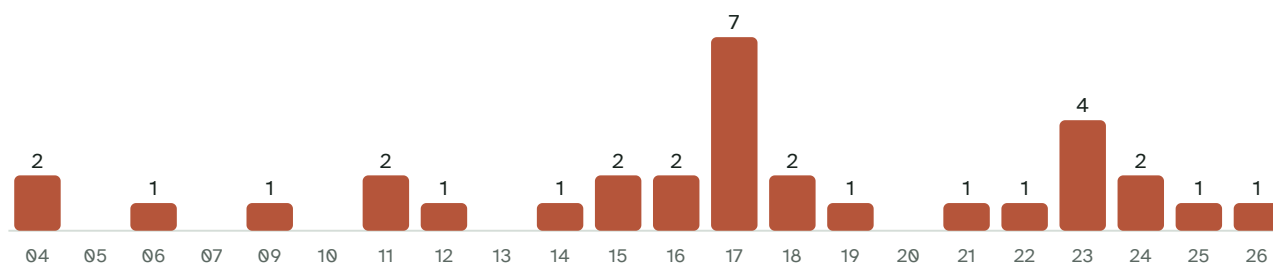


Patología del tubo digestivo

La patología del tubo digestivo cae casi todos los años en el EIR, y de dos maneras: preguntas clásicas de enfermería médico-quirúrgica (dieta en el reflujo, síndrome de dumping tras gastrectomía, diferencias entre Crohn y colitis ulcerosa, melena, fecalomas) y, desde 2021, un bloque de coloproctología con escalas y clasificaciones con nombre propio (Roma IV, Hinchey modificada, RAFIS, LARS, CVE-20, irrigación transanal). El tema va de arriba abajo: esófago, estómago, hemorragia digestiva, enfermedad inflamatoria intestinal, diarrea y sobrecrecimiento bacteriano, colon, estreñimiento e incontinencia fecal.

Apuntes para el EIR · versión 2026-10-01 · **sin revisión enfermera**. Todas las preguntas son reales, de exámenes EIR, con su año y su número; ninguna está escrita por IA. Las respuestas están en el solucionario, al final.

Cómo cae en el EIR



32 preguntas de este tema en 22 exámenes (2004-2026, ordinarias, clasificación segura).

Lo más repetido

- Reflujo gastroesofágico: dieta (proteínas permitidas, evitar grasas) (4 exámenes)
- Colitis ulcerosa: afectación limitada a la mucosa (y submucosa) (2 exámenes)
- Enfermedad de Crohn: afecta cualquier tramo del tubo digestivo (2 exámenes)

Índice

Resumen para repasar	3
Puntos clave	6
1. Esófago: reflujo gastroesofágico, hernia de hiato, acalasia y cáncer	8
2. Estómago: Helicobacter pylori, gastrectomía, síndrome de dumping y vitamina B12	13
3. Hemorragia digestiva	18
4. Enfermedad inflamatoria intestinal: Crohn y colitis ulcerosa	20
5. Diarrea, infecciones y sobrecrecimiento bacteriano (SIBO)	23
6. Colon: enfermedad diverticular y cáncer colorrectal	26
7. Estreñimiento, impactación fecal y enemas	28
8. Incontinencia fecal, síndrome de resección anterior e irrigación transanal	33
Todas las preguntas del tema (32)	36
Preguntas que también podrían ser de este tema (8)	45
Solucionario	48
Fuentes	50

Resumen para repasar

1. Esófago: reflujo gastroesofágico, hernia de hiato, acalasia y cáncer

- ERGE: perder peso, **no cenar en las 2-3 h previas a acostarse**, **eleva el cabecero** y dejar el tabaco ^{F3}.
- Empeoran el reflujo: **grasas, chocolate, menta, café, alcohol, bebidas con gas, cítricos y tomate** ^{F1,F3}.
- Las **proteínas suben** la presión del esfínter esofágico inferior y las **grasas la bajan**: se recomiendan **carnes magras, pescado blanco y lácteos desnatados**; el huevo, sin contraindicación ^{F4,F5,F66}.
- ERGE: alimentos **templados** (ni muy fríos ni muy calientes) y líquidos **entre** las comidas, no durante ^{F66}.
- Hernia de hiato por deslizamiento: la unión gastroesofágica sube **por encima del diafragma**; la cirugía es la **funduplicatura** ^{F6,F2}.
- Acalasia: **peristalsis alterada** y el esfínter esofágico inferior **no se relaja** al deglutir ^{F7}.
- **Barrett** = precursor del **adenocarcinoma** de esófago; también sexo masculino, obesidad y reflujo ^{F8,F9}.
- Esofagectomía: la **fuga anastomótica al mediastino** puede dar mediastinitis y sepsis; fiebre, taquicardia, dolor torácico y disnea son signos compatibles ^{F11,F12}.

2. Estómago: Helicobacter pylori, gastrectomía, síndrome de dumping y vitamina B12

- H. pylori: **carcinógeno humano, grupo 1** (IARC); causa **adenocarcinoma gástrico** (no cardial) y linfoma MALT ^{F13,F68}.
- Antes de la prueba: **IBP fuera 14 días**; antibióticos y bismuto, **4 semanas**; anti-H2 y antiácidos **sí** se pueden tomar ^{F14}.
- **Billroth I** = gastroduodenostomía; **Billroth II** = gastroyeyunostomía (asa aferente); **Y de Roux**, menos reflujo; **manga** = tubo gástrico sin asa ^{F15,F16,F17}.
- Dumping: contenido **hiperosmolar** que arrastra líquido a la **luz intestinal**; precoz en **30 minutos**, tardío a las **1-3 h** por **hipoglucemia** ^{F18,F21}.
- Prevención: **6 comidas pequeñas**, líquidos **30 minutos después**, sin azúcares simples, más proteína y fibra, y **tumbarse 30 minutos** tras comer (NIDDK) ^{F20}.
- Gastrectomía: falta el **factor intrínseco** y se absorbe mal la **B12**; tras gastrectomía total, **B12 intramuscular** ^{F22,F15}.

3. Hemorragia digestiva

- **Hematemesis** = vómito de sangre; **melena** = heces **negras, alquitranadas**, de origen **alto**; **hematoquecia** = sangre roja por el recto, de origen bajo ^{F23}.
- Hemorragia alta: úlcera duodenal y gástrica, Mallory-Weiss, erosiones, esofagitis; las **varices** se deben a la **hipertensión portal** ^{F23,F24}.
- Hemorragia baja intensa: primera causa, el **sangrado diverticular** (hasta el 50 %); en la menor, hemorroides y cáncer colorrectal ^{F25,F23}.

4. Enfermedad inflamatoria intestinal: Crohn y colitis ulcerosa

- Crohn: **cualquier tramo de la boca al ano, transmural, segmentario** (áreas salteadas), granulomas no caseosos ^{F26,F27}.
- Crohn: fístulas, abscesos y estenosis frecuentes; la **cirugía no lo cura** ^{F27}.
- Colitis ulcerosa: empieza en el **recto** y avanza de forma **continua**; inflamación **mucosa** (el MSD dice mucosa y submucosa) ^{F28,F29,F30}.
- Colitis ulcerosa: **siempre rectorragia, sin fístulas**; la **rectolectomía es curativa** ^{F28,F29}.
- Incidencia de colitis ulcerosa **sin diferencia significativa entre sexos hasta los 45 años** ^{F31}.

5. Diarrea, infecciones y sobrecrecimiento bacteriano (SIBO)

- Hiato osmótico fecal = $290 - 2 \times (\text{Na} + \text{K})$; secretora < 50 ^{F39,F41}; osmótica > 125 según la SCD (el MSD: > 50) ^{F39,F41}.
- Secretora: hiato < 50 y **osmolaridad fecal medida = calculada con los electrolitos**, gran volumen, **persiste con el ayuno**; osmótica: **cede con el ayuno** ^{F39,F42}.
- **Campylobacter** (sobre todo C. jejuni y C. coli): primera causa bacteriana de **gastroenteritis** ^{F43}.
- SIBO: diverticulosis del intestino delgado, asas ciegas, Billroth II, trastornos de la motilidad, **aclorhidria** e IBP ^{F38,F39}.
- SIBO: síntoma principal la **distensión**; referencia diagnóstica, el **cultivo del aspirado**; tratamiento, **antibióticos** (rifaximina) ^{F38}.

6. Colon: enfermedad diverticular y cáncer colorrectal

- Diverticulosis: **dieta rica en fibra** con líquidos suficientes ^{F25,F33}.
- Diverticulitis: **Hinchey modificada por Kaiser** (Ø, Ia flemón, Ib absceso pericólico, II absceso a distancia, III peritonitis purulenta, IV fecaloidea) ^{F34,F35}.
- Cáncer colorrectal: **cambio del ritmo intestinal**, sangre en heces, **heces estrechas**, evacuación incompleta, pérdida de peso, anemia ^{F36,F37}.

7. Estreñimiento, impactación fecal y enemas

- **Roma IV:** 2 o más criterios en más del 25 % de las deposiciones (esfuerzo, Bristol 1-2, evacuación incompleta, bloqueo, maniobras manuales, **< 3 deposiciones/semana**), 3 meses con inicio 6 meses antes ^{F45,F44}.
- **Roma V** (2026) renombra el estreñimiento funcional como **estreñimiento crónico** ^{F65}.
- Factores de riesgo: **sexo femenino** (el doble), **edad avanzada**, sedentarismo, fármacos; la WGO 2010 añadía baja ingesta calórica, depresión y abuso físico o sexual ^{F45,F46}.
- Disinergia defecatoria = **anismo** = disinergia del suelo pélvico = **contracción paradójica**; el **periné descendente** es otra entidad ^{F47,F48}.
- **Estreñimiento subjetivo** (NANDA 00012): autodiagnóstico con **abuso de laxantes y enemas** para una deposición diaria ^{F55}.
- **CVE-20:** calidad de vida en el estreñimiento, **20 ítems, 4 dimensiones**; cada ítem de 0 a 4 y **más puntos = mejor calidad de vida** ^{F56,F71}.
- Fecaloma: **diarrea por rebosamiento** → **tacto rectal**; extracción **fragmentando** la masa y vigilando la **respuesta vagal**; el SERGAS admite enemas con laxantes si la masa no es dura ^{F49,F50,F51,F52}.
- Enema **carminativo** = **expulsión de gases** ^{F53}.

8. Incontinencia fecal, síndrome de resección anterior e irrigación transanal

- **RAFIS:** estado (**escala visual**) + fugas (**frecuencia**, escala numérica) ^{F57}.
- **LARS** (Emmertsen, 2012): función intestinal tras **resección anterior de recto**; 5 ítems, 0-42 ^{F58}.
- Wexner y Vaizey: gravedad de la **incontinencia fecal** ^{F59,F60}.
- Incontinencia fecal: tratamiento **escalonado**; el **estoma**, en el **vértice** de la pirámide, cuando todo lo demás ha fracasado ^{F61,F62,F63}.
- Irrigación transanal: disfunción neurógena, trastornos funcionales y **LARS**; contraindicada en la **EII activa** ^{F62,F50,F74}.

Puntos clave

- 1 ERGE: evitar **grasas, chocolate, menta, café, alcohol, cítricos y tomate** y el tabaco; las **proteínas** suben la presión del esfínter esofágico inferior ^{F1,F3,F4}.
- 2 Acalasia: peristalsis esofágica alterada y **falta de relajación del esfínter esofágico inferior** al deglutir ^{F7}.
- 3 El **esófago de Barrett** es el precursor del **adenocarcinoma** de esófago ^{F8,F9}.
- 4 Fiebre, dolor torácico y disnea tras una esofagectomía: signos compatibles con una **fuga anastomótica al mediastino** (mediastinitis) ^{F11,F12}.
- 5 Antes de la prueba de H. pylori: **IBP fuera 2 semanas**; antibióticos y bismuto, **4 semanas** ^{F14}.
- 6 **Billroth I** = gastroduodenostomía; **Billroth II** = gastroyeyunostomía ^{F15,F16}.
- 7 Dumping: contenido **hiperosmolar** que arrastra líquido a la luz intestinal; comidas pequeñas, líquidos **30 minutos después**, sin azúcares simples, y **decúbito tras comer** (NIDDK) ^{F20,F21}.
- 8 Tras gastrectomía falta el **factor intrínseco** y hay que reponer **B12** ^{F22,F15}.
- 9 Melena = heces **negras y alquitranadas**, de origen **alto**; las varices se deben a **hipertensión portal**; la **enfermedad diverticular** es la primera causa de hemorragia digestiva baja intensa ^{F23,F24,F25}.
- 10 Crohn: **cualquier tramo, transmural, segmentario**, granulomas y fístulas, la cirugía no lo cura. Colitis ulcerosa: colon y recto, **continua, mucosa** (y submucosa), la colectomía cura ^{F27,F28,F29}.
- 11 Diarrea secretora: hiato osmótico **< 50**, osmolaridad fecal medida **idéntica a la calculada con los electrolitos, no cede con el ayuno** ^{F39,F41,F42}.
- 12 SIBO: patrón de referencia, el **cultivo del aspirado intestinal**; tratamiento, **antibióticos** ^{F38}.
- 13 Diverticulitis: **Hinchey modificada por Kaiser** (0, Ia, Ib, II, III, IV); diverticulosis: **dieta rica en fibra** ^{F34,F25}.
- 14 Estreñimiento: **Roma IV**; prevalencia **dos veces mayor en las mujeres** ^{F44,F45}.

15 Fecaloma: diarrea por **rebosamiento** → **tacto rectal**; la masa se **fragmenta**, no se saca entera
F49,F50,F51

16 Incontinencia fecal: tratamiento escalonado con el **estoma en el vértice**; LARS valora la función intestinal **tras resección anterior de recto**; la **EII activa** contraindica la irrigación transanal **F61,F58,F62**.

1. Esófago: reflujo gastroesofágico, hernia de hiato, acalasia y cáncer

En la **enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE)** el contenido del estómago asciende al esófago porque el **esfínter esofágico inferior (EEI)** no cierra bien. Las medidas de estilo de vida que recomienda la guía del American College of Gastroenterology (ACG, 2022) son: **perder peso** si hay sobrepeso u obesidad, **no comer en las 2-3 horas previas a acostarse**, **eleva el cabecero** de la cama si hay síntomas nocturnos y **dejar el tabaco** ^{F3}. El NIDDK aconseja además cenar al menos **3 horas antes** de tumbarse y elevar la cabeza y la parte alta de la espalda **15-20 cm** (6 a 8 pulgadas) con una cuña o almohadas ^{F1,F2}.

Alimentos y hábitos que **empeoran** el reflujo, según el ACG: **café, chocolate, bebidas con gas, picantes, alimentos ácidos como los cítricos y el tomate, y los alimentos ricos en grasa**; también el **alcohol** y el **tabaco**, y conviene **permanecer erguido durante y después de las comidas** ^{F3}. El NIDDK añade la **menta** a la lista y cita expresamente los **cítricos y el tomate** como alimentos ácidos que desencadenan síntomas ^{F1}. La mayoría de los episodios de reflujo se produce en las **3 primeras horas tras comer**, posiblemente por la distensión gástrica, y seis comidas pequeñas provocan menos reflujo que tres grandes ^{F5}.

¿Por qué las **proteínas** sí se permiten y las **grasas** no? Porque tienen efectos opuestos sobre el esfínter: en el estudio clásico de Nebel y Castell, una comida de **carne picada aumentó** la presión del EEI (+5,8 mmHg de media) y una comida de **aceite la disminuyó** (-7,8 mmHg); los autores describen la **incompetencia del EEI inducida por la grasa** ^{F4}. Una revisión posterior lo resume así: las comidas grasas bajan la presión del esfínter y las **proteicas, de igual valor calórico, la suben** ^{F5}. En la misma línea, la Escuela de Pacientes de Rioja Salud aconseja tomar con mayor frecuencia **alimentos ricos en proteínas y bajos en grasa** ^{F66}, y el ACG pone los **alimentos ricos en grasa** entre los que agravan el reflujo ^{F3}.

Las recomendaciones nutricionales de la Escuela de Pacientes de **Rioja Salud** concretan la dieta: **4-6 comidas pequeñas al día** y cena ligera 2-3 horas antes de acostarse; tomar con mayor frecuencia **alimentos ricos en proteínas y bajos en grasa (carnes magras, pescados blancos, lácteos desnatados)**, y en su tabla de alimentos los **huevos** figuran «sin contraindicación» ^{F66}. Aconseja también **tomar los alimentos templados, evitando temperaturas extremas (fríos y calientes)**, y **tomar los líquidos entre las comidas y no durante las mismas**, para no aumentar el volumen del estómago ^{F66}.

Empeoran el reflujo (evitar)	No lo empeoran / recomendado
Grasas, fritos ^{F3,F4}	Proteínas (en el estudio, carne): suben la presión del EEI ^{F4,F5} ; carnes magras, pescado blanco, lácteos desnatados; huevos, sin contraindicación ^{F66}
Chocolate, menta ^{F1,F3}	Dieta baja en grasas ^{F3,F4}
Café y cafeína, alcohol, bebidas con gas ^{F1,F3}	Comidas pequeñas ^{F5}
Cítricos (naranja, limón) y tomate, picantes ^{F1,F3,F66}	Cenar 2-3 h antes de acostarse; cabecero elevado ^{F3,F1}
Tabaco ^{F3,F2}	Perder peso si hay sobrepeso ^{F3}

Empeoran el reflujo (evitar)	No lo empeoran / recomendado
Alimentos muy fríos o muy calientes; beber líquidos durante las comidas ^{F66}	Alimentos templados ; líquidos entre las comidas ^{F66}

Lo que dice la evidencia sobre la dieta

La guía ACG 2022 matiza que el alcohol, el tabaco, el chocolate, la menta y los alimentos grasos **reducen la presión del EEI en el laboratorio**, pero pocos estudios demuestran que evitarlos mejore la ERGE; por eso sus recomendaciones formales son perder peso, no cenar tarde, elevar el cabecero, dejar el tabaco y **evitar los alimentos «desencadenantes»** de cada paciente (recomendación condicional, evidencia baja) ^{F3}. Las listas de alimentos que agravan del NIDDK y del ACG no incluyen las **proteínas** ^{F1,F3}.

EIR 2009 · 43

P29 · respuesta en el solucionario

Reflujo gastroesofágico: dieta (proteínas permitidas, evitar grasas)

Al instruir a un enfermo afectado de reflujo gastroesofágico sobre las conductas que pueden agravar los síntomas, incluiría todas las siguientes EXCEPTO:

1. Ingerir alcohol.
2. Comer alimentos proteicos.
3. Fumar.
4. Comer chocolate.
5. Tomar café.

EIR 2018 · 83

P12 · respuesta en el solucionario

Reflujo gastroesofágico: dieta (proteínas permitidas, evitar grasas)

Al instruir a un enfermo afectado de reflujo gastroesofágico sobre las conductas que pueden agravar los síntomas, incluiría todas las siguientes EXCEPTO:

1. Ingerir alcohol.
2. Comer chocolate.
3. Tomar café.
4. Comer alimentos proteicos.

Reflujo gastroesofágico: dieta (proteínas permitidas, evitar grasas)

Pedro se queja de reflujo gastroesofágico y aunque se toma los fármacos prescritos reconoce que no llevó a cabo la dieta porque pensó que no era importante. Ahora le solicita las recomendaciones dietéticas. ¿Cuál de ellas le aconsejaría?:

1. Tomar alimentos muy fríos.
2. Tomar alimentos muy calientes.
3. Beber líquidos en la comida y en la cena.
4. Tomar suficiente cantidad de carne, pescado y huevo.
5. Beber zumos de cítricos.

Reflujo gastroesofágico: dieta (proteínas permitidas, evitar grasas)

P. L. se queja de reflujo gastroesofágico y aunque se toma los fármacos prescritos reconoce que no llevó a cabo la dieta porque pensó que no era importante. Ahora le solicita las recomendaciones dietéticas. ¿Cuál de ellas es la indicada?:

1. Tomar alimentos muy fríos.
2. Tomar alimentos muy calientes.
3. Beber líquidos en la comida y en la cena.
4. Tomar dieta baja en grasas.
5. Beber zumos de cítricos.

La **hernia de hiato** es el paso de parte del estómago al tórax a través del hiato diafragmático. En la **hernia por deslizamiento** (la más frecuente) la unión gastroesofágica y una porción del estómago quedan **por encima del diafragma**; en la **paraesofágica** la unión está en su sitio y es una porción del estómago la que se sitúa junto al esófago, en el hiato ^{F6}. Cuando la hernia por deslizamiento se acompaña de ERGE que requiere cirugía, se reduce la hernia y se hace una **funduplicatura** ^{F6}: el cirujano **envuelve el esófago distal con la parte alta del estómago** (el fundus) para aumentar la presión del EEI y evitar el reflujo. Es la cirugía más frecuente de la ERGE y se indica si los síntomas no mejoran con los cambios de estilo de vida y los fármacos, o si el paciente quiere dejar la medicación a largo plazo ^{F2}. La Escuela de Pacientes de Rioja Salud da unas mismas recomendaciones nutricionales para el reflujo, la hernia de hiato y la acidez: **comidas pequeñas** (4-6 al día), más alimentos **ricos en proteínas y bajos en grasa**, y, entre lo que hay que evitar, los **cítricos (naranja, limón...)**, el **tomate**, los **zumos**, el café, el alcohol, el chocolate y la menta (en su lista general, salvo el alcohol, solo si desencadenan síntomas) ^{F66}. En voluntarios sanos, las comidas proteicas (carne) subieron la presión del esfínter ^{F4,F5}.

Hernia de hiato: recomendaciones dietéticas (evitar cítricos)

Paula L. acude al médico por presentar desde hace tiempo molestias epigástricas, regurgitación y pirosis después de las comidas. Después de los estudios y pruebas complementarias es diagnosticada de hernia de hiato. Tras un tiempo con tratamiento médico sin mejoría se le somete a una intervención quirúrgica (Funduplicatura) para corregir este reflujo. ¿Cuál de los consejos acerca del tratamiento nutricional NO es correcto?:

1. Tomar una alimentación baja en grasas y rica en proteínas, evitando alcohol, cafeína, chocolate y menta.
2. Ingerir comidas en porciones pequeñas y frecuentes.
3. Beber zumos siempre naturales de naranja, limón y tomate.
4. Aconsejarle que beba agua después de comer para limpiar el esófago de alimentos residuales que puedan irritar el revestimiento del mismo.

La **acalasia** es un trastorno **neurógeno de la motilidad esofágica** que se caracteriza por una **peristalsis esofágica alterada** (el manual la llama también aperistalsis esofágica) y por la **falta de relajación del esfínter esofágico inferior durante la deglución** ^{F7}. No hay que confundirla con la hernia de hiato (defecto anatómico) ni con las varices esofágicas (venas dilatadas por hipertensión portal) ^{F6,F24}.

Acalasia: definición

La peristalsis ineficaz o ausente de la parte distal del esófago, que se acompaña de insuficiencia del esfínter esofágico para relajarse en respuesta a la deglución. Hace referencia a:

1. Acalasia.
2. Espasmo difuso de esófago.
3. Hernia de hiato.
4. Varices esofágicas.
5. Estenosis esofágicas.

El **esófago de Barrett** es una complicación del reflujo crónico: se estima que entre el **5 y el 15 %** de las personas con ERGE lo desarrollan, según el NIDDK ^{F10}; la guía del ACG de 2022 da un 5-12 % de los pacientes con síntomas crónicos de ERGE que lo tienen ^{F67}. Es el **precursor del adenocarcinoma de esófago** y su presencia aumenta el riesgo de este tumor ^{F8,F9}. Otros factores del adenocarcinoma son el **reflujo gastroesofágico sintomático** ^{F9}, el **sexo masculino** (predictor importante) y la **obesidad** ^{F8}. Según el NCI, el tabaco se asocia sobre todo al otro tipo histológico, el **carcinoma epidermoide** ^{F8}; la guía del ACG de 2022 sobre el Barrett, que lo define como el **único precursor conocido** del adenocarcinoma de esófago, cuenta entre los factores de riesgo del **propio Barrett** los síntomas crónicos de reflujo, el **sexo masculino**, la edad mayor de 50 años, el **tabaquismo**, la raza blanca, la **obesidad central** y los antecedentes familiares ^{F67}.

Esófago de Barrett: factor del adenocarcinoma esofágico

¿Cuál es un factor etiológico del adenocarcinoma de esófago?:

1. Delgadez extrema.
2. Sexo femenino.
3. Esófago de Barrett.
4. No tener hábito tabáquico.

La complicación más temida de la **esofagectomía** es la **fuga (dehiscencia) de la anastomosis hacia el mediastino**, que puede producir **mediastinitis, sepsis y distrés respiratorio agudo** ^{F11}. Clínicamente el paciente puede presentar **fiebre, taquicardia, dolor torácico, disnea** o signos de infección sistémica; por eso su detección precoz es clave ^{F12}. Fiebre, dolor torácico y disnea en el postoperatorio de una esofagectomía son, por tanto, signos compatibles con una **fuga de la anastomosis hacia el mediastino** ^{F11,F12}.

Esofagectomía: fuga anastomótica al mediastino

Mario G. ha sido intervenido quirúrgicamente y se le ha realizado una esofagectomía debido a un cáncer de esófago. En el postoperatorio se inicia tolerancia con una dieta líquida y Mario comienza a tener dolor intenso, fiebre y disnea. El personal de enfermería sabe que estos síntomas son indicativos de:

1. Intolerancia a los alimentos.
2. El tumor se ha extendido a la aorta.
3. Existe una perforación gástrica con la formación de una fistula hacia el pulmón.
4. Una extravasación de los líquidos y los alimentos hacia el mediastino.

2. Estómago: Helicobacter pylori, gastrectomía, síndrome de dumping y vitamina B12

Helicobacter pylori es una bacteria que coloniza el estómago. En **1994** la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC, de la OMS) la clasificó como **carcinógeno humano**: la infección crónica causa **adenocarcinoma gástrico** y **linfoma MALT gástrico** ^{F13}. La última evaluación de la IARC (monografía 100B, 2012) concluye que la **infección crónica por H. pylori es carcinógena para el ser humano (grupo 1)**: causa el **carcinoma gástrico no cardial** y el **linfoma MALT gástrico** de bajo grado ^{F68}. Es, por tanto, una bacteria que causa determinados cánceres de estómago ^{F13,F68}.

EIR 2004 · 54

P32 · respuesta en el solucionario

Helicobacter pylori y cáncer gástrico

La presencia de un aumento significativo de determinados cánceres de estómago se atribuye al agente biológico del:

1. Virus del papiloma humano.
2. Virus de la hepatitis B.
3. Bacteria Helicobacter Pylori.
4. Virus de la hepatitis C.
5. Virus de Epstein Barr.

Las pruebas no invasivas de H. pylori (**test del aliento con urea** y **antígeno en heces**) pueden dar **falsos negativos** si el paciente toma fármacos que frenan el crecimiento de la bacteria. El consenso **Maastricht VI/Florescia (2022)** establece que antes de la prueba se deben evitar: los **inhibidores de la bomba de protones (IBP) durante 14 días (dos semanas)**, y los **antibióticos y el bismuto durante al menos 4 semanas** ^{F14}. Si el paciente necesita alivio sintomático mientras tanto, pueden usarse fármacos que **no afectan** a H. pylori: **antagonistas H2, protectores de la mucosa o antiácidos** ^{F14}.

Fármaco	Antes de la prueba de H. pylori (Maastricht VI) ^{F14}
IBP	Suspender 14 días (2 semanas)
Antibióticos	Evitar al menos 4 semanas (negativizan la prueba)
Bismuto	Evitar al menos 4 semanas
Antagonistas H2, antiácidos, protectores de la mucosa	Se pueden tomar : no afectan a H. pylori

Prueba de H. pylori: suspender IBP dos semanas antes

Un paciente con dispepsia va a someterse a una prueba de detección de Helicobacter pylori. Antes de la realización de la prueba, el paciente debe saber que:

1. El tratamiento con inhibidores de la bomba de protones debe suspenderse al menos una semana antes de la prueba.
2. El tratamiento con inhibidores de la bomba de protones debe suspenderse al menos dos semanas antes de la prueba.
3. El uso de los antiácidos también modifica los resultados de la prueba.
4. El uso de los antibióticos no modifica las pruebas diagnósticas para H. pylori.
5. Los tratamientos antibióticos negativizan las pruebas diagnósticas para H. pylori, por lo que deben evitarse dichos fármacos durante una semana antes de cualquier test diagnóstico.

La **gastrectomía** puede ser parcial (antrectomía, hemigastrectomía, gastrectomía subtotal: resección del 30 al 90 % distal del estómago) o total ^{F15}. Tras una gastrectomía distal, la continuidad del tubo digestivo se restablece de tres formas ^{F16,F15}:

Reconstrucción	Qué se une	Cómo se reconoce
Billroth I	Gastroduodenostomía: el muñón gástrico se une directamente al duodeno ^{F15,F16}	El estómago remanente continúa directamente en el duodeno , sin ninguna asa de yeyuno añadida: el alimento sigue pasando por el duodeno ^{F16,F15}
Billroth II	Gastroyeyunostomía: el muñón gástrico se une a un asa de yeyuno ^{F15,F16}	El duodeno queda fuera del paso del alimento y forma el asa aferente de la anastomosis ^{F38} ; el muñón duodenal , el duodeno y el tramo corto de yeyuno proximal a la gastroyeyunostomía, que lleva la bilis y las secreciones pancreáticas hacia la anastomosis; el asa eferente recibe el alimento ^{F75}
Y de Roux	Gastroyeyunostomía en Y de Roux: asa de yeyuno aislada que se une al estómago; el duodeno drena más abajo, formando una Y ^{F16}	Menos síntomas de reflujo, gastritis y esofagitis por reflujo que el Billroth ^{F16}

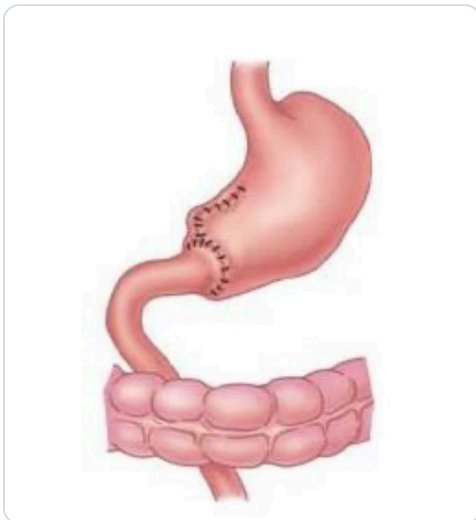
Reconstrucción	Qué se une	Cómo se reconoce
Gastrectomía en manga (tubular, bariátrica)	Se extirpa en torno al 80 % del estómago y queda un tubo gástrico en forma de plátano; no se modifica el intestino delgado F17	Estómago estrecho y alargado, sin asa intestinal unida F17

EIR 2025 · 9

P2 · respuesta en el solucionario

Gastrectomía Billroth I (imagen)

Pregunta asociada a la imagen 9. Señale qué tipo de gastrectomía se corresponde con la imagen:



1. Billroth II.
2. Y de Roux.
3. Billroth I.
4. Manga gástrica.

El **síndrome de dumping** (síndrome de **evacuación rápida**) es un conjunto de síntomas tras las comidas (diarrea, náuseas, mareo, cansancio) causados por un **vaciamiento gástrico rápido** **F18**. Aparece tras la cirugía gástrica: lo presenta aproximadamente **1 de cada 10** operados de estómago según el NIDDK, y hasta el **40 % tras gastrectomía** y el **50 % tras esofagectomía** según el consenso internacional **F18,F21**.

Mecanismo: la llegada de **contenido hiperosmolar** al intestino delgado provoca un **paso de líquido desde el compartimento intravascular hacia la luz intestinal**, con descenso del volumen circulante, distensión del duodeno o yeyuno y liberación de péptidos gastrointestinales **F21**. Aparece sobre todo tras la **cirugía gástrica o esofágica** **F18,F21**.

	Dumping precoz	Dumping tardío
Cuándo	En los 30 minutos siguientes a comer (NIDDK) o en la primera hora (consenso) F18,F21	1 a 3 horas después de comer F18,F21
Por qué	Paso de líquido a la luz intestinal y liberación hormonal F19,F21	Exceso de insulina → hipoglucemia reactiva F19,F21

EIR 2017 · 132

P16 · respuesta en el solucionario

Síndrome de dumping: mecanismo fisiopatológico

De los siguientes ¿Cuál es el enunciado correcto para referirnos al síndrome de evacuación rápida o síndrome de Dumping?:

1. Los síntomas comienzan unas dos horas después de las comidas, con retortijones, urgencia para defecar y ruidos intestinales audibles.
2. Afecta a un tercio de los pacientes sometidos a cirugía de resección de colon.
3. Atrapamiento de líquido en la luz intestinal como consecuencia de la llegada de una gran cantidad de líquido hipertónico al intestino.
4. Es el resultado de la extirpación quirúrgica de una gran porción de intestino delgado.

Recomendaciones para prevenirlo (NIDDK): seis comidas pequeñas al día en lugar de tres grandes; **no beber líquidos con la comida**, sino esperar **al menos 30 minutos** después de comer; comer **más proteína, fibra y grasa**; preferir **hidratos de carbono complejos** frente a los **azúcares simples**; y **tumbarse (decúbito) 30 minutos después de comer** **F20**. El consenso internacional coincide en reducir la cantidad por comida, retrasar los líquidos 30 minutos, eliminar los **hidratos de carbono de absorción rápida** y tomar una dieta **rica en fibra y proteína**, comiendo despacio **F21**.

Tumbarse después de comer: sí en el NIDDK, sin consenso internacional

El NIDDK recomienda **tumbarse 30 minutos tras la comida** para el dumping **F20**. El consenso internacional de 2020 votó esa misma recomendación («acostarse 30 minutos para reducir los síntomas de hipovolemia») y **no la respaldó** (55 % de acuerdo), aunque su texto dice que puede aconsejarse, sin pruebas que lo respalden («evidence for this approach is lacking») **F21**.

Síndrome de dumping: prevención (decúbito tras la ingesta)

El señor A. P. ha sido dado de alta tras ser intervenido de una resección gástrica. ¿Qué recomendaciones debe darle para evitar el síndrome de evacuación rápida?

1. Beber líquidos durante la comida.
2. Tomar una dieta con alto contenido en carbohidratos.
3. Tras la ingesta, la posición de decúbito es la más beneficiosa si el paciente la tolera.
4. Debe planear períodos de reposo de 15 minutos tras las comidas.
5. Tomar una dieta con bajo contenido en proteínas y grasas, para evitar la distensión abdominal.

Vitamina B12: en el estómago, la B12 liberada de los alimentos se une al **factor intrínseco**, una proteína que secretan las **células parietales** gástricas, y el complejo se absorbe en el **íleon distal** ^{F22}. La cirugía que extirpa todo o parte del estómago elimina células que secretan ácido clorhídrico y factor intrínseco, y por eso **reduce la absorción de B12** ^{F22}. Tras una **gastrectomía total** se recomienda suplementar **B12 intramuscular** a todos los pacientes ^{F15}.

Gastrectomía: déficit de B12 por falta de factor intrínseco

Los pacientes intervenidos de cirugía gástrica requieren tratamiento de sustitución de vitamina B12 por:

1. Déficit de CLH- que dificulta la absorción de los nutrientes.
2. Excesiva pérdida de esta vitamina por las heces.
3. Escasa ingesta de alimentos a consecuencia de la anorexia.
4. Deficiencia en su absorción por falta de factor intrínseco.
5. Excesiva pérdida de esta vitamina por la orina.

3. Hemorragia digestiva

La forma de presentación orienta al origen de la hemorragia ^{F23}:

Término	Qué es	Origen habitual
Hematemesis	Vómito de sangre roja ^{F23}	Hemorragia digestiva alta ^{F23}
Melena	Heces negras, alquitranadas ; hacen falta unos 100-200 ml de sangre en el tubo digestivo alto para provocarla ^{F23}	Por lo general, hemorragia digestiva alta ; también puede venir del intestino delgado o del colon derecho ^{F23}
Hematoquecia (rectorragia)	Eliminación de sangre visible (roja) por el recto ^{F23}	Suele indicar hemorragia digestiva baja ^{F23}

Melena = negra

Melena = negra: las heces salen **negras y alquitranadas**. Sangre **roja** por el ano es hematoquecia o rectorragia; sangre **vomitada** es hematemesis.

EIR 2017 · 36

P20 · respuesta en el solucionario

Melena: definición

¿Cuál es la definición de Melena?:

1. Emisión de sangre roja por el esfínter anal, generalmente originada en la parte baja del tubo digestivo.
2. Es la presencia de sangre roja en las heces, no modificada por la acción de los fermentos digestivos.
3. Emisión por el ano de sangre digerida. Deposiciones pegajosas y de un olor fétido característico que provienen generalmente del tracto digestivo superior.
4. Vómito de sangre o coágulos procedentes de la parte alta del tubo digestivo.

Causas de **hemorragia digestiva alta** (tabla del Manual MSD): **úlcera duodenal** (15-29 %), **úlcera gástrica** (14-16 %), **desgarro de Mallory-Weiss** (6-15 %), **erosiones gástricas o duodenales** (3-15 %), **esofagitis erosiva** (2-15 %) y **varices** (5-33 %) ^{F23}. Las **varices esofágicas** son venas dilatadas del esófago distal o del estómago proximal **secundarias al aumento de presión en el sistema porta**, habitualmente por cirrosis ^{F24}. Por eso, cuando se habla de hemorragia alta **no secundaria a hipertensión portal** (no varicosa), las varices son justo la causa que **no** entra: entre las causas no varicosas de la tabla están la úlcera duodenal y gástrica, el desgarro de Mallory-Weiss, las erosiones gástricas o duodenales y la esofagitis erosiva ^{F23,F24}.

Hemorragia digestiva alta no varicosa: causas

Entre las causas de hemorragia digestiva alta no secundaria a hipertensión portal NO se encuentra:

1. Úlcera péptica.
2. Varices esofágicas.
3. Síndrome de Mallory-Weiss.
4. Lesiones agudas de la mucosa gástrica (erosiones y gastritis hemorrágica).

En la **hemorragia digestiva baja**, el **sangrado diverticular es la causa más común (hasta el 50 %)** de la hemorragia baja intensa en adultos ^{F25}. La guía del ACG de 2023 coincide en que el **sangrado diverticular es la causa más frecuente de hemorragia digestiva baja**, aunque su frecuencia varía mucho entre series (26,4 % en una auditoría británica, 64 % en una cohorte japonesa con colonoscopia en el 88 % de los pacientes) ^{F70}. En la hemorragia **menor**, las causas más frecuentes son las hemorroides y el cáncer colorrectal ^{F23}.

Hemorragia digestiva baja: causa más frecuente enfermedad diverticular

La hemorragia digestiva baja es con mayor frecuencia secundaria a:

1. Enfermedad diverticular.
2. Enfermedad de Crohn.
3. Colitis ulcerosa.
4. Úlcera gástrica.

4. Enfermedad inflamatoria intestinal: Crohn y colitis ulcerosa

La **enfermedad inflamatoria intestinal** comprende la **enfermedad de Crohn** y la **colitis ulcerosa**. La **enfermedad de Crohn** puede afectar a **cualquier parte del tubo digestivo, de la boca al ano**, aunque lo más frecuente es que afecte al **intestino delgado distal (íleon) y al principio del colon** ^{F26,F27}. La inflamación es **transmural** (afecta a todas las capas de la pared), lo que engruesa la pared intestinal; pueden formarse **granulomas no caseosos** ^{F27}. La afectación es **segmentaria**: los segmentos enfermos están claramente delimitados del intestino normal adyacente (**áreas salteadas**) ^{F27}. Son frecuentes los **abscesos** y las **fístulas** hacia estructuras vecinas, y las **estenosis** pueden causar obstrucción ^{F27}. La **cirugía no cura** la enfermedad de Crohn, que probablemente recurrirá ^{F27}.

EIR 2011 · 30

P28 · respuesta en el solucionario

Enfermedad de Crohn: afecta cualquier tramo del tubo digestivo

La enfermedad de Crohn es un proceso inflamatorio que se caracteriza porque:

1. Afecta a la mucosa superficial del colon.
2. Cursa generalmente con hemorragia rectal.
3. La afectación es uniforme, produciendo lesiones continuas.
4. La colectomía cura la enfermedad.
5. Afecta a cualquier tramo del tubo gastrointestinal.

EIR 2015 · 91

P28 · respuesta en el solucionario

Enfermedad de Crohn: afecta cualquier tramo del tubo digestivo

La enfermedad de Crohn es un proceso inflamatorio que se caracteriza porque:

1. Afecta a la mucosa superficial del colon.
2. Cursa generalmente con hemorragia rectal.
3. La afectación es uniforme, produciendo lesiones continuas.
4. La colectomía cura la enfermedad.
5. Afecta a cualquier tramo del tubo gastrointestinal.

EIR 2026 · 178

P1 · respuesta en el solucionario

Enfermedad de Crohn: inflamación transmural granulomatosa segmentaria

Un proceso inflamatorio granulomatoso subagudo o crónico de todas las capas (lesión transmural) de la pared del tubo digestivo, con afectación segmentaria prolongada del aparato digestivo, se corresponde con:

1. La colitis ulcerosa.
2. La enfermedad diverticular.
3. La enfermedad de Crohn.
4. El síndrome del intestino irritable.

La **colitis ulcerosa** es una enfermedad inflamatoria y ulcerosa crónica **de la mucosa del colon**, que la mayoría de las veces cursa con **diarrea sanguinolenta** ^{F28}. Suele **comenzar en el recto** y puede quedarse ahí (rectitis ulcerosa) o **extenderse en sentido proximal** de forma **continua** ^{F28,F30}. El consenso europeo (ECCO) la define como una **inflamación mucosa continua del colon**, habitualmente sin granulomas ^{F30}; el Manual MSD precisa que la inflamación **compromete la mucosa y la submucosa**, con un límite definido entre tejido sano y afectado ^{F28}, y su tabla comparativa la describe como **limitada a la mucosa salvo en los casos graves** ^{F29}. **Siempre hay afectación del recto y rectorragia; no hay fístulas ni abscesos** (a diferencia del Crohn); y la **rectocollectomía total es curativa** ^{F29,F28}.

	Enfermedad de Crohn	Colitis ulcerosa
Localización	Cualquier tramo , de la boca al ano; sobre todo íleon terminal y colon ^{F26,F27}	Solo colon y recto ; empieza en el recto ^{F28,F29}
Distribución	Segmentaria (áreas salteadas) ^{F27}	Continua ^{F30}
Profundidad	Transmural ^{F27}	Mucosa (y submucosa) ^{F28,F29,F30}
Granulomas	Sí, no caseosos (no siempre) ^{F27,F29}	Habitualmente no ^{F30}
Rectorragia	Menos frecuente ^{F29}	Siempre hay rectorragia ^{F29}
Fístulas y abscesos	Frecuentes ^{F27,F29}	No ^{F28}
Cirugía	No cura , recidiva ^{F27}	Rectocollectomía curativa ^{F28}

En cuanto al **sexo**, un análisis conjunto de estudios poblacionales occidentales encontró que la incidencia de colitis ulcerosa **no difiere significativamente entre mujeres y hombres hasta los 45 años**; a partir de esa edad es algo mayor en los hombres ^{F31}.

Colitis ulcerosa: ¿solo mucosa, o mucosa y submucosa?

En **EIR2006-057** la respuesta dada por buena (reconstruida por un tercero) es que la colitis ulcerosa afecta **exclusivamente a la mucosa**, y en **EIR2016-101** la respuesta oficial es que afecta a **la mucosa y la submucosa**. No se contradicen del todo: el consenso ECCO habla de **inflamación mucosa** continua ^{F30} y la tabla del Manual MSD la da como **limitada a la mucosa salvo en casos graves** ^{F29}, mientras que el texto del mismo manual dice que **compromete la mucosa y la submucosa** ^{F28}. Con la fuente actual, «exclusivamente» es un absoluto que el MSD no sostiene; aun así, frente a las demás opciones de EIR2006-057 (Crohn limitado al colon, fístulas excepcionales en el Crohn), la única compatible con la teoría es la de la mucosa. Sobre el sexo, la incidencia de colitis ulcerosa **no difiere significativamente entre sexos hasta los 45 años** y algo mayor en los hombres a partir de esa edad ^{F31}: «más frecuente en hombres» no es la característica que define la enfermedad.

Colitis ulcerosa: afectación limitada a la mucosa (y submucosa)

La enfermedad inflamatoria intestinal incluye dos entidades patológicas –enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa– con muchas similitudes, pero también con importantes diferencias. De las siguientes características, seleccione la que es cierta:

1. Ambas patologías se manifiestan con cólicos tras las comidas.
2. La colitis ulcerosa es más frecuente en hombres que en mujeres.
3. La colitis ulcerosa afecta exclusivamente a la mucosa intestinal.
4. La enfermedad de Crohn afecta exclusivamente al intestino grueso.
5. En la enfermedad de Crohn excepcionalmente se producen fistulas.

Colitis ulcerosa: afectación limitada a la mucosa (y submucosa)

Indique cuál de las siguientes afirmaciones es correcta sobre la colitis ulcerosa:

1. Puede aparecer en cualquier punto del tubo digestivo aunque el sitio afectado con mayor frecuencia es el íleon terminal.
2. La inflamación afecta a la capa mucosa y submucosa.
3. La hemorragia rectal es poco frecuente en esta patología.
4. Son pacientes que habitualmente tienen fistulas y abscesos anales.

5. Diarrea, infecciones y sobrecrecimiento bacteriano (SIBO)

La **diarrea osmótica** se debe a solutos no absorbibles en la luz intestinal; la **secretora**, a sustancias (por ejemplo, toxinas bacterianas) que **aumentan la secreción de iones cloruro y agua** hacia la luz intestinal ^{F42}. Para distinguirlas se calcula el **hiato (gap) osmótico fecal** = $290 - 2 \times (\text{Na} + \text{K fecales})$: en la fórmula, 290 mOsm es la **osmolalidad de las heces**; el hiato osmótico normal está entre 50 y 125 ^{F39}. En la **diarrea secretora** el **hiato es menor de 50** ^{F39,F41}, y en el agua fecal la **osmolaridad medida es idéntica a la calculada a partir de los electrolitos** ^{F39}; en la **osmótica** el hiato es **mayor de 125** ^{F39}.

	Diarrea secretora	Diarrea osmótica
Hiato osmótico fecal	< 50 ^{F39,F41}	> 125 ^{F39}
Osmolalidad fecal	La medida es idéntica a la calculada a partir de los electrolitos ^{F39}	Hay solutos no absorbibles en la luz ^{F42}
Ayuno	La diarrea persiste con el ayuno; suele ser acuosa y voluminosa (a menudo > 1 l/día) ^{F39}	El ayuno de 2-3 días detiene la diarrea ^{F42}
pH fecal	-	< 6 (ácido) si hay hidratos de carbono no absorbidos en las heces ^{F42}

El corte de la diarrea osmótica cambia según la fuente

Las dos fuentes coinciden en que un hiato < 50 indica diarrea **secretora** ^{F39,F41}. Para la osmótica, el consenso de la Societat Catalana de Digestologia pide un hiato > 125 ^{F39}, mientras que el Manual MSD de 2026 dice que cualquier valor mayor de 50 **sugiere** diarrea osmótica ^{F41}.

EIR 2019 · 15

P11 · respuesta en el solucionario

Diarrea secretora: osmolalidad fecal normal

En la diarrea de tipo secretor aparece una de las siguientes manifestaciones fisiopatológicas:

1. El pH de las heces es ácido.
2. La osmolalidad de las heces es normal.
3. La diarrea cede con el ayuno.
4. El hiato osmolal de las heces es elevado.

Campylobacter es una de las **cuatro grandes causas mundiales de enfermedad diarreica** y se considera la **causa bacteriana más frecuente de gastroenteritis** humana en el mundo; las especies que más enferman al ser humano son **C. jejuni** y **C. coli** ^{F43}. Produce, por tanto, **enfermedad diarreica** (gastroenteritis) ^{F43}.

Campylobacter jejuni: diarrea infecciosa

Campylobacter jejuni es una bacteria que produce:

1. Meningitis.
2. Neumonía.
3. Infección del tracto urinario.
4. Infección intestinal con diarrea.
5. Vaginitis.

El **sobrecrecimiento bacteriano del intestino delgado (SIBO)** se debe a que las bacterias no se depuran de la luz intestinal. Causas ^{F38,F39,F40}:

- **Alteraciones anatómicas: diverticulosis del intestino delgado**, asas ciegas quirúrgicas, estados posgastrectomía (en especial el asa aferente del Billroth II), estenosis u obstrucción parcial ^{F38}.
- **Trastornos de la motilidad**: neuropatía diabética, esclerosis sistémica, amiloidosis, hipotiroidismo, pseudoobstrucción intestinal idiopática ^{F38}. Se ha descrito también en la **distrofia muscular** (miotónica): en una serie de 20 pacientes con síntomas digestivos, el 65 % tenía la prueba del aliento positiva ^{F40}.
- **Menos ácido gástrico**: en los mayores, la **aclorhidria** (hipoclorhidria) ^{F38}; el aumento del pH duodenal por **IBP**, gastrectomía o gastritis atrófica aumenta el riesgo ^{F39}.

La guía del **ACG de 2020** lo confirma: la **hipoclorhidria o aclorhidria** (por gastritis autoinmune o por gastrectomía parcial o total) aumenta el riesgo de SIBO; los **trastornos de la motilidad** por **neuropatía o miopatía** (por ejemplo, esclerodermia y diabetes) y fármacos como los opioides, los antidiarreicos o los anticolinérgicos lo facilitan; y la **diverticulosis del intestino delgado** se asocia a una mayor prevalencia de SIBO ^{F69}. El **aspirado y cultivo del intestino delgado** se considera a menudo el patrón de referencia, y los datos sobre la **dieta** en el SIBO son sobre todo extrapolados del colon irritable ^{F69}.

El síntoma **más frecuente es la distensión (hinchazón)**; otros son malestar abdominal, **diarrea** y **flatulencia** excesiva ^{F38}. El **método de referencia** para el diagnóstico es el **cultivo cuantitativo del aspirado de líquido intestinal** ($> 10^3$ UFC/ml); la **prueba del aliento** (glucosa o lactulosa con hidrógeno) se sugiere en pacientes sintomáticos ^{F38}. El **tratamiento** es un ciclo de **10-14 días de antibióticos orales** que cubran aerobios y anaerobios entéricos, como la **rifaximina** (sola o con neomicina), y además **resulta beneficiosa una dieta rica en grasas y pobre en hidratos de carbono y fibra** ^{F38}.

SIBO: causas

Indique la opción correcta en relación al Sobrecrecimiento Bacteriano en el Intestino Delgado (SIBO):

1. La modificación de la dieta en relación a la ingesta de hidratos de carbono constituye el pilar principal del tratamiento.
2. Entre las causas se encuentran la hipoclorhidria, diverticulosis y distrofia muscular congénita.
3. El test de aliento es considerado el método más fiable de diagnóstico.
4. Entre los síntomas característicos se encuentran las náuseas y vómitos de repetición.

6. Colon: enfermedad diverticular y cáncer colorrectal

Un **divertículo** es una pequeña bolsa que protruye hacia fuera por un punto débil de la pared del colon; la presencia de divertículos es la **diverticulosis**, y su inflamación, la **diverticulitis** ^{F32}. El divertículo colónico está formado por mucosa y submucosa que sobresalen a través de la capa muscular ^{F25}. En la diverticulosis **suele recomendarse una dieta rica en fibra**, que puede suplementarse con psyllium o salvado junto con una ingesta adecuada de líquido ^{F25}; el NIDDK aconseja más alimentos ricos en fibra a quien tiene síntomas crónicos o ha tenido diverticulitis, y señala que comer fibra y menos carne roja puede reducir el riesgo ^{F33}.

EIR 2014 · 79

P37 · respuesta en el solucionario

Diverticulosis: dieta rica en fibra

La dieta de una persona con diverticulosis intestinal debe ser:

1. Hiperproteica.
2. Hipercalórica.
3. Hiposódica.
4. Rica en fibra.
5. Hipocalórica.

La diverticulitis puede causar flemón, absceso, peritonitis, perforación o fístula ^{F25}. Para clasificar su gravedad, la **clasificación de Hinchey** ha sido **la más usada en la literatura internacional** durante las tres últimas décadas ^{F34}. **Kaiser y colaboradores (2005)** la **modificaron** para la era de la tomografía computarizada, añadiendo el estadio 0 y dividiendo el estadio I ^{F35,F34}.

Estadio (Hinchey modificada por Kaiser)	Significado ^{F34,F35}
0	Diverticulitis clínica leve
Ia	Inflamación pericólica confinada (flemón)
Ib	Absceso pericólico confinado
II	Absceso pélvico o intraabdominal a distancia
III	Peritonitis purulenta generalizada
IV	Peritonitis fecaloidea

Nombres que suenan pero no son de la diverticulitis

La clasificación de **Hinchey** ha sido la más usada en la literatura internacional ^{F34}; **Kaiser** la modificó en 2005 para la era de la TC ^{F35,F34}. La guía de la WSES recoge otras clasificaciones de diverticulitis (Neff, Ambrosetti, Mora López, Sallinen), dice que ninguna ha demostrado ser superior y propone además **su propia clasificación WSES** ^{F34}. Boston, París y Kudo no están entre ellas ^{F34}.

Diverticulitis: clasificación de Hinchey modificada

Señale cuál de las siguientes es una de las clasificaciones diagnósticas más utilizadas para la diverticulitis aguda:

1. Escala de Boston.
2. Clasificación de París.
3. Clasificación de Kudo.
4. Clasificación de Hinchey y col. modificada por Kaiser y col.

El **cáncer colorrectal** altera el **patrón de eliminación**. Síntomas que recogen el NCI y los CDC: **cambio en el ritmo intestinal** (diarrea, estreñimiento), **sensación de que el intestino no se vacía del todo**, **heces más estrechas** o de forma distinta a la habitual, **sangre en las heces** (roja brillante o muy oscura), molestias abdominales (gases, hinchazón, retortijones), **pérdida de peso** sin causa, cansancio y **anemia** ferropénica ^{F36,F37}. Mantener un ritmo intestinal normal **no** es lo característico: lo que orienta es el **cambio** del hábito ^{F36,F37}.

Cáncer de colon: alteración del ritmo intestinal

El patrón de eliminación está alterado en los pacientes diagnosticados de cáncer de colon. Señale la respuesta NO correcta:

1. Puede referir también rectorragias y sensación de recto ocupado.
2. El paciente mantiene un ritmo intestinal normal.
3. Suele tener disminuido el calibre de las heces (forma de lápiz o cinta)
4. El paciente refiere cambios en el ritmo deposicional, alternando periodos de diarrea y estreñimiento.

7. Estreñimiento, impactación fecal y enemas

Los **criterios de Roma IV** (Fundación Roma) son criterios normalizados que **definen el estreñimiento funcional** ^{F45,F44} (la Fundación Roma clasifica los trastornos intestinales funcionales en síndrome del intestino irritable, estreñimiento funcional, diarrea funcional, hinchazón/distensión funcional y trastorno inespecífico, más el estreñimiento inducido por opioides) ^{F44,F64}. El **estreñimiento funcional** exige **dos o más** de los siguientes, en **más del 25 % de las deposiciones**: esfuerzo defecatorio; heces duras o en bolas (**Bristol 1-2**); sensación de evacuación incompleta; sensación de obstrucción o bloqueo anorrectal; maniobras manuales para defecar (evacuación digital, apoyo del suelo pélvico); o **menos de tres deposiciones espontáneas por semana**. Además, las heces blandas son raras sin laxantes, no se cumplen criterios de colon irritable, y los criterios se cumplen en los **últimos 3 meses** con inicio de los síntomas **al menos 6 meses antes** ^{F45,F44}.

Roma V se publicó en 2026: mantiene seis categorías de trastornos intestinales y el estreñimiento funcional pasa a llamarse **estreñimiento crónico** (*chronic constipation*); sus criterios no se han cotejado para este tema ^{F65}. El **estreñimiento crónico primario** incluye el estreñimiento con **tránsito normal**, con **tránsito lento** y los **trastornos de la defecación** ^{F45}. Otras escalas del tema miden cosas distintas: **Wexner** (Cleveland Clinic) y **Vaizey** (St Mark's) gradúan la **incontinencia fecal**, y **LARS** la disfunción intestinal tras **resección anterior de recto** (sección 8) ^{F59,F60,F58}.

EIR 2023 · 93

P7 · respuesta en el solucionario

Criterios Roma IV para el estreñimiento

Señale cuál de las siguientes opciones, además de las exploraciones pertinentes, es fundamental para identificar el estreñimiento y sus subtipos:

1. Escala de Vaizey (St. Mark's Hospital).
2. Criterios Roma IV.
3. Escala de incontinencia de Wexner (Cleveland Clinic).
4. Escala LARS (Low Anterior Resección Score).

Factores de riesgo. La guía de la Organización Mundial de Gastroenterología (WGO) de **2010** enumeraba: **envejecimiento**, depresión, inactividad, **baja ingesta calórica**, bajos ingresos y nivel educativo, número de **fármacos**, **abuso físico y sexual** y **sexo femenino** (las mujeres refieren más estreñimiento que los hombres) ^{F46}. La versión vigente (**WGO 2025**) mantiene como no modificables el **sexo femenino** (prevalencia **dos veces mayor en mujeres**), la **edad avanzada** y el bajo nivel de ingresos, y como modificables el sedentarismo, el mal sueño y la salud mental, y fármacos como opioides, benzodiacepinas, antidepresivos, antiespasmódicos y anticonvulsivos; la **fibra dietética**, la actividad física y la buena hidratación son **protectores** ^{F45}.

Factores de riesgo de estreñimiento (no sexo masculino)

Señale el factor de riesgo de estreñimiento que NO es correcto:

1. Edad avanzada.
2. Sexo masculino.
3. Factores dietéticos: ingesta baja de fibra, ingesta calórica baja.
4. Otros: consumo de fármacos, depresión, historia de abuso físico o sexual.

La **disinergia defecatoria** (defecación disinérgica) es la **contracción inapropiada del suelo pélvico** durante el intento de defecar, con fuerzas propulsivas adecuadas (criterio F3b de Roma IV) ^{F44}. Se la ha llamado también **anismo**, **disinergia del suelo pélvico**, **contracción paradójica del puborrectal**, obstrucción del tracto de salida pélvico o síndrome del suelo pélvico espástico ^{F47}. Es **distinta** del **síndrome del periné descendente** (aumento del descenso perineal), otro trastorno de la defecación obstructiva que puede coexistir con ella ^{F48,F47}.

Disinergia defecatoria: sinónimos

La disinergia defecatoria recibe cualquiera de las siguientes denominaciones EXCEPTO:

1. Disinergia del suelo pélvico.
2. Contracción paradójica del suelo pélvico.
3. Anismo.
4. Síndrome del suelo pélvico laxo.

El diagnóstico enfermero **Estreñimiento subjetivo** (NANDA 00012) se define como el **autodiagnóstico de estreñimiento acompañado de abuso de laxantes, enemas o supositorios para asegurar una defecación diaria** ^{F55}.

Estreñimiento subjetivo (percibido)

La señora Luisa tiene la creencia de que es necesario hacer una deposición diaria para que el intestino tenga un funcionamiento normal. Para ello recurre al uso de laxantes y enemas de forma habitual. Este patrón de comportamiento origina un problema llamado:

1. Estreñimiento psicógeno.
2. Estreñimiento crónico.
3. Estreñimiento subjetivo.
4. Estreñimiento funcional.
5. Impactación fecal.

El **CVE-20** es el **primer cuestionario específico en castellano de calidad de vida** para pacientes con estreñimiento (Perona, Mearin y cols., 2008). La validación redujo el cuestionario a **20 ítems** con **4**

dimensiones: emocional, física general, física rectal y social; la diferencia mínima clínicamente importante es de 17 puntos ^{F56}. No tiene una dimensión de «hábito intestinal» ^{F56}.

Según la descripción publicada en *Enfermería Nefrológica* (2023), que reproduce el cuestionario original: es una escala **tipo Likert** de 20 ítems (6 emocionales, 7 de física general, 4 de física rectal y 3 sociales); cada ítem puntúa de **0 («siempre»)** a **4 («nunca»)**, el total va de 0 a 80, no hay punto de corte y **a mayor puntuación, mejor calidad de vida** ^{F71}. Es decir, 0 es la peor calidad de vida, no la mejor ^{F71}.

EIR 2023 · 97

P33 · respuesta en el solucionario

Cuestionario CV-20 de estreñimiento

El CV-20 es el primer cuestionario específico en castellano, sobre calidad de vida en pacientes con estreñimiento. Con relación a dicho cuestionario es correcto que:

1. Valora 5 dimensiones: física general, emocional, física rectal, social y hábito intestinal.
2. La puntuación varía entre 0 y 5 puntos para cada ítem.
3. El valor 0 indica mejor calidad de vida.
4. Consta de un total de 20 ítems.

Impactación fecal (fecaloma): los pacientes pueden presentar cólicos y eliminar **moco o material fecal acuoso alrededor de la masa retenida**, lo que **simula una diarrea (diarrea por rebosamiento)** ^{F49}. Es frecuente en personas mayores frágiles y puede tratarse por error como una diarrea; por eso la guía del Royal College of Nursing insiste en no confundir el rebosamiento con diarrea y en completar siempre la valoración intestinal con un **tacto rectal** ^{F50}.

EIR 2012 · 51

P26 · respuesta en el solucionario

Impactación fecal: diarrea paradójica, tacto rectal

Pedro se encuentra ingresado en la Unidad de Medicina Interna donde usted trabaja. Hoy ha empezado con episodios diarreicos de escaso volumen, se queja de distensión abdominal y de deseo frecuente y no productivo de defecar. El último registro de deposición es de hace tres días (50 ml). En base a estos datos, la acción a seguir es:

1. Suspender la alimentación y darle sólo líquidos.
2. Suministrar dieta astringente.
3. Hacer un tacto rectal.
4. Tranquilizar a Pedro y avisar al médico.
5. Introducir un catéter venoso.

Extracción digital del fecaloma. Se **informa al paciente** del procedimiento y se pide su colaboración ^{F51,F50}. Con el dedo enguantado y lubricado se hacen **movimientos rotatorios para romper el fecaloma, extrayendo los fragmentos**; si la masa es muy grande, puede hacerse **en varias sesiones** ^{F51,F52}. El RCN advierte que **no se use el dedo en gancho** para sacar trozos grandes de heces duras, para no distender en exceso los esfínteres ^{F50}. Hay que **vigilar la respuesta del paciente** (palidez, sudoración, alteraciones del ritmo o de la frecuencia cardíaca) por el riesgo de **síncope vasovagal** ^{F51,F52}. En los lesionados medulares con riesgo de **disreflexia autonómica**, el RCN pide además tomar la tensión y el **pulso** antes de la técnica y durante ella si

está indicado ^{F50}. Es un procedimiento doloroso, y el Manual MSD recomienda anestésico local peri e intrarrectal ^{F49}.

¿Lateral izquierdo o derecho?

Para la extracción digital de heces, el **Royal College of Nursing** indica **decúbito lateral izquierdo** con caderas y rodillas flexionadas, porque sigue la anatomía natural del intestino ^{F50}; es también la posición de **Sims** para los enemas ^{F54}. El procedimiento de fecalomas del **SERGAS**, en cambio, propone **decúbito lateral derecho** con la rodilla izquierda flexionada ^{F51}. El SERGAS dice expresamente que la masa se **fragmenta** con movimientos rotatorios, y el RCN prohíbe sacar trozos grandes de heces duras con el dedo en gancho: **no se extrae entera** ^{F51,F50}.

Fecalomas: ¿nunca laxantes ni enemas?

En **EIR2016-194** la respuesta oficial (la opción que **no** es correcta) es extraer la masa **sin romperla**, lo que contradicen todas las fuentes ^{F51,F50}. Pero la pregunta da por correcta la opción «no utilizar laxantes ni enemas», y el SERGAS dice que, **si la masa no es muy dura**, se puede recurrir a **enemas de limpieza con laxantes** ^{F52}. Para la extracción digital de un fecaloma duro, las fuentes describen la técnica: fragmentar, informar, vigilar la respuesta vagal y colocar al paciente en decúbito lateral ^{F51,F50,F52}.

EIR 2016 · 194

P21 · respuesta en el solucionario

Extracción digital de fecalomas: técnica

Pedro con historia de estreñimiento crónico, presenta impactación fecal con fecalomas. De las siguientes afirmaciones sobre las actividades a realizar para la extracción digital de los mismos. ¿Cuál NO es correcta?:

1. No utilizar laxantes ni enemas.
2. Explicar a la persona lo que se le va a hacer y vigilar los signos vitales.
3. Extraer la masa fecal con cuidado y sin romperla, para favorecer la estimulación rectal y la defecación.
4. Colocar al paciente en decúbito lateral izquierdo.

Los **enemas** son líquidos que se introducen por vía rectal en la porción terminal del intestino: **evacuantes o de limpieza** (los más frecuentes), **de retención** (acción local o sistémica) o **diagnósticos**; se administran en **posición de Sims** (decúbito lateral izquierdo con la pierna derecha flexionada) y hay que vigilar la **respuesta vagal** ^{F54}. **Carminativo** significa, según el Diccionario de la RAE, que **favorece la expulsión de los gases** desarrollados en el tubo digestivo ^{F53}; el objetivo de un **enema carminativo** es, por tanto, **facilitar la expulsión de gases** ^{F53}. El manual de procedimientos de enfermería del Hospital Universitario Virgen del Rocío incluye «**facilitar la expulsión de gases**» entre los objetivos de los enemas, junto a aliviar la impactación fecal, administrar fármacos y preparar pruebas diagnósticas ^{F72}.

Enema carminativo: expulsión de gases

¿Qué objetivo se persigue al administrar un enema carminativo a un paciente?:

1. Limpiar la mayor cantidad posible de colon.
2. Limpiar el recto y el colon sigmoideo.
3. Distender el recto y el colon sigmoideo.
4. Facilitar la expulsión de gases.
5. Ablandar las heces y lubricar el recto y el conducto anal.

8. Incontinencia fecal, síndrome de resección anterior e irrigación transanal

La **escala RAFIS** (*Rapid Assessment Faecal Incontinence Score*; de la Portilla y cols., 2015) es un test **rápido y sencillo** para ponderar la gravedad de la incontinencia fecal. Tiene **dos componentes**: el **estado**, una **escala visual** descriptiva y ordinal en la que el paciente define cómo le afecta la incontinencia, y las **fugas**, que recoge la **frecuencia de episodios** de incontinencia en un mes (una puntuación numérica); la suma da la puntuación global ^{F57}. En la figura del artículo original, el **estado** se marca en una fila de **seis caras**, de «muy mal» (**10**) a «excelente» (**0**), y las **fugas**, en seis niveles de frecuencia, de «varias fugas al día» (**10**) a «sin fugas» (**0**): cada componente va de 0 a 10, y más puntos es peor ^{F73}.

EIR 2022 · 137

P9 · respuesta en el solucionario

Escala RAFIS de incontinencia fecal

La escala de evaluación rápida de la gravedad de la incontinencia fecal, RAFIS (Rapid Assessment Faecal Incontinence Score), permite ponderar la gravedad clínica y su impacto sobre el bienestar emocional. Se compone de dos subescalas. ¿Qué miden dichas subescalas?:

1. Una de ellas mide el estado general del sujeto a través de una escala visual, y la otra mide la frecuencia de fugas a través de una escala numérica.
2. Una de ellas mide el estado general del sujeto a través de una escala visual, y la otra mide la consistencia de las heces a través de una escala visual.
3. Una de ellas evalúa la severidad de la Disfunción Neurógena Intestinal a través de una escala visual y la otra clasifica el tipo de heces del 1 al 7 a través de una escala numérica.
4. Una mide si el paciente ha presentado pérdida no controlada de gas, deposiciones líquidas y sólidas a través de una escala visual y la otra indaga en el impacto que esto tienen sobre su calidad de vida y actividad sexual mediante una escala numérica.

La **escala LARS** (*Low Anterior Resection Syndrome score*) la desarrollaron **Emmertsen y Laurberg en 2012** para evaluar la **función intestinal tras la resección anterior baja de recto** por cáncer, a partir de los síntomas y su impacto en la calidad de vida ^{F58}. Tiene **5 ítems**: incontinencia a gases, incontinencia a heces líquidas, frecuencia, fragmentación (*clustering*) y urgencia. La puntuación va de **0 a 42**: **0-20, sin LARS**; **21-29, LARS menor**; **30-42, LARS mayor** ^{F58}.

Escala	Qué mide
LARS (Emmertsen, 2012)	Disfunción intestinal tras resección anterior de recto ; 5 ítems, 0-42 ^{F58}
RAFIS (2015)	Gravedad de la incontinencia fecal : estado (escala visual) + fugas (frecuencia) ^{F57}
Wexner (Cleveland Clinic)	Incontinencia fecal: 5 ítems de 0 a 4, total 20 ^{F59}
Vaizey (St Mark's)	Incontinencia fecal; añade la urgencia y el uso de antidiarreicos ^{F60}

Escala	Qué mide
CVE-20	Calidad de vida en el estreñimiento (20 ítems) ^{F56}
Roma IV	Criterios diagnósticos del estreñimiento funcional (C2) y de los trastornos funcionales de la defecación (F3) ^{F44}

EIR 2022 · 139

P34 · respuesta en el solucionario

Escala LARS tras resección rectal

En el año 2012, Emmertsen y colaboradores, desarrollaron una herramienta objetiva, eficiente y fácil de utilizar en la práctica diaria, para la evaluación de la función intestinal posterior a una resección rectal. ¿Cómo se llama esta escala?:

1. Escala MSKCC BFI (Memorial Sloan Kettering Cancer Centre Bowel Function Instrument Score).
2. Escala NBD (Neurogenic Bowel Dysfunction Score).
3. Escala RAFIS (Rapid Assessment Faecal Incontinence Score).
4. Escala LARS (Low Anterior Resection Score).

El **tratamiento de la incontinencia fecal** es **escalonado**: primero una valoración basal y el manejo inicial; si persiste, manejo especializado (entrenamiento del suelo pélvico, reeducación intestinal, dieta, biofeedback, estimulación eléctrica, irrigación rectal); y después, valoración quirúrgica especializada ^{F61}. El consenso de irrigación transanal lo representa como una **pirámide**: capas **conservadoras** en la base, **mínimamente invasivas** en medio y **más invasivas** arriba, con el **estoma** en el vértice ^{F62}. El **estoma** ocupa el **vértice**: la guía NICE indica que solo debe considerarse en la incontinencia que limita gravemente la vida **una vez valoradas todas las opciones no quirúrgicas y quirúrgicas** ^{F61}; «cuando todo lo demás fracasa, puede considerarse una colostomía» ^{F63}.

EIR 2021 · 143

P10 · respuesta en el solucionario

Incontinencia fecal: estoma en el vértice de la pirámide terapéutica

La pirámide de decisión del tratamiento de la incontinencia fecal (IF) conlleva un enfoque escalonado yendo de abajo (medidas conservadoras) a arriba (técnicas invasivas). ¿Qué lugar ocuparía la realización de un estoma para el tratamiento de la IF?:

1. En primer lugar, en la base, es una técnica conservadora.
2. En la zona media, la realización de un estoma es una técnica mínimamente invasiva.
3. En último lugar, en el vértice, es una técnica invasiva.
4. No se realiza un estoma para tratar la IF.

La **irrigación transanal (ITA)** consiste en introducir agua en el recto para vaciar el colon distal. Pueden beneficiarse los pacientes con **disfunción intestinal neurológica** (lesión medular, espina bífida, esclerosis múltiple) y con **trastornos funcionales** primarios o secundarios (incontinencia fecal, estreñimiento por tránsito lento, dificultad de evacuación rectal), y en **situaciones posquirúrgicas** (síndrome de resección anterior baja, disfunción de reservorio ileoanal) ^{F62}. En el estreñimiento idiopático y la incontinencia solo se plantea tras

fracasar las terapias conservadoras ^{F62}. El informe de evaluación de la **AETS-ISCI** (Ministerio de Sanidad, 2022) lo resume así: la ITA **se recomienda para el tratamiento de pacientes con disfunción intestinal originada por distintas causas** (neurógena, problemas funcionales y situaciones posquirúrgicas), y entre sus **contraindicaciones absolutas** cita la estenosis anal o rectal, la **enfermedad inflamatoria intestinal** o la diverticulitis aguda; en el texto completo precisa «enfermedad inflamatoria intestinal **activa**» ^{F74}.

Contraindicaciones absolutas de la ITA (consenso 2013) ^{F62}	Según el RCN (2026) ^{F50}
Enfermedad inflamatoria intestinal activa	Enfermedad inflamatoria intestinal activa aguda
Estenosis anal o rectal; cáncer colorrectal	Masa rectal o colónica obstructiva conocida
Diverticulitis aguda; colitis isquémica	Anastomosis quirúrgica rectal o colónica en los últimos 6 meses
Menos de 3 meses tras cirugía rectal; menos de 4 semanas tras polipectomía endoscópica	Deterioro cognitivo grave sin cuidador que la supervise

EIR 2024 · 103

P4 · respuesta en el solucionario

Irrigación transanal: no indicada en EII

La irrigación transanal (ITA) se recomienda para el tratamiento de pacientes con disfunción intestinal originada por distintas causas. Señale la opción en la que NO se indicaría la ITA:

1. Disfunción intestinal neurógena.
2. Problemas funcionales intestinales (incontinencia sin respuesta a otros tratamientos, por tránsito lento, etc).
3. Situaciones postquirúrgicas (resección anterior de recto, bolsa ileoanal, etc).
4. Enfermedades inflamatorias intestinales.

Todas las preguntas del tema (32)

De la más reciente a la más antigua. Las respuestas, en el solucionario.

EIR 2026 · 178

P1 · respuesta en el solucionario

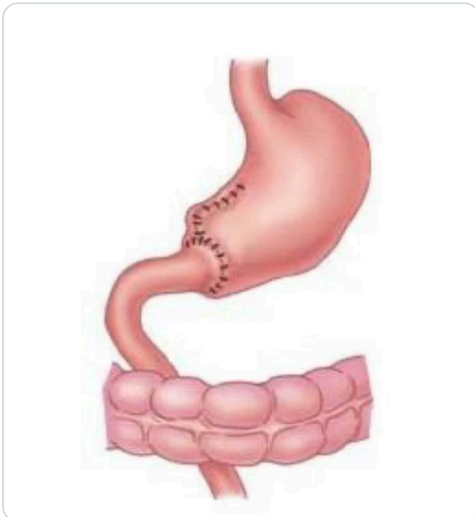
Un proceso inflamatorio granulomatoso subagudo o crónico de todas las capas (lesión transmural) de la pared del tubo digestivo, con afectación segmentaria prolongada del aparato digestivo, se corresponde con:

1. La colitis ulcerosa.
2. La enfermedad diverticular.
3. La enfermedad de Crohn.
4. El síndrome del intestino irritable.

EIR 2025 · 9

P2 · respuesta en el solucionario

Pregunta asociada a la imagen 9. Señale qué tipo de gastrectomía se corresponde con la imagen:



1. Billroth II.
2. Y de Roux.
3. Billroth I.
4. Manga gástrica.

EIR 2024 · 126

P3 · respuesta en el solucionario

Indique la opción correcta en relación al Sobrecrecimiento Bacteriano en el Intestino Delgado (SIBO):

1. La modificación de la dieta en relación a la ingesta de hidratos de carbono constituye el pilar principal del tratamiento.
2. Entre las causas se encuentran la hipoclorhidria, diverticulosis y distrofia muscular congénita.
3. El test de aliento es considerado el método más fiable de diagnóstico.
4. Entre los síntomas característicos se encuentran las náuseas y vómitos de repetición.

La irrigación transanal (ITA) se recomienda para el tratamiento de pacientes con disfunción intestinal originada por distintas causas. Señale la opción en la que NO se indicaría la ITA:

1. Disfunción intestinal neurógena.
2. Problemas funcionales intestinales (incontinencia sin respuesta a otros tratamientos, por tránsito lento, etc).
3. Situaciones postquirúrgicas (resección anterior de recto, bolsa ileoanal, etc).
4. Enfermedades inflamatorias intestinales.

La hemorragia digestiva baja es con mayor frecuencia secundaria a:

1. Enfermedad diverticular.
2. Enfermedad de Crohn.
3. Colitis ulcerosa.
4. Úlcera gástrica.

Señale cuál de las siguientes es una de las clasificaciones diagnósticas más utilizadas para la diverticulitis aguda:

1. Escala de Boston.
2. Clasificación de París.
3. Clasificación de Kudo.
4. Clasificación de Hinchey y col. modificada por Kaiser y col.

Señale cuál de las siguientes opciones, además de las exploraciones pertinentes, es fundamental para identificar el estreñimiento y sus subtipos:

1. Escala de Vaizey (St. Mark's Hospital).
2. Criterios Roma IV.
3. Escala de incontinencia de Wexner (Cleveland Clinic).
4. Escala LARS (Low Anterior Resection Score).

La disinergia defecatoria recibe cualquiera de las siguientes denominaciones EXCEPTO:

1. Disinergia del suelo pélvico.
2. Contracción paradójica del suelo pélvico.
3. Anismo.
4. Síndrome del suelo pélvico laxo.

La escala de evaluación rápida de la gravedad de la incontinencia fecal, RAFIS (Rapid Assessment Faecal Incontinence Score), permite ponderar la gravedad clínica y su impacto sobre el bienestar emocional. Se compone de dos subescalas. ¿Qué miden dichas subescalas?:

1. Una de ellas mide el estado general del sujeto a través de una escala visual, y la otra mide la frecuencia de fugas a través de una escala numérica.
2. Una de ellas mide el estado general del sujeto a través de una escala visual, y la otra mide la consistencia de las heces a través de una escala visual.
3. Una de ellas evalúa la severidad de la Disfunción Neurógena Intestinal a través de una escala visual y la otra clasifica el tipo de heces del 1 al 7 a través de una escala numérica.
4. Una mide si el paciente ha presentado pérdida no controlada de gas, deposiciones líquidas y sólidas a través de una escala visual y la otra indaga en el impacto que esto tienen sobre su calidad de vida y actividad sexual mediante una escala numérica.

La pirámide de decisión del tratamiento de la incontinencia fecal (IF) conlleva un enfoque escalonado yendo de abajo (medidas conservadoras) a arriba (técnicas invasivas). ¿Qué lugar ocuparía la realización de un estoma para el tratamiento de la IF?:

1. En primer lugar, en la base, es una técnica conservadora.
2. En la zona media, la realización de un estoma es una técnica mínimamente invasiva.
3. En último lugar, en el vértice, es una técnica invasiva.
4. No se realiza un estoma para tratar la IF.

En la diarrea de tipo secretor aparece una de las siguientes manifestaciones fisiopatológicas:

1. El pH de las heces es ácido.
2. La osmolalidad de las heces es normal.
3. La diarrea cede con el ayuno.
4. El hiato osmolal de las heces es elevado.

Al instruir a un enfermo afectado de reflujo gastroesofágico sobre las conductas que pueden agravar los síntomas, incluiría todas las siguientes EXCEPTO:

1. Ingerir alcohol.
2. Comer chocolate.
3. Tomar café.
4. Comer alimentos proteicos.

¿Cuál es un factor etiológico del adenocarcinoma de esófago?:

1. Delgadez extrema.
2. Sexo femenino.
3. Esófago de Barrett.
4. No tener hábito tabáquico.

Paula L. acude al médico por presentar desde hace tiempo molestias epigástricas, regurgitación y pirosis después de las comidas. Después de los estudios y pruebas complementarias es diagnosticada de hernia de hiato. Tras un tiempo con tratamiento médico sin mejoría se le somete a una intervención quirúrgica (Funduplicatura) para corregir este reflujo. ¿Cuál de los consejos acerca del tratamiento nutricional NO es correcto?:

1. Tomar una alimentación baja en grasas y rica en proteínas, evitando alcohol, cafeína, chocolate y menta.
2. Ingerir comidas en porciones pequeñas y frecuentes.
3. Beber zumos siempre naturales de naranja, limón y tomate.
4. Aconsejarle que beba agua después de comer para limpiar el esófago de alimentos residuales que puedan irritar el revestimiento del mismo.

Mario G. ha sido intervenido quirúrgicamente y se le ha realizado una esofagectomía debido a un cáncer de esófago. En el postoperatorio se inicia tolerancia con una dieta líquida y Mario comienza a tener dolor intenso, fiebre y disnea. El personal de enfermería sabe que estos síntomas son indicativos de:

1. Intolerancia a los alimentos.
2. El tumor se ha extendido a la aorta.
3. Existe una perforación gástrica con la formación de una fistula hacia el pulmón.
4. Una extravasación de los líquidos y los alimentos hacia el mediastino.

De los siguientes ¿Cuál es el enunciado correcto para referirnos al síndrome de evacuación rápida o síndrome de Dumping?:

1. Los síntomas comienzan unas dos horas después de las comidas, con retortijones, urgencia para defecar y ruidos intestinales audibles.
2. Afecta a un tercio de los pacientes sometidos a cirugía de resección de colon.
3. Atrapamiento de líquido en la luz intestinal como consecuencia de la llegada de una gran cantidad de líquido hipertónico al intestino.
4. Es el resultado de la extirpación quirúrgica de una gran porción de intestino delgado.

Señale el factor de riesgo de estreñimiento que NO es correcto:

1. Edad avanzada.
2. Sexo masculino.
3. Factores dietéticos: ingesta baja de fibra, ingesta calórica baja.
4. Otros: consumo de fármacos, depresión, historia de abuso físico o sexual.

El patrón de eliminación está alterado en los pacientes diagnosticados de cáncer de colon. Señale la respuesta NO correcta:

1. Puede referir también rectorragias y sensación de recto ocupado.
2. El paciente mantiene un ritmo intestinal normal.
3. Suele tener disminuido el calibre de las heces (forma de lápiz o cinta)
4. El paciente refiere cambios en el ritmo deposicional, alternando periodos de diarrea y estreñimiento.

Entre las causas de hemorragia digestiva alta no secundaria a hipertensión portal NO se encuentra:

1. Úlcera péptica.
2. Varices esofágicas.
3. Síndrome de Mallory-Weiss.
4. Lesiones agudas de la mucosa gástrica (erosiones y gastritis hemorrágica).

¿Cuál es la definición de Melena?:

1. Emisión de sangre roja por el esfínter anal, generalmente originada en la parte baja del tubo digestivo.
2. Es la presencia de sangre roja en las heces, no modificada por la acción de los fermentos digestivos.
3. Emisión por el ano de sangre digerida. Deposiciones pegajosas y de un olor fétido característico que provienen generalmente del tracto digestivo superior.
4. Vómito de sangre o coágulos procedentes de la parte alta del tubo digestivo.

Pedro con historia de estreñimiento crónico, presenta impactación fecal con fecalomas. De las siguientes afirmaciones sobre las actividades a realizar para la extracción digital de los mismos. ¿Cuál NO es correcta?:

1. No utilizar laxantes ni enemas.
2. Explicar a la persona lo que se le va a hacer y vigilar los signos vitales.
3. Extraer la masa fecal con cuidado y sin romperla, para favorecer la estimulación rectal y la defecación.
4. Colocar al paciente en decúbito lateral izquierdo.

Indique cuál de las siguientes afirmaciones es correcta sobre la colitis ulcerosa:

1. Puede aparecer en cualquier punto del tubo digestivo aunque el sitio afectado con mayor frecuencia es el íleon terminal.
2. La inflamación afecta a la capa mucosa y submucosa.
3. La hemorragia rectal es poco frecuente en esta patología.
4. Son pacientes que habitualmente tienen fistulas y abscesos anales.

La enfermedad de Crohn es un proceso inflamatorio que se caracteriza porque:

1. Afecta a la mucosa superficial del colon.
2. Cursa generalmente con hemorragia rectal.
3. La afectación es uniforme, produciendo lesiones continuas.
4. La colectomía cura la enfermedad.
5. Afecta a cualquier tramo del tubo gastrointestinal.

Los pacientes intervenidos de cirugía gástrica requieren tratamiento de sustitución de vitamina B12 por:

1. Déficit de CLH- que dificulta la absorción de los nutrientes.
2. Excesiva pérdida de esta vitamina por las heces.
3. Escasa ingesta de alimentos a consecuencia de la anorexia.
4. Deficiencia en su absorción por falta de factor intrínseco.
5. Excesiva pérdida de esta vitamina por la orina.

El señor A. P. ha sido dado de alta tras ser intervenido de una resección gástrica. ¿Qué recomendaciones debe darle para evitar el síndrome de evacuación rápida?

1. Beber líquidos durante la comida.
2. Tomar una dieta con alto contenido en carbohidratos.
3. Tras la ingesta, la posición de decúbito es la más beneficiosa si el paciente la tolera.
4. Debe planear períodos de reposo de 15 minutos tras las comidas.
5. Tomar una dieta con bajo contenido en proteínas y grasas, para evitar la distensión abdominal.

Pedro se encuentra ingresado en la Unidad de Medicina Interna donde usted trabaja. Hoy ha empezado con episodios diarreicos de escaso volumen, se queja de distensión abdominal y de deseo frecuente y no productivo de defecar. El último registro de deposición es de hace tres días (50 ml). En base a estos datos, la acción a seguir es:

1. Suspender la alimentación y darle sólo líquidos.
2. Suministrar dieta astringente.
3. Hacer un tacto rectal.
4. Tranquilizar a Pedro y avisar al médico.
5. Introducir un catéter venoso.

La señora Luisa tiene la creencia de que es necesario hacer una deposición diaria para que el intestino tenga un funcionamiento normal. Para ello recurre al uso de laxantes y enemas de forma habitual. Este patrón de comportamiento origina un problema llamado:

1. Estreñimiento psicógeno.
2. Estreñimiento crónico.
3. Estreñimiento subjetivo.
4. Estreñimiento funcional.
5. Impactación fecal.

La enfermedad de Crohn es un proceso inflamatorio que se caracteriza porque:

1. Afecta a la mucosa superficial del colon.
2. Cursa generalmente con hemorragia rectal.
3. La afectación es uniforme, produciendo lesiones continuas.
4. La colectomía cura la enfermedad.
5. Afecta a cualquier tramo del tubo gastrointestinal.

Al instruir a un enfermo afectado de reflujo gastroesofágico sobre las conductas que pueden agravar los síntomas, incluiría todas las siguientes EXCEPTO:

1. Ingerir alcohol.
2. Comer alimentos proteicos.
3. Fumar.
4. Comer chocolate.
5. Tomar café.

La enfermedad inflamatoria intestinal incluye dos entidades patológicas –enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa– con muchas similitudes, pero también con importantes diferencias. De las siguientes características, seleccione la que es cierta:

1. Ambas patologías se manifiestan con cólicos tras las comidas.
2. La colitis ulcerosa es más frecuente en hombres que en mujeres.
3. La colitis ulcerosa afecta exclusivamente a la mucosa intestinal.
4. La enfermedad de Crohn afecta exclusivamente al intestino grueso.
5. En la enfermedad de Crohn excepcionalmente se producen fístulas.

La peristalsis ineficaz o ausente de la parte distal del esófago, que se acompaña de insuficiencia del esfínter esofágico para relajarse en respuesta a la deglución. Hace referencia a:

1. Acalasia.
2. Espasmo difuso de esófago.
3. Hernia de hiato.
4. Varices esofágicas.
5. Estenosis esofágicas.

La presencia de un aumento significativo de determinados cánceres de estómago se atribuye al agente biológico del:

1. Virus del papiloma humano.
2. Virus de la hepatitis B.
3. Bacteria *Helicobacter Pylori*.
4. Virus de la hepatitis C.
5. Virus de Epstein Barr.

Preguntas que también podrían ser de este tema (8)

La clasificación automática dudó entre este tema y otro.

EIR 2023 · 97

P33 · respuesta en el solucionario

El CV-20 es el primer cuestionario específico en castellano, sobre calidad de vida en pacientes con estreñimiento. Con relación a dicho cuestionario es correcto que:

1. Valora 5 dimensiones: física general, emocional, física rectal, social y hábito intestinal.
2. La puntuación varía entre 0 y 5 puntos para cada ítem.
3. El valor 0 indica mejor calidad de vida.
4. Consta de un total de 20 ítems.

EIR 2022 · 139

P34 · respuesta en el solucionario

En el año 2012, Emmertsen y colaboradores, desarrollaron una herramienta objetiva, eficiente y fácil de utilizar en la práctica diaria, para la evaluación de la función intestinal posterior a una resección rectal. ¿Cómo se llama esta escala?:

1. Escala MSKCC BFI (Memorial Sloan Kettering Cancer Centre Bowel Function Instrument Score).
2. Escala NBD (Neurogenic Bowel Dysfunction Score).
3. Escala RAFIS (Rapid Assessment Faecal Incontinence Score).
4. Escala LARS (Low Anterior Resection Score).

EIR 2015 · 87

P35 · respuesta en el solucionario

P. L. se queja de reflujo gastroesofágico y aunque se toma los fármacos prescritos reconoce que no llevó a cabo la dieta porque pensó que no era importante. Ahora le solicita las recomendaciones dietéticas. ¿Cuál de ellas es la indicada?:

1. Tomar alimentos muy fríos.
2. Tomar alimentos muy calientes.
3. Beber líquidos en la comida y en la cena.
4. Tomar dieta baja en grasas.
5. Beber zumos de cítricos.

Un paciente con dispepsia va a someterse a una prueba de detección de *Helicobacter pylori*. Antes de la realización de la prueba, el paciente debe saber que:

1. El tratamiento con inhibidores de la bomba de protones debe suspenderse al menos una semana antes de la prueba.
2. El tratamiento con inhibidores de la bomba de protones debe suspenderse al menos dos semanas antes de la prueba.
3. El uso de los antiácidos también modifica los resultados de la prueba.
4. El uso de los antibióticos no modifica las pruebas diagnósticas para *H. pylori*.
5. Los tratamientos antibióticos negativizan las pruebas diagnósticas para *H. pylori*, por lo que deben evitarse dichos fármacos durante una semana antes de cualquier test diagnóstico.

La dieta de una persona con diverticulosis intestinal debe ser:

1. Hiperproteica.
2. Hipercalórica.
3. Hiposódica.
4. Rica en fibra.
5. Hipocalórica.

Pedro se queja de reflujo gastroesofágico y aunque se toma los fármacos prescritos reconoce que no llevó a cabo la dieta porque pensó que no era importante. Ahora le solicita las recomendaciones dietéticas. ¿Cuál de ellas le aconsejaría?:

1. Tomar alimentos muy fríos.
2. Tomar alimentos muy calientes.
3. Beber líquidos en la comida y en la cena.
4. Tomar suficiente cantidad de carne, pescado y huevo.
5. Beber zumos de cítricos.

¿Qué objetivo se persigue al administrar un enema carminativo a un paciente?:

1. Limpiar la mayor cantidad posible de colon.
2. Limpiar el recto y el colon sigmoideo.
3. Distender el recto y el colon sigmoideo.
4. Facilitar la expulsión de gases.
5. Ablandar las heces y lubricar el recto y el conducto anal.

Compylobacter jejuni es una bacteria que produce:

1. Meningitis.
2. Neumonía.
3. Infección del tracto urinario.
4. Infección intestinal con diarrea.
5. Vaginitis.

Solucionario

Nº	Pregunta	Respuesta oficial	Notas
P1	EIR 2026 · 178	3	
P2	EIR 2025 · 9	3	
P3	EIR 2024 · 126	2	
P4	EIR 2024 · 103	4	
P5	EIR 2023 · 96	1	hoja del archivo oficial
P6	EIR 2023 · 95	4	hoja del archivo oficial
P7	EIR 2023 · 93	2	hoja del archivo oficial
P8	EIR 2023 · 92	4	hoja del archivo oficial
P9	EIR 2022 · 137	1	
P10	EIR 2021 · 143	3	
P11	EIR 2019 · 15	2	hoja del archivo oficial
P12	EIR 2018 · 83	4	hoja del archivo oficial
P13	EIR 2018 · 51	3	hoja del archivo oficial
P14	EIR 2017 · 150	3	
P15	EIR 2017 · 149	4	
P16	EIR 2017 · 132	3	
P17	EIR 2017 · 94	2	
P18	EIR 2017 · 91	2	
P19	EIR 2017 · 89	2	
P20	EIR 2017 · 36	3	
P21	EIR 2016 · 194	3	hoja del archivo oficial
P22	EIR 2016 · 101	2	hoja del archivo oficial
P23	EIR 2015 · 91	5	reconstruida por un tercero
P24	EIR 2015 · 90	4	reconstruida por un tercero
P25	EIR 2014 · 78	3	reconstruida por un tercero

N°	Pregunta	Respuesta oficial	Notas
P26	EIR 2012 · 51	3	reconstruida por un tercero
P27	EIR 2011 · 59	3	
P28	EIR 2011 · 30	5	
P29	EIR 2009 · 43	2	reconstruida por un tercero
P30	EIR 2006 · 57	3	reconstruida por un tercero
P31	EIR 2004 · 96	1	reconstruida por un tercero
P32	EIR 2004 · 54	3	reconstruida por un tercero
P33	EIR 2023 · 97	4	hoja del archivo oficial
P34	EIR 2022 · 139	4	
P35	EIR 2015 · 87	4	reconstruida por un tercero
P36	EIR 2014 · 82	2	reconstruida por un tercero
P37	EIR 2014 · 79	4	reconstruida por un tercero
P38	EIR 2011 · 58	4	
P39	EIR 2006 · 40	4	reconstruida por un tercero
P40	EIR 2004 · 68	4	reconstruida por un tercero

Fuentes

- **F1** NIDDK (National Institutes of Health). Eating, Diet, & Nutrition for GER & GERD. Revisión de julio de 2020. · <https://www.niddk.nih.gov/health-information/digestive-diseases/acid-reflux-ger-gerd-adults/eating-diet-nutrition> · consultada 2026-09-26
- **F2** NIDDK (National Institutes of Health). Treatment for GER & GERD. Revisión de julio de 2020. · <https://www.niddk.nih.gov/health-information/digestive-diseases/acid-reflux-ger-gerd-adults/treatment> · consultada 2026-09-26
- **F3** Katz PO, Dunbar KB, Schnoll-Sussman FH, et al. ACG Clinical Guideline for the Diagnosis and Management of Gastroesophageal Reflux Disease. Am J Gastroenterol. 2022;117(1):27-56. doi:10.14309/ajg.0000000000001538. · <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8754510/> · consultada 2026-09-26
- **F4** Nebel OT, Castell DO. Inhibition of the lower oesophageal sphincter by fat: a mechanism for fatty food intolerance. Gut. 1973;14(4):270-274. doi:10.1136/gut.14.4.270. · <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1412588/> · consultada 2026-09-26
- **F5** Kang JH-E, Kang JY. Lifestyle measures in the management of gastro-oesophageal reflux disease: clinical and pathophysiological considerations. Ther Adv Chronic Dis. 2015;6(2):51-64. · <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4331235/> · consultada 2026-09-26
- **F6** Manual MSD, versión para profesionales. Hiatus Hernia. Actualización de febrero de 2026. · <https://www.msdmanuals.com/professional/gastrointestinal-disorders/esophageal-and-swallowing-disorders/hiatus-hernia> · consultada 2026-09-26
- **F7** Manual MSD, versión para profesionales. Achalasia. Actualización de febrero de 2026. · <https://www.msdmanuals.com/professional/gastrointestinal-disorders/esophageal-and-swallowing-disorders/achalasia> · consultada 2026-09-26
- **F8** National Cancer Institute. Esophageal Cancer Prevention (PDQ®), Health Professional Version. Actualización de 10 de abril de 2025. · <https://www.cancer.gov/types/esophageal/hp/esophageal-prevention-pdq> · consultada 2026-09-26
- **F9** National Cancer Institute. Esophageal Cancer Treatment (PDQ®), Health Professional Version. Actualización de 21 de marzo de 2025. · <https://www.cancer.gov/types/esophageal/hp/esophageal-treatment-pdq> · consultada 2026-09-26
- **F10** NIDDK (National Institutes of Health). Symptoms & Causes of Barrett's Esophagus. Revisión de agosto de 2024. · <https://www.niddk.nih.gov/health-information/digestive-diseases/barretts-esophagus/symptoms-causes> · consultada 2026-09-26
- **F11** Fumagalli U, Baiocchi GL, Celotti A, et al. Incidence and treatment of mediastinal leakage after esophagectomy: Insights from the multicenter study on mediastinal leaks. World J Gastroenterol. 2019;25(3):356-366. · <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6343094/> · consultada 2026-09-26
- **F12** Dutta S, Chen S, He X, et al. A clinical practice review: management strategies and emerging approaches for anastomotic leakage following radical surgery for esophageal cancer. Ann Palliat Med. 2025;14(5). doi:10.21037/apm-25-29. · <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC13475017/> · consultada 2026-09-26
- **F13** National Cancer Institute. Helicobacter pylori (H. pylori) and Cancer (hoja informativa). 12 de abril de 2023. · <https://www.cancer.gov/about-cancer/causes-prevention/risk/infectious-agents/h-pylori-fact-sheet> · consultada 2026-09-26

- **F14** Malfertheiner P, Megraud F, Rokkas T, Gisbert JP, et al. Management of Helicobacter pylori infection: the Maastricht VI/Florence consensus report. Gut. 2022;71(9):1724-1762. doi:10.1136/gutjnl-2022-327745. Copia de la Wayback Machine de la URL oficial de la revista. Texto leído en la copia de la Wayback Machine de esta URL (06/11/2024), porque la web oficial bloquea la lectura automática. · <https://gut.bmj.com/content/71/9/1724> · consultada 2026-09-26
- **F15** Manual MSD, versión para profesionales. Peptic Ulcer Disease. Enero de 2025. · <https://www.msdmanuals.com/professional/gastrointestinal-disorders/gastritis-and-peptic-ulcer-disease/peptic-ulcer-disease> · consultada 2026-09-26
- **F16** Zong L, Chen P. Billroth I vs. Billroth II vs. Roux-en-Y following distal gastrectomy: a meta-analysis based on 15 studies. Hepatogastroenterology. 2011;58(109):1413-1424. doi:10.5754/hge10567. · <https://doi.org/10.5754/hge10567> · consultada 2026-09-26
- **F17** Manual MSD, versión para profesionales. Metabolic and Bariatric Surgery. Actualización de febrero de 2026. · <https://www.msdmanuals.com/professional/nutritional-disorders/obesity-and-the-metabolic-syndrome/bariatric-surgery> · consultada 2026-09-26
- **F18** NIDDK (National Institutes of Health). Definition & Facts for Dumping Syndrome. Revisión de enero de 2019. · <https://www.niddk.nih.gov/health-information/digestive-diseases/dumping-syndrome/definition-facts> · consultada 2026-09-26
- **F19** NIDDK (National Institutes of Health). Symptoms & Causes of Dumping Syndrome. Revisión de enero de 2019. · <https://www.niddk.nih.gov/health-information/digestive-diseases/dumping-syndrome/symptoms-causes> · consultada 2026-09-26
- **F20** NIDDK (National Institutes of Health). Eating, Diet, & Nutrition for Dumping Syndrome. Revisión de enero de 2019. · <https://www.niddk.nih.gov/health-information/digestive-diseases/dumping-syndrome/eating-diet-nutrition> · consultada 2026-09-26
- **F21** Scarpellini E, Arts J, Karamanolis G, et al. International consensus on the diagnosis and management of dumping syndrome. Nat Rev Endocrinol. 2020;16(8):448-466. doi:10.1038/s41574-020-0357-5. · <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7351708/> · consultada 2026-09-26
- **F22** NIH Office of Dietary Supplements. Vitamin B12: Fact Sheet for Health Professionals. Actualización de 2 de julio de 2025. Copia de la Wayback Machine de la URL oficial. Texto leído en la copia de la Wayback Machine de esta URL (01/01/2026), porque la web oficial bloquea la lectura automática. · <https://ods.od.nih.gov/factsheets/VitaminB12-HealthProfessional/> · consultada 2026-09-26
- **F23** Manual MSD, versión para profesionales. Generalidades sobre la hemorragia digestiva (P. Ansari). Revisión de junio de 2025. · <https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-gastrointestinales/hemorragia-digestiva/generalidades-sobre-la-hemorragia-digestiva> · consultada 2026-09-26
- **F24** Manual MSD, versión para profesionales. Várices (P. Ansari). Junio de 2025. · <https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-gastrointestinales/hemorragia-digestiva/v%C3%A1rices> · consultada 2026-09-26
- **F25** Manual MSD, versión para profesionales. Diverticulosis colónica (J. A. Baum, R. A. Ching Companioni). Actualización de abril de 2025. · <https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-gastrointestinales/enfermedad-diverticular/diverticulosis-col%C3%B3nica> · consultada 2026-09-26
- **F26** NIDDK (National Institutes of Health). Definition & Facts for Crohn's Disease. Revisión de julio de 2024. · <https://www.niddk.nih.gov/health-information/digestive-diseases/crohns-disease/definition-facts> · consultada 2026-09-26

- **F27** Manual MSD, versión para profesionales. Enfermedad de Crohn (A. E. Walfish, R. A. Ching Companioni). Revisión de marzo de 2026. · <https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-gastrointestinales/enfermedad-inflamatoria-intestinal-ibd/enfermedad-de-crohn> · consultada 2026-09-26
- **F28** Manual MSD, versión para profesionales. Colitis ulcerosa (A. E. Walfish, R. A. Ching Companioni). Actualización de abril de 2026. · <https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-gastrointestinales/enfermedad-inflamatoria-intestinal-ibd/colitis-ulcerosa> · consultada 2026-09-26
- **F29** Manual MSD, versión para profesionales. Tabla: Diferenciación entre enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa. 2026. · <https://www.msdmanuals.com/es/professional/multimedia/table/diferenciaci%C3%B3n-entre-enfermedad-de-crohn-y-colitis-ulcerosa> · consultada 2026-09-26
- **F30** Magro F, Gionchetti P, Eliakim R, et al. (ECCO). Third European Evidence-based Consensus on Diagnosis and Management of Ulcerative Colitis. Part 1. J Crohns Colitis. 2017;11(6):649-670. doi:10.1093/ecco-jcc/jjx008. · <https://academic.oup.com/ecco-jcc/article/11/6/649/2961983> · consultada 2026-09-26
- **F31** Shah SC, Khalili H, Gower-Rousseau C, et al. Sex-Based Differences in Incidence of Inflammatory Bowel Diseases: Pooled Analysis of Population-Based Studies From Western Countries. Gastroenterology. 2018;155(4):1079-1089.e3. doi:10.1053/j.gastro.2018.06.043. · <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2018.06.043> · consultada 2026-09-26
- **F32** NIDDK (National Institutes of Health). Definition & Facts for Diverticular Disease. Revisión de agosto de 2021. · <https://www.niddk.nih.gov/health-information/digestive-diseases/diverticulosis-diverticulitis/definition-facts> · consultada 2026-09-26
- **F33** NIDDK (National Institutes of Health). Eating, Diet, & Nutrition for Diverticular Disease. Revisión de agosto de 2021. · <https://www.niddk.nih.gov/health-information/digestive-diseases/diverticulosis-diverticulitis/eating-diet-nutrition> · consultada 2026-09-26
- **F34** Sartelli M, Weber DG, Kluger Y, et al. 2020 update of the WSES guidelines for the management of acute colonic diverticulitis in the emergency setting. World J Emerg Surg. 2020;15:32. doi:10.1186/s13017-020-00313-4. · <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7206757/> · consultada 2026-09-26
- **F35** Kaiser AM, Jiang JK, Lake JP, et al. The management of complicated diverticulitis and the role of computed tomography. Am J Gastroenterol. 2005;100(4):910-917. doi:10.1111/j.1572-0241.2005.41154.x. · <https://doi.org/10.1111/j.1572-0241.2005.41154.x> · consultada 2026-09-26
- **F36** National Cancer Institute. Colon Cancer Treatment (PDQ®), Patient Version. Actualización de 16 de mayo de 2025. · <https://www.cancer.gov/types/colorectal/patient/colon-treatment-pdq> · consultada 2026-09-26
- **F37** Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Symptoms of Colorectal Cancer. Revisión de 17 de junio de 2026. · <https://www.cdc.gov/colorectal-cancer/symptoms/index.html> · consultada 2026-09-26
- **F38** Manual MSD, versión para profesionales. Sobrecrecimiento bacteriano en el intestino delgado (Z. Malik). Actualización de mayo de 2025. · <https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-gastrointestinales/s%C3%ADndromes-de-malabsorci%C3%B3n/sobrecrecimiento-bacteriano-en-el-intestino-delgado> · consultada 2026-09-26
- **F39** Fernández-Bañares F, et al. (Societat Catalana de Digestologia). Diarrea crónica: definición, clasificación y diagnóstico. Gastroenterol Hepatol. 2016;39(8):535-559. doi:10.1016/j.gastrohep.2015.09.018. · <https://www.elsevier.es/es-revista-gastroenterologia-hepatologia-14-articulo-diarrea-cronica-definicion-clasificacion-diagnostico-S0210570515002472> · consultada 2026-09-26
- **F40** Tarnopolsky MA, Pearce E, Matteliano A, James C, Armstrong D. Bacterial overgrowth syndrome in myotonic muscular dystrophy is potentially treatable. Muscle Nerve. 2010;42(6):853-855. doi:10.1002/mus.21787. · <https://doi.org/10.1002/mus.21787> · consultada 2026-09-26

- **F41** Manual MSD, versión para profesionales. Diarrea (J. Gotfried). Revisión de abril de 2026. · <https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-gastrointestinales/s%C3%ADntomas-de-los-trastornos-gastrointestinales/diarrea> · consultada 2026-09-26
- **F42** Manual MSD, versión para profesionales. Diarrea en niños (D. M. Consolini). Revisión de marzo de 2025. · <https://www.msdmanuals.com/es/professional/pediatr%C3%ADa/s%C3%ADntomas-en-lactantes-y-ni%C3%B1os/diarrea-en-ni%C3%B1os> · consultada 2026-09-26
- **F43** Organización Mundial de la Salud. Campylobacter (nota descriptiva). 1 de mayo de 2020. · <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/campylobacter> · consultada 2026-09-26
- **F44** Rome Foundation. Rome IV Criteria (C2 Functional Constipation; F3 Functional Defecation Disorders). Roma IV, 2016 (sustituida por Roma V en 2026; se cita porque es la versión de las preguntas). · <https://theromefoundation.org/rome-iv/rome-iv-criteria/> · consultada 2026-09-26
- **F45** World Gastroenterology Organisation. Directrices mundiales de la WGO. Un enfoque mundial de cascada para el diagnóstico y el tratamiento del estreñimiento crónico. 2025. · <https://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/guidelines/constipation-spanish-2025.pdf> · consultada 2026-09-26
- **F46** World Gastroenterology Organisation. Guías Mundiales de la WGO. Estreñimiento: una perspectiva mundial. Noviembre de 2010 (versión sustituida por la de 2025). · <https://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/guidelines/constipation-spanish-2010.pdf> · consultada 2026-09-26
- **F47** Rao SSC, Patcharatkul T. Diagnosis and Treatment of Dyssynergic Defecation. J Neurogastroenterol Motil. 2016;22(3):423-435. doi:10.5056/jnm16060. · <https://www.jnmjournal.org/view.html?uid=1145&vmd=Full> · consultada 2026-09-26
- **F48** Payne I, Grimm LM Jr. Functional Disorders of Constipation: Paradoxical Puborectalis Contraction and Increased Perineal Descent. Clin Colon Rectal Surg. 2017;30(1):22-29. doi:10.1055/s-0036-1593430. · <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5179279/> · consultada 2026-09-26
- **F49** Manual MSD, versión para profesionales. Estreñimiento (J. Gotfried). Revisión de abril de 2026. · <https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-gastrointestinales/s%C3%ADntomas-de-los-trastornos-gastrointestinales/estre%C3%B1imiento> · consultada 2026-09-26
- **F50** Royal College of Nursing. Bowel Care: Management of lower bowel dysfunction, including digital rectal examination and digital removal of faeces (pub. 011 049). febrero de 2026. · <https://www.rcn.org.uk/-/media/Royal-College-Of-Nursing/Documents/Publications/2026/March/011-049.pdf> · consultada 2026-09-26
- **F51** Servizo Galego de Saúde (SERGAS), FEMORA. Procedimiento de extracción de fecalomas. Sin fecha en la página. · <https://femora.sergas.gal/Eliminacion/Procedemento-de-extracci%C3%B3n-de-fecalomas?idioma=es> · consultada 2026-09-26
- **F52** Servizo Galego de Saúde (SERGAS), FEMORA. Para tener en cuenta: fecalomas. Sin fecha en la página. · <https://femora.sergas.gal/Eliminacion/Para-ter-en-conta--Fecalomas?idioma=es> · consultada 2026-09-26
- **F53** Real Academia Española. Diccionario de la lengua española, 23.^a ed. (actualización 2023), entrada «carminativo, va». Copia de la Wayback Machine de la URL oficial. Texto leído en la copia de la Wayback Machine de esta URL (15/06/2024), porque la web oficial bloquea la lectura automática. · <https://dle.rae.es/carminativo> · consultada 2026-09-26
- **F54** Servizo Galego de Saúde (SERGAS), FEMORA. Procedimiento de administración de medicación por vía rectal. 2022. · <https://femora.sergas.es/Administracion-de->

[medicacion/DocumentosCP/CAS.%20V%C3%ADa%20Rectal.pdf](#) · consultada 2026-09-26

- **F55** Hospital General Universitario Gregorio Marañón (Servicio Madrileño de Salud). Manual de diagnósticos de enfermería (NANDA) según necesidades de Virginia Henderson. 2013. · <https://www.comunidad.madrid/hospital/gregoriomaranon/file/3577/download?token=orArlAxq> · consultada 2026-09-26
- **F56** Perona M, Mearin F, Guílera M, Mínguez M, Ortiz V, Montoro M, et al. Cuestionario específico de calidad de vida para pacientes con estreñimiento: desarrollo y validación del CVE-20. Med Clin (Barc). 2008;131(10):371-377. doi:10.1016/S0025-7753(08)72285-1. · <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-cuestionario-especifico-calidad-vida-pacientes-13126141> · consultada 2026-09-26
- **F57** de la Portilla F, Calero-Lillo A, Jiménez-Rodríguez RM, et al. Validation of a new scoring system: Rapid assessment faecal incontinence score. World J Gastrointest Surg. 2015;7(9):203-207. doi:10.4240/wjgs.v7.i9.203. · <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4582238/> · consultada 2026-09-26
- **F58** Emmertsen KJ, Laurberg S. Low anterior resection syndrome score: development and validation of a symptom-based scoring system for bowel dysfunction after low anterior resection for rectal cancer. Ann Surg. 2012;255(5):922-928. doi:10.1097/SLA.0b013e31824f1c21. · <https://doi.org/10.1097/SLA.0b013e31824f1c21> · consultada 2026-09-26
- **F59** Abou Khalil M, Boutros M. Quantitative and qualitative analysis of fecal incontinence. Ann Laparosc Endosc Surg. 2022. doi:10.21037/ales-22-1. · <https://ales.amegroups.org/article/view/8314/html> · consultada 2026-09-26
- **F60** Vaizey CJ, Carapeti E, Cahill JA, Kamm MA. Prospective comparison of faecal incontinence grading systems. Gut. 1999;44(1):77-80. doi:10.1136/gut.44.1.77. · <https://doi.org/10.1136/gut.44.1.77> · consultada 2026-09-26
- **F61** NICE. Faecal incontinence in adults: management. Clinical guideline CG49. 27 de junio de 2007. · <https://www.nice.org.uk/guidance/cg49/chapter/Recommendations> · consultada 2026-09-26
- **F62** Emmanuel AV, Krogh K, Bazzocchi G, et al. Consensus review of best practice of transanal irrigation in adults. Spinal Cord. 2013;51(10):732-738. doi:10.1038/sc.2013.86. · <https://www.nature.com/articles/sc201386> · consultada 2026-09-26
- **F63** Manual MSD, versión para profesionales. Incontinencia fecal. Revisión de enero de 2025. · <https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-gastrointestinales/trastornos-anorrectales/incontinencia-fecal> · consultada 2026-09-26
- **F64** Mearin F, Lacy BE, Chang L, et al. Bowel Disorders. Gastroenterology. 2016;150(6):1393-1407. doi:10.1053/j.gastro.2016.02.031. Roma IV, sustituido por Roma V (F65). · <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2016.02.031> · consultada 2026-09-26
- **F65** Corsetti M, Shin A, Lacy BE, Cash BD, Simrén M, Schmulson MJ, Hou X, Lembo A. Bowel Disorders (Roma V). Gastroenterology. 2026;170:1261-1282. doi:10.1053/j.gastro.2026.02.003. Leído solo el resumen. · <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2026.02.003> · consultada 2026-09-26
- **F66** Rioja Salud (Consejería de Salud del Gobierno de La Rioja), Escuela de Pacientes. Reflujo gastroesofágico, hernia de hiato y acidez (recomendaciones nutricionales). Sin fecha en la página. · <https://escuelapacientes.riojasalud.es/aula-pacientes/recomendaciones-nutricionales-en-diferentes-patologias/585-reflujo-gastroesofagico-hernia-de-hiato-y-acidez> · consultada 2026-09-28
- **F67** Shaheen NJ, Falk GW, Iyer PG, Souza RF, Yadlapati RH, Sauer BG, Wani S. Diagnosis and Management of Barrett's Esophagus: An Updated ACG Guideline. Am J Gastroenterol. 2022;117(4):559-587.

doi:10.14309/ajg.00000000000001680. · <https://doi.org/10.14309/ajg.00000000000001680> · consultada 2026-09-28

- **F68** International Agency for Research on Cancer (IARC). Biological agents. IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans, vol. 100B: Helicobacter pylori. Lyon: IARC; 2012 (grupo de trabajo de 2009). · https://publications.iarc.who.int/download/mono100B-15_new.pdf · consultada 2026-09-28
- **F69** Pimentel M, Saad RJ, Long MD, Rao SSC. ACG Clinical Guideline: Small Intestinal Bacterial Overgrowth. Am J Gastroenterol. 2020;115(2):165-178. doi:10.14309/ajg.0000000000000501. · <https://doi.org/10.14309/ajg.0000000000000501> · consultada 2026-09-28
- **F70** Sengupta N, Feuerstein JD, Jairath V, Shergill AK, Strate LL, Wong RJ, Wan D. Management of Patients With Acute Lower Gastrointestinal Bleeding: An Updated ACG Guideline. Am J Gastroenterol. 2023;118(2):208-231. doi:10.14309/ajg.00000000000002130. · <https://doi.org/10.14309/ajg.00000000000002130> · consultada 2026-09-28
- **F71** Pardo-Vicastillo V, Marks-Álvarez M, Andrino-Llorente MT, Hernández-Díez M, García-Fernández Y, Barril-Cuadrado G. Relación entre el estreñimiento y la calidad de vida de las personas en tratamiento renal sustitutivo con hemodiálisis. Enferm Nefrol. 2023;26(4):352-357. doi:10.37551/S2254-28842023034 (describe y reproduce el CVE-20). · <https://enfermerianefrologica.com/revista/article/download/4616/1775> · consultada 2026-09-28
- **F72** Hospital Universitario Virgen del Rocío (Servicio Andaluz de Salud). Manual de procedimientos generales de enfermería: Administración de enemas. Publicada el 21 de julio de 2022 y modificada el 22 de julio de 2022 (metadatos de la página). · <https://manualclinico.hospitaluvroocio.es/procedimientos-generales-de-enfermeria/preparacion-y-administracion-de-tratamiento/administracion-de-enemas/> · consultada 2026-09-28
- **F73** de la Portilla F, Calero-Lillo A, Jiménez-Rodríguez RM, et al. Validation of a new scoring system: Rapid assessment faecal incontinence score. World J Gastrointest Surg. 2015;7(9):203-207 (figura 1). Artículo de acceso abierto (CC BY-NC 4.0). Texto y figura leídos en la copia de la Wayback Machine de esta URL (24 de enero de 2022), porque la web oficial bloquea la lectura automática. · <https://www.wjgnet.com/1948-9366/full/v7/i9/203.htm> · consultada 2026-09-28
- **F74** Luengo Matos S, García-Carpintero EE, Sánchez-Gómez LM, Polo de Santos MM. Efectividad y seguridad de la irrigación transanal en adultos con disfunción intestinal. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Ministerio de Sanidad; Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Instituto de Salud Carlos III (AETS-ISCIII); 2022. PDF del repositorio institucional del ISCIII (RepISalud). · <https://repisalud.isciii.es/entities/publication/9f3f66bc-a590-403f-a1bd-9a8ef698f188> · consultada 2026-09-28
- **F75** Grotewiel RK, Cindass R. Afferent Loop Syndrome. StatPearls. Actualizado el 22 de mayo de 2023. Texto leído en el paquete oficial de StatPearls del FTP de NCBI (ftp.ncbi.nlm.nih.gov/pub/litarch/). · <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK546609/> · consultada 2026-09-28

Pendiente de verificar

- Beber agua después de comer para limpiar el esófago (EIR2017-150, opción 4, dada por correcta): sin fuente válida. Refuerzo del 28/09: no lo dice la Escuela de Pacientes de Rioja Salud (F66); la hoja «Alta tras cirugía antirreflujo» de MedlinePlus es contenido de A.D.A.M. que prohíbe expresamente el acceso con herramientas automatizadas y no se usó; el resto de resultados eran blogs, clínicas privadas y academias.
- Cierre (sutura) del muñón duodenal en el Billroth II: ninguna fuente abierta lo dice literalmente. StatPearls (F75, leído por el FTP oficial de NCBI) describe el asa aferente con el «gastric/duodenal stump», y el capítulo

de gastrectomía por cáncer cita la dehiscencia del muñón duodenal como complicación precoz, pero no el cierre.

- RAFIS: cada componente puntúa de 0 a 10 según la figura original (F73); el rango total (0-20) no aparece escrito, solo se deduce de la suma.
- Diagnóstico NANDA 00012 «Estreñimiento subjetivo»: se cita desde un manual de 2013 del Hospital Gregorio Marañón; no se ha comprobado si sigue en la edición vigente de NANDA-I (2024-2026). Refuerzo del 28/09: NNNConsult es de pago, la tienda de Elsevier no ofrece muestra y las listas que aparecen en la web son de blogs, Scribd o academias.
- Enema carminativo: sigue sin haber un documento oficial de enfermería que use ese nombre. Constan la definición de «carminativo» de la RAE (F53) y el manual del Hospital Virgen del Rocío, que pone «facilitar la expulsión de gases» entre los objetivos de los enemas sin llamarlo carminativo (F72).
- SIBO y distrofia muscular (EIR2024-126, opción oficial «distrofia muscular congénita»): solo consta la distrofia miotónica tipo 1, por un estudio de 20 pacientes (F40). La guía ACG 2020 (F69) habla de trastornos de la motilidad por «neuropatía o miopatía», y ni StatPearls ni el artículo de Atención Primaria de 2025 nombran la distrofia muscular; en la búsqueda solo apareció en una guía de una obra social argentina (OSECAC), que no se abrió ni se usó.
- Guía ESGE 2021 de hemorragia digestiva alta no varicosa (Endoscopy): la web de Thieme devuelve una verificación contra robots, así que no se leyó; las causas de hemorragia alta se toman del Manual MSD. La guía ACG 2023 de hemorragia baja sí se leyó en su web oficial (F70).
- Criterios de Roma V (Gastroenterology 2026) para el estreñimiento crónico: solo se ha leído el resumen. La web de la revista devuelve una comprobación contra robots (403) y la página de Roma V de la Fundación Roma no publica los criterios; cotejar el texto completo y actualizar la sección 7.
- EIR2016-194: la opción «no utilizar laxantes ni enemas», que el examen da por correcta, no se ha confirmado en ninguna fuente; el SERGAS admite enemas con laxantes si la masa no es dura (recuadro de discrepancia). Refuerzo del 28/09: la búsqueda solo devolvió procedimientos que recomiendan un enema de limpieza tras la extracción (SERGAS) y blogs; el capítulo «Fecal Impaction» de StatPearls (leído por el FTP oficial de NCBI) da como opciones la extracción digital o los enemas o supositorios ablandadores, y laxantes tras la evacuación.
- EIR2014-078 (dumping, decúbito tras comer; respuesta reconstruida por un tercero): el NIDDK lo recomienda (F20); el consenso internacional no respaldó la recomendación en la votación (55 %), aunque su texto dice que puede aconsejarse, sin pruebas (F21). Refuerzo del 28/09: no se encontró otra fuente oficial que lo recomiende (la página de Johns Hopkins da 403; una hoja del NHS de Whittington dice tumbarse si aparecen los síntomas, no para prevenirlos). Las hojas de recomendaciones tras gastrectomía de los hospitales La Paz y Fuenlabrada (Comunidad de Madrid) dicen, en sus recomendaciones generales y no en las específicas del dumping, permanecer sentado o incorporado 30-45° durante las comidas y hasta 30 minutos después. No se ha incorporado al tema: decidir si justifica un recuadro de discrepancia.
- Relectura del 01/10 (clave como dato): «osmolalidad fecal normal» en la diarrea secretora (EIR2019-015, opción oficial) no la dice con esa palabra ninguna fuente citada; la SCD (F39) dice que la osmolaridad medida en el agua fecal es idéntica a la calculada a partir de los electrolitos y usa 290 mOsm como osmolalidad de las heces en la fórmula. Se quitó «normal (igual a la del plasma)».
- Relectura del 01/10 (clave como dato): que en el síndrome de dumping el líquido quede «atrapado» en la luz por la llegada de contenido «hipertónico» (EIR2017-132, opción oficial) no lo dicen las fuentes con esas

palabras; el consenso (F21) habla de contenido hiperosmolar que desplaza líquido del compartimento intravascular a la luz intestinal.