preocupados por superar el dolor y por mejorar. Una vez estabilizado el paciente, puede resultar útil la visita de un miembro de la Asociación de Ostomizados. La información acerca de la vida con una ostomía a menudo es más creíble cuando es contada por alguien que comparte la misma experiencia.

Es necesario que el paciente aprenda la técnica para cuidar independientemente de su ostomía. Las sesiones de enseñanza con una enfermera especializada en terapia enterostómica son una forma de preparación eficiente para el cuidado de la ostomía. Cuando ya se siente mejor, el paciente comienza a participar en el cuidado de su ostomía, pero todavía necesita apoyo emocional. Empieza a observar su estoma y a integrar esa nueva parte de su cuerpo a una imagen corporal establecida. Puede ser necesario verbalizar los sentimientos acerca de la sexualidad y la falta de atractivo.

Antes que el paciente abandone el hospital es necesario evaluar sus conocimientos sobre manejo de la ostomía. Puede probarse la comprensión planteando situaciones hipotéticas y preguntando cómo las manejaría en su hogar. La destreza técnica adquirida en el hospital debe ser transferida al ambiente hogareño para una exitosa rehabilitación. La Asociación de Ostomizados es un grupo de autoayuda que brinda apoyo por medio de visitadores entrenados, sesiones educativas y funciones sociales.

CUIDADOS PREVIOS A ESTUDIOS CON ENEMA DE BARIO Y COLONOSCOPIA

Veinticuatro horas antes de un procedimiento como enema de bario o colonoscopia, el paciente con colostomía debe comenzar una dieta con líquidos claros. La noche anterior al procedimiento y en la mañana de ese día se irrigará la colostomía con 1 litro de agua caliente.[38] Durante los enemas de bario, una manga de irrigación sobre la ostomía mantiene la higiene. Luego, es necesario eliminar el bario antes de que se endurezca y cause una retención. En las 8 primeras horas ulteriores al procedimiento deben beberse cuatro vasos con 240 ml de agua. Al acostarse, se tomará un laxante suave como el sulfato de magnesio y se hará una irrigación de 1 L. Si al día siguiente la materia fecal todavía contiene bario, debe repetirse el laxante y la irrigación.[38]

Para pacientes con ileostomía, la preparación adecuada consiste en una dieta con líquidos claros durante 24 horas, antes de un examen radiológico o cirugía. Los laxantes y la irrigación están contraindicados en estos casos.[4]

MEDICACIÓN

Los pacientes con colostomía del lado izquierdo no tienen problema con la absorción de medicamentos. Por el contrario, cuando un paciente tiene colostomía del transverso o del ascendente, los medicamentos de liberación lenta pueden no resultar efectivos por la rápida excreción resultante del acortamiento del colon.

De igual forma, las tabletas con cubierta entérica y los medicamentos de liberación lenta no resultan efectivos para el paciente con ileostomía. La medicación en forma líquida o masticable asegura la correcta absorción. Los antibióticos pueden producir diarrea, que en ileosomizados resulta en deshidratación. Es necesaria entonces la rehidratación con líquidos y electrólitos. En casos de diarrea, los pacientes pueden lentificar el paso por el intestino delgado con atapulgita (Kaopectate), loperamida (Imodium), difenoxilato (Lomotil) o codeína.[32] Para pacientes con ileostomía, la diarrea se define como la salida de más de 1000 ml/día.[38] En general, para ileostomizados, los laxantes están contraindicados. Cuando las heces son líquidas, pueden prescribirse agentes formadores de masa como el salvado o psillium en polvo, para ayudar a la solidificación.

En ocasiones, se usa subgalato de bismuto para controlar los olores asociados con ostomías. Esta medicación debe ser interrumpida por 24 a 48 horas antes de los estudios radiológicos, porque puede visualizarse en las radiografías.

INSTRUCCIONES ESPECIALES

Dieta

La dieta para pacientes con ostomía es irrestricta, pero los alimentos tienen que ser bien masticados. Con el desarrollo de materiales para bolsa a prueba de olores, filtros de gas y desodorantes de bolsa y heces, las personas con ostomía pueden disfrutar de mayor libertad y confianza acerca de las comidas que elijan. No obstante, el paciente debe estar alerta para reconocer alimentos que producen efectos indeseables como, por ejemplo, mayor cantidad de heces. Algunos alimentos como cebolla, ajo, pescado y huevos pueden producir olores ofensivos. Si el olor constituye un problema, inclusive cuando se usan filtros de carbón para gases, deben evitarse esos alimentos.

Repollo, maíz, porotos, pepinos, cebollas, cerveza y bebidas carbonatadas producen gases. Para reducir la emisión de gases deben evitarse esos alimentos. Los alimentos condimentados, frutas crudas, bróculi, arvejas y espinaca estimulan la diarrea. Por el contrario, puede aliviarse la diarrea consumiendo bananas pisadas, arroz, tapioca y mantequilla de maní. Los líquidos extra minimizan la deshidratración y el clorhidrato de difenoxilato con atropina reduce la diarrea. La pronta institución de estas medidas evitará la grave deshidratación con desequilibrio electrolítico.

La constipación puede ser un problema para el colostomizado. El mayor consumo de líquidos, fibras, frutas y vegetales ayuda a veces a aliviar la constipación. Los ileostomizados no sufren constipación, pero pueden tener obstrucción por alimentos. La disminución o ausencia de emisión de materia fecal asociada con dolor cólico señalan este trastorno. La mayoría de las obstrucciones por alimentos son causadas por alimentos voluminosos como brotes de soja, brotes de bambú, apio, nueces, palomitas de

maíz y ensalada de coles. Muchos bloqueos se resuelven espontáneamente, pero si persistieren más de 3 a 4 horas, una suave irrigación de 100 ml podrá aliviarla.

Baño

Los ostomizados pueden bañarse o ducharse tan frecuentemente como lo deseen. Está permitido bañarse o ducharse sin la bolsa. Si el paciente prefiere conservar la bolsa mientras se baña, se puede usar papel o cinta a prueba de agua para cubrir los bordes de la barrera cutánea.

Deportes y ejercicios

En general, los ostomizados no ven limitadas sus actividades y ejercicios. Al practicar ejercicios, pueden utilizarse pequeñas bolsas por comodidad y apariencia. Los deportes de contacto que pueden traumatizar al estoma (p. ej., fútbol americano, lucha) deben ser desalentados.

Viajes

Al viajar, siempre deben llevarse elementos de reserva para ostomía. Si se hacen irrigaciones, debe usarse agua destilada o embotellada. El agua que no es apta para beber no debe ser utilizada para irrigaciones. Se debe tener clorhidrato de difenoxilato con sulfato de atropina, porque la diarrea es frecuente durante los viajes.

COMPLICACIONES DE LA CIRUGÍA CON OSTOMÍA

Aunque se considera que la creación de una ostomía es un procedimiento relativamente menor, sus complicaciones son frecuentes. Por ejemplo, hasta un 30% de las colostomías tiene morbilidad.[3,9,25,29,34] En la sección siguiente se analizan varias de las complicaciones.

Isquemia

Las principales complicaciones tempranas de la cirugía con ostomía pueden ser resultado de una técnica quirúrgica incorrecta. Un orificio pequeño en la pared abdominal puede constreñir y obstruir los vasos intestinales. Para que se considere de tamaño adecuado, a través del estoma preparado en la pared abdominal deben pasar fácilmente dos dedos. Si la apertura no es adecuada, el flujo sanguíneo puede quedar comprometido a nivel de las fascias o de la piel. También la tensión puede ocluir la irrigación sanguínea. La pared colónica comprometida se verá primero pálida y edematosa u oscura. Si el flujo sanguíneo no retorna, el estoma sigue oscureciéndose hasta tornarse negro. En un estoma evertido, la necrosis intestinal se extiende a menudo desde el vértice del estoma al nivel de la piel, porque el mesenterio cargado con tejido adiposo sobre el cual está evertido el intestino produce torsión de los vasos sanguíneos.[1]

Si más tarde se evidencia una isquemia, debe determinarse la profundidad de la necrosis en la pared abdominal, con el fin de decidir si existe una inminente perforación intraabdominal. Una técnica simple para examinar el flujo sanguíneo a nivel de la piel consiste en aplicar un tubo de ensayo en el estoma iluminando con una linterna su interior. El color rosado de un estoma permeable se observa usualmente por debajo del nivel de la piel. Un sigmoidoscopio pediátrico insertado suavemente puede definir mejor los límites de la necrosis del estoma. Se justifica una operación de emergencia, si se observa que el nivel de la necrosis se extiende hasta la cavidad peritoneal.

Constricción

La necrosis isquémica es una fuente frecuente de constricción tardía. Se produce serositis en el margen distal necrosado, donde se forma una cicatriz circunferencial que progresivamente se tensiona, estrechando la ostomía. Otras fuentes de serositis y cicatriz son la sepsis en el tejido subcutáneo y la disrupción de la anastomosis mucocutánea. La dilatación rara vez corrige permanentemente el problema de la constricción. Si la cicatriz está solamente a nivel de la piel y si hay cierta cantidad sobrante de colon en el espacio subcutáneo, la escisión local de piel y reanastomosis bajo anestesia local puede dilatar la salida.

Infección

La infección de la herida o del estoma es usualmente función de mala técnica. El intestino debe ser aislado secundariamente para limitar un probable sembrado (fecal); luego se lo corta y se lo cierra antes de sacarlo por la pared abdominal. El pasar una luz intestinal abierta por la pared abdominal es fuente de contaminación. Entre el momento en que se cierra la herida abdominal y se madura la ostomía, el intestino abierto puede retraerse y sembrar materia

fecal en el abdomen. La infección del tejido periostómico es inusual, salvo que el paciente sea obeso o diabético o tenga comprometido su sistema inmunitario. La disrupción de la anastomosis mucocutánea puede llevar a un absceso local. El absceso periostómico también puede representar un hematoma infectado. El tratamiento de elección es el drenaje. La fístula es el resultado de una enfermedad primaria (como la enfermedad de Crohn), de una enterotomía no reconocida o de una sutura que pase por todo el espesor (de la pared) del colon.

Úlceras

Los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal, especialmente aquellos con enfermedad de Crohn, experimentan úlceras adyacentes al estoma, sin razón aparente. Las úlceras pueden ser pequeñas pero a veces son profundas y casi circulares. Curan si se hace desbridamiento local y se instituyen adecuados cuidados de enfermería. Se requiere destreza para mantener un dispositivo sobre el estoma y sobre una gran úlcera. La úlcera debe ser cubierta o rellenada con alguna sustancia para barrera cutánea, a efectos de obtener sellado. Este sellado se rompe frecuentemente. En cada oportunidad, la herida debe ser limpiada y debe aplicarse una bolsa nueva.

Seudopólipos

Sobre la ostomía pueden formarse seudopólipos, en la unión mucocutánea. No son nocivos pero sangran fácilmente si se erosionan. Si la hemorragia local resultase un problema, puede hacerse resección o electrocoagulación.

Hemorragia

Las hemorragias menores son comunes en la anastomosis mococutánea. Una bolsa puede irritar el borde e inducir el sangrado. Usualmente este problema se autolimita, pero a veces es necesaria la ligadura o la electrocoagulación. Las hemorragias mayores requieren investigación formal mediante endoscopia, examen con enema de bario y, posiblemente, arteriografía. Debe tomarse en consideración un diagnóstico de enfermedad recurrente, como ser neoplasia o enfermedad de Crohn.

Los pacientes con hipertensión portal pueden formar complejos venosos peristómicos ("cabeza de medusa") que descomprimen la elevada presión venosa portal. Las venas se hacen progresivamente más gruesas y extendidas por fuera de la piel o por debajo de ella, produciendo un tono púrpura en torno del estoma (fig. 14-7A). Estas venas pueden sangrar mucho. Para hacer cesar un episodio hemorrágico activo, puede coserse el margen del estoma.[13,20,21,46] También se puede controlar la hemorragia por breve tiempo manteniendo deprimido el estoma y volviendo a suturar. La reubicación del estoma no impide la recurrencia de este proceso.

Retracción

El primer día de posoperatorio puede producirse retracción aguda. El intestino puede ser evertido nuevamente entrando en el estoma con un clamp y tomando y evertiendo el íleon. El estoma podrá fijarse con un clamp o con nueva sutura.

La retracción crónica puede dar por resultado la reversión del íleon hacia el abdomen o la pared abdominal. Si está en el abdomen, debe hacerse laparotomía, fijando nuevamente el mesenterio y el intestino. Si la retracción está simplemente en la pared abdominal, puede tomarse y realizarse nuevamente la unión mucocutánea.

Hernia

Las hernias periostómicas son frecuentes pero no siempre sintomáticas (fig. 14-7B). A muchos pacientes no les agrada su aspecto y desean reparación. La obesidad y la alta presión intraabdominal contribuyen a la formación de esas hernias. En cambio, éstas se evitan sacando la ostomía a través del músculo recto y dimensionando cuidadosamente el estoma.[22] Si hubiese dolor o si no se pudiese colocar el dispositivo, será necesario reubicar el estoma.[17,40] Desafortunadamente, las reparaciones locales fracasan a menudo. A veces, es útil el uso de malla para reforzar la pared abdominal en torno del estoma. En otros tiempos, se aconsejaba hacer un túnel extraperitoneal para evitar esta complicación; no obstante, el estoma extraperitoneal también puede herniarse.[19]

Prolapso

El prolapso de la ostomía es producto de la presión abdominal, la obesidad, la ubicación lateral con respecto al (músculo) recto o la mala fijación. A menudo, se trata de una pequeña protrusión que no requiere corrección. Por el contrario, en una colostomía, una hernia que sale por la pared abdominal puede responder a la escisión del intestino sobrante y estrecha-

miento de la abertura. Si hubiese una ostomía en asa, el problema usualmente se resuelve transformándola en ostomía terminal. En caso de ostomía en asa, el punto usual de prolapso es el extremo distal del asa, que empuja hacia afuera de la cavidad abdominal en forma retrógrada. La fijación intraperitoneal evita este problema. En caso de tratarse de colon, la escisión de intestino sobrante lo deja preparado a nivel de la superficie cutánea. En cambio, si se trata de una ileostomía, nunca debe cortarse el íleon para reparar el prolapso; usualmente se requiere reubicación y fijación.

Obstrucción

Los signos y los síntomas como vómitos, distensión, cólico y disminución de deposiciones anuncian una obstrucción intestinal. Tras cualquier operación abdominal, la fuente pueden ser adherencias o vólvulos. Los vólvulos, el prolapso y la hernia pueden ser minimizados por medio de fijación intraperitoneal del intestino.[15] Para evitar vólvulos o hernia interna, el espacio en torno del estoma dentro del abdomen debe dejarse ampliamente abierto, para impedir la obstrucción, o bien debe cerrarse completamente el canal lateral. Los segmentos intestinales estrechados predisponen a la obstrucción secundaria por bolos de partículas alimenticias no digeridas. Tales obstrucciones pueden superarse por medio de irrigación retrógrada con un catéter. La digestión normal y el ablandamiento del alimento bloqueante progresan por el intestino y, aguardando un poco, podrá hacerse fragmentación y fácil remoción.

Aumento de deposiciones

Antes de 1952, en la técnica estándar de ileostomía no se suturaba el margen ileal al borde de piel. Sobre el área serosa expuesta se producía serositis circunferencial, que estenosaba al estoma.[11] Esta obstrucción produce síntomas de diarrea profusa, dolor, vómitos, distensión abdominal y eventualmente deshidratación, denominándose disfunción ileal.[43] La salida ileal normal es de 500 a 1000 ml/día.[42] Si el intestino delgado fue resecado hasta el punto de dejarlo corto, el volumen puede crecer hasta diez veces esa cifra.[24] En el efluente ileal se pierde principalmente agua y cloruro de sodio isotónico, de manera que puede usarse solución fisiológica para reemplazar las pérdidas, con el agregado de pequeñas cantidades de potasio, calcio y magnesio. La deshidratación se manifiesta en un ileostomizado por pérdida de peso y de sodio cambiable.[10] Como en otros casos de deshidratación, en el 8% de los pacientes pueden formarse ulteriormente cálculos urinarios.[35] Después de una ileostomía, pueden formarse cálculos biliares si se resecó mucho íleon.[24]

Traumatismos

El estoma queda sujeto a traumatismos cuando la placa de protección se fija ajustadamente con un cinturón y se ejerce fuerza sobre el costado del dispositivo, lo cual genera fuerzas de corte. Los deportes que implican contacto corporal como parte del juego son los que imponen mayor riesgo al estoma. Las generaciones anteriores de bolsas se hacían en plástico duro y eran sostenidas por cinturones a correas. Hasta caminar con tales prótesis puede producir efecto de sierra, resultando un corte lateral en en el estoma.

Perforación

La perforación no es común, pero su riesgo de mortalidad asciende al 50%.[37,39] Anteriormente, la causa más frecuente era la punción de la pared colónica con un catéter, durante la irrigación. La perforación genera peritonitis aguda y requiere cirugía de emergencia. Por lo general, se hace nueva ostomía y se reseca el segmento distal perforado.[39] El uso de una punta cónica blanda y plegable para introducir el agua de la irrigación elimina el peligro de las perforaciones relacionadas con el catéter.

PROBLEMAS DE LA PIEL

La irritación y la inflamación de la piel ocurren en dos situaciones. Primera: algunos pacientes son alérgicos a una barrera cutánea, adhesivo, solvente o material de bolsa en particular de los que se utilizan sobre la piel como parte del sistema (fig. 14-7C y 14-8). Puede hacerse una prueba sobre el paciente aplicando una pequeña porción del material sospechoso en cualquier parte del cuerpo, como "prueba de parche". Si también ese sitio se inflama, en el futuro deberá evitarse tal material. La observación del punto en el cual ocurre la erupción y de la configuración de la erupción a menudo resultan diagnósticas (fig. 14-8). Si el orificio de la barrera cutánea se recorta demasiado grande, la piel expuesta se lesionará inmediatamente adyacente al estoma.

Segunda: se perderá el sellado de la placa de protección si el estoma está situado cerca de cicatrices, del ombligo, de eminencias óseas, etc. A pesar de que las heces del colon no son tan

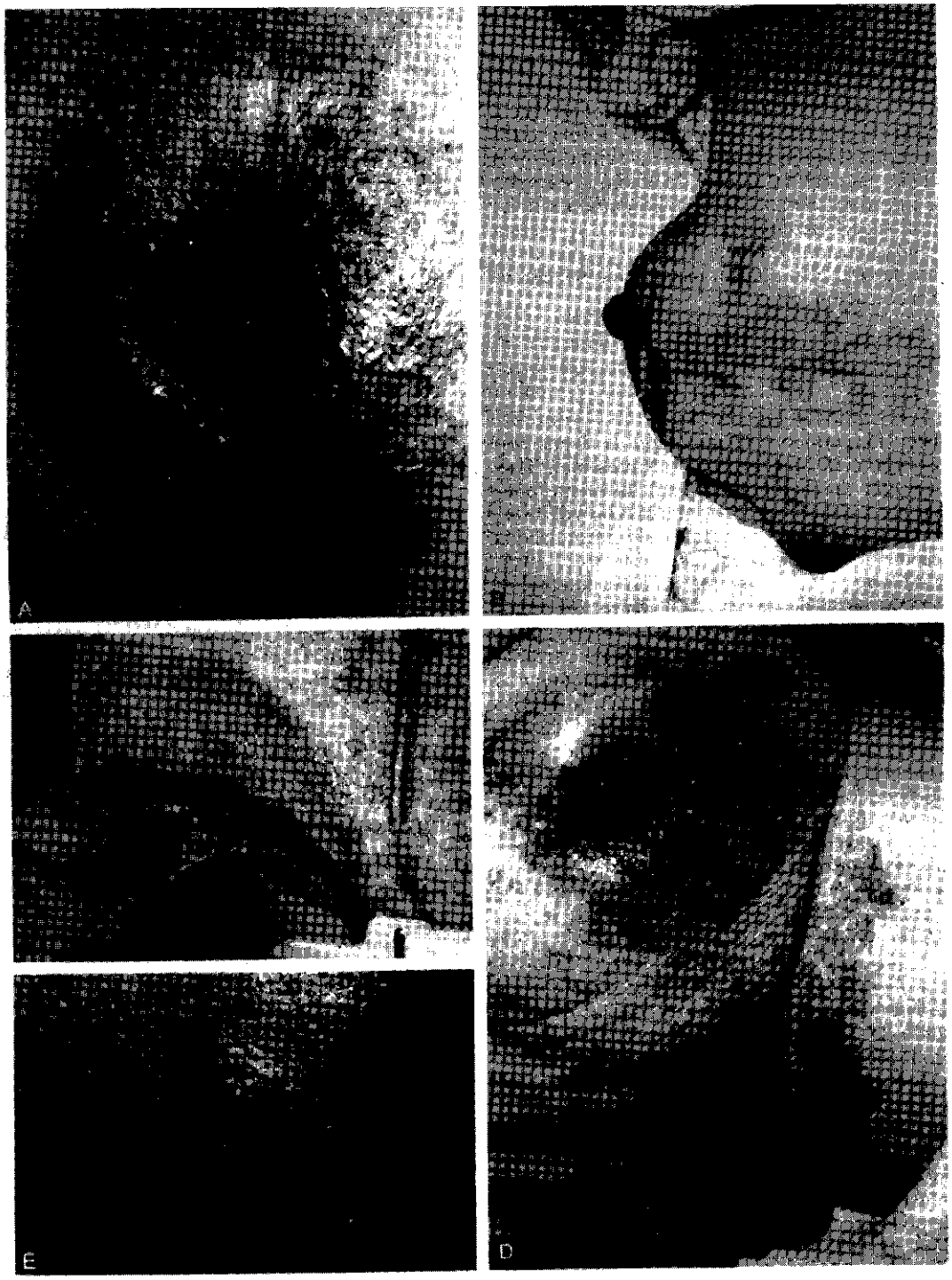


Fig. 14-7. **A.** Complejos venosos periostómicos secundarios a una hipertensión portal ("cabeza de medusa"). **B.** Hernia de la colostomía. **C.** Alergia a la barrera cutánea. **D.** Escoriaciones causadas por repetidas rupturas en el sellado del dispositivo. **E.** Rash maculopapular moniliásico en torno de una colostomía terminal descendente. Obsérvese que la mayor parte de la erupción está dentro de la configuración de la barrera cutánea, pero hay lesiones satélites adicionales.

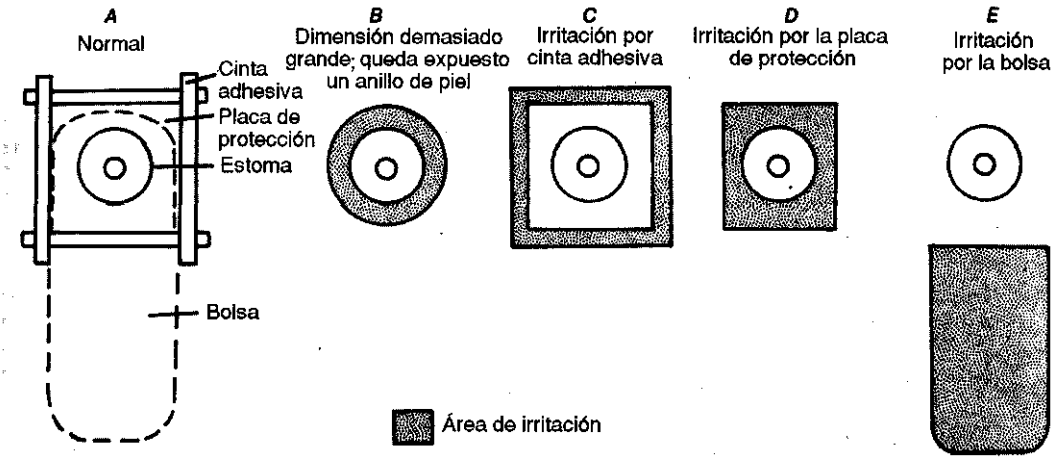


Fig. 14-8. Alergia al dispositivo. Las diferentes partes del dispositivo producen escoriaciones en los puntos de contacto con la piel.

corrosivas como las del efluente de una ileostomía, una filtración de materia fecal atrapada bajo la placa de protección macerará e inflamará la piel. El efluente de una ileostomía, dejado en contacto con la piel, produce ulceración (fig. 14-7D). Debe evitarse la continuación del contacto. La protección de la piel con una delgada capa de fino polvo absorbente como la karaya y la aplicación de un sellante crean una barrera. La oblea protectora debe estar bien ajustada al estoma, sin dejar piel expuesta. Unos pocos días de protección permiten que la piel cure.[6]

La placa de protección del dispositivo para ileostomía debe cambiarse normalmente cada 3 a 4 días. Puede ser posible extender ese período, pero podría empezar a ceder el sellado. Si esto ocurriese regularmente, deberá instituirse una rutina de cambios más frecuentes. A la inversa, los cambios demasiado frecuentes pueden eliminar las células más superficiales de la piel, produciendo ulceración. Una ileostomía enrojecida requerirá corrección en aproximadamente el 12% de los casos.[17] Una erupción que adopte la forma de la barrera cutánea, a menudo con parches de candida, puede indicar una reacción adversa al material de la barrera (ver fig. 14-7E). Los rashes por candida son rojos en el centro, con lesiones satélites maculopapulares y pueden tener pérdida superficial de epidermis. El paciente puede quejarse de prurito local. El tratamiento consiste en la aplicación de polvo de nistatina, que se fija a la piel con un sellador antes de aplicar la bolsa.

La hernia, el prolapso y la invaginación son evidentes factores contribuyentes al fracaso de las bolsas, porque rompen el sellado. La inspección y las preguntas al paciente permiten diagnosticar cualquiera de estos problemas mecánicos subyacentes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Babcock, G., Bivins, B.A., and Sachatella, C.R.: Technical complications of ileostomy. South. Med. J., *73*:329–331, 1980.
2. Bierman, H.J., Tocker, A.M., and Tocker, L.R.: Statistical survey of problems in patients with colostomy or ileostomy. Am. J. Surg., *112*:7647–7650, 1966.
3. Birnbaum, W., and Ferrier, P.: Complications of abdominal colostomy. Am. J. Surg., *83*:64–67, 1952.
4. Broadwell, D., and Sorrells, S.: Ileostomy Care. Plainfield, N.J., Patient Education Press, 1989.
5. Brooke, B.N.: The management of ileostomy. Lancet *2*:102–104, 1952.
6. Brooke, B.N., Jeter, K., and Berk, J. (eds.): Gastroenterology. Philadelphia, W.B. Saunders, 1985, pp. 2371–2385.
7. Brouillette, J.N., Pryor, E., and Fox, T.A.: Evaluation of sexual dysfunction in the female following rectal resection and intestinal stoma. Dis. Colon Rectum, *24*:98–102, 1981.
8. Burnham, W.R., Lennard-Jones, J.E., and Brooke, B.N.: Sexual problems among married ileostomates. Gut *18*:673–677, 1977.
9. Burns, F.J.: Complications of colostomy. Dis. Colon Rectum, *13*:448–450, 1970.
10. Clarke, A.M., Chirnside, A., Hill, G.L., et al.: Chronic dehydration and sodium depletion in patients with established ileostomies. Lancet *2*:740–743, 1967.
11. Crile, G.W., Jr., and Turnbull, R.B.: Mechanism and prevention of ileostomy dysfunction. Ann. Surg., *14*:459–466, 1954.
12. Dlin, B., and Fisher, H.: Psychiatric aspects of colostomy and ileostomy. *In* Howells, J. (ed.): Modern Perspectives in the Psychiatric Aspects of Surgery. New York, Brunner Mazel, 1976, pp. 321–341.
13. Eckhauser, F.E., Sonda, L.P., Strodel, W.E., et al.: Parastomal ileal conduit hemorrhage and portal hypertension. Ann. Surg., *192*:620–624, 1980.
14. Egbert, L.D., Battit, G.E., Welch, C.E., and Bartlett, M.K.: Reduction of postoperative pain by encouragement and instruction to patients. N. Engl. J. Med., *270*:825–827, 1964.
15. Fazio, V.W., and Turnbull, R.B.: Ulcerative colitis and Crohn's disease of the colon: a review of surgical options. Med. Clin. North Am., *64*:1135–1159, 1980.

16. Gillies, D.: Body image changes following illness and injury. J. Enterost. Ther., *11*:186–189, 1984.
17. Goldblatt, M.S., Corman, M.L., Haggitt, R.C., et al.: Ileostomy complications requiring revision—the Lahey Clinic experience. Dis. Colon Rectum, *20*:209–214, 1977.
18. Gopal, K.A., Amshel, A.L., Shonberg, I.L., et al.: Ostomy and pregnancy. Dis. Colon Rectum, *28*:912–916, 1985.
19. Goligher, J.C.: Diseases of Anus, Rectum, and Colon, 4th ed. London, Ballieve Tindall, 1980.
20. Graeber, G.M., Ratner, M.H., Ackerman, N.B., et al.: Massive hemorrhage from ileostomy and colostomy stomas due to mucocutaneous varices in patients with coexisting cirrhosis. Surgery, *79*:107–110, 1976.
21. Grundfest, S., and Fazio, F.: Conservative treatment of bleeding stomal varices. Arch. Surg., *118*:981–985, 1983.
22. Hawley, P.R., and Ritchie, J.K.: Complications of ileostomy and colostomy following excisional surgery. Clin. Gastroenterol., *8*:403–415, 1979.
23. Healy, M.K.: Does preop instruction make a difference? Am. J. Nurs., *68*:62–67, 1968.
24. Hill, G.L., Mair, W.S.J., and Goligher, J.C.: Cause and management of high volume output self-depleting ileostomy. Br. J. Surg., *62*:720–726, 1975.
25. Hines, J.R., and Harris, G.D.: Colostomy and colostomy closure. Surg. Clin. North Am., *57*:279–284, 1977.
26. Jao, S., Beart, R.W., Wendorf, L.J., and Ilstrup, D.M.: Irrigation management of sigmoid colostomy. Arch. Surg., *120*:916–917.
27. Lindeman, C., and Van Aernan, B.: Nursing interventions with the presurgical patient: the effects of structured and unstructured preoperative teaching. Nurs. Res., *20*:319–332, 1971.
28. McGuire, P.: The psychological and social sequelae of mastectomy. *In* Howells, J. (ed.): Modern perspectives in the psychiatric aspects of surgery. New York, Brunner Mazel, 1976, pp. 390–421.
29. Mollitt, D.L., Malangoni, M.A., Ballantine, T.V.N., and Grosfeld, J.L.: Colostomy complications in children. Arch. Surg., *115*:455–458, 1980.
30. May, R.E.: Sexual dysfunction following rectal excision for ulcerative colitis. Br. J. Surg., *59*:29–32, 1972.
31. Metcalf, A.M., Dozois, R.R., and Kelly, K.A.: Sexual function after proctocolectomy. Ann. Surg., *206*:624–627, 1986.
32. Newton, C.R.: Effect of codeine, Lomotil, and Isogel on ileostomy function. Gut *19*:377–838, 1978.
33. Nilsson, L.O., Kock, N.G., Kylberg, F., et al.: Sexual adjustment in ileostomy patients before and after conversion to continent ileostomy. Dis. Colon Rectum, *24*:287–290, 1981.
34. Pearl, R.K., Prasad, M.L., Orsay, C.P., et al.: Complications of intestinal stomas. Contemp. Surg., *24*:17–23, 1984.
35. Roy, P.R., Saver, W.G., Beahrs, O.H., et al.: Experience with ileostomies. Evaluation of 497 patients. Am. J. Surg., *119*:77–86, 1970.
36. Rubin, G.P., and Devlin, B.: The quality of life with a stoma. Br. J. Hosp. Med., *38*:300–303, 1987.
37. Salim, I., and Quan, S.H.: Colostomy perforation. Dis. Colon Rectum, *21*:92–93, 1977.
38. Smith, D., and Johnson, D.: Ostomy care and the cancer patient. New York, Grune & Stratton, 1986.
39. Spiro, R.H., and Hertz, R.E.: Colostomy perforation. Surgery, *60*:590–597, 1966.
40. Taylor, R.L., Rombeau, J.L., and Turnbull, R.B.: Transperitoneal relocation of the ileal stoma without formal laparatomy. Surg. Gynecol. Obstet., *146*:953–958, 1978.
41. Terranova, O., Sandei, F., Rebuffat, C., et al.: Irrigation vs natural evacuation of left colostomy. Dis. Colon Rectum, *22*:31–34.
42. Todd, I.P.: Complications of ileostomy. *In* Todd, I.P. (ed.): Intestinal stomas. London, William Heinemann, 1978, p. 79.
43. Warren, R., and McKittrick, L.S.: Ileostomy for ulcerative colitis; technique, complications, and management. Surg. Gynecol. Obstet., *93*:555–567, 1951.
44. Watson, P.: Meeting the needs of patients undergoing ostomy surgery. J. Enterost. Ther., *12*:121–124, 1985.
45. Watt, R.: Challenging stoma placement. J. Enterost. Ther., *13*:20–22, 1986.
46. Weisner, R.H., LaRusso, N.F., Dozois, R.R., et al.: Peristomal varices after proctocolectomy in patients with primary sclerosing cholangitis. Gastroenterology, *90*:316–322, 1986.
47. Yeager, E., and Heerden, J.: Sexual dysfunction following proctocolectomy and abdominoperineal resection. Ann. Surg., *191*:169–170, 1980.