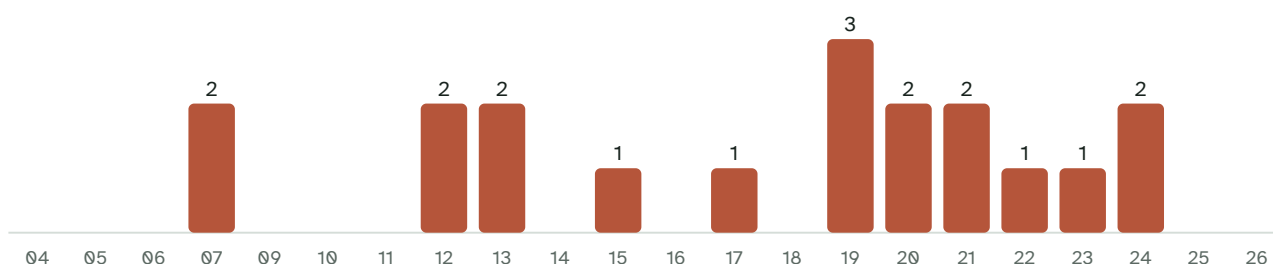


Ostomías

Las ostomías digestivas y urinarias caen cada año en el EIR con preguntas muy prácticas: qué sale por cada estoma, qué bolsa usar, cuándo irrigar, qué recomendar en la vida diaria y qué complicaciones vigilar. Este tema sigue las guías de la RNAO y la ASCRS y fuentes clínicas abiertas.

Apuntes para el EIR · versión 2026-09-29 · **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



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

Ningún concepto de este tema se ha repetido en dos exámenes distintos.

Índice

Resumen para repasar	3
Puntos clave	5
1. Tipos de estoma y qué sale por cada uno	6
2. Preoperatorio: educación, marcaje y sexualidad	9
3. Postoperatorio: aspecto del estoma y complicaciones	11
4. Dispositivos: tipos, vaciado y cambio	14
5. Dieta y cuidados de la ileostomía y la colostomía	16
6. Irrigación de la colostomía	18
7. Vida diaria, sexualidad y calidad de vida	20
8. Derivaciones urinarias con segmento intestinal	23
Todas las preguntas del tema (19)	24
Preguntas que también podrían ser de este tema (3)	30
Solucionario	31
Fuentes	32

Resumen para repasar

1. Tipos de estoma y qué sale por cada uno

- **Textura según el tramo:** ileostomía **líquida-pastosa e irritante**; ascendente líquida; transversa **blanda**; descendente-sigmoidea **firme** ^{F8,F13}
- El efluente de la ileostomía es **más rico en enzimas y más corrosivo** que el de la colostomía ^{F40}; la **yeyunostomía se comporta como una ileostomía** ^{F38}
- Asa y doble cañón: un orificio da **heces** y otro **moco** ^{F13}; en el doble cañón el **proximal** es el funcional y el **distal**, la **fístula mucosa** ^{F2}; temporales **3-6 meses** ^{F13}
- **Ileostomía virtual:** no se abre; se **exterioriza si hay fuga** anastomótica ^{F24,F25}
- **Malone:** estoma colónico **continente y cateterizable** para **enemas anterógrados**; en su forma original, con el **apéndice** ^{F30,F41}

2. Preoperatorio: educación, marcaje y sexualidad

- RNAO 2009, **preoperatorio:** formación, **marcaje** y **sexualidad**; factores de riesgo, plan personalizado y reconocer complicaciones son **postoperatorios** ^{F1}
- Marcaje **dentro del recto del abdomen**, en varias posiciones, lejos de pliegues y cicatrices ^{F3}, de **prominencias óseas** y en el **campo visual** del paciente ^{F42}
- Lo marca un **profesional formado** (grado 1B) ^{F3}, en la RNAO 2009 la **enfermera estomaterapeuta** ^{F1}
- Hernia paraestomal **3,8 % con marcaje frente a 24,5 %** ^{F2}

3. Postoperatorio: aspecto del estoma y complicaciones

- Estoma sano **rojo-rosado, húmedo y brillante**; fase edematosa **6-8 semanas** ^{F1}; elevación normal **1,5-2,5 cm** ^{F1}
- **Gris-negro = necrosis** ^{F1}; necrosis en **hasta el 13 %** ^{F4}
- Sangrar **ligерamente al tocarlo** es frecuente ^{F38}; **mucha sangre** del estoma o en la bolsa: atención urgente ^{F39}
- **Precoces** (Asturias, 30 días): necrosis, **hemorragia**, edema, **dehiscencia**, retracción; **tardías:** estenosis, prolapso, hernia, fístula, **granulomas** ^{F38}
- Krishnamurty: precoces necrosis, retracción, **separación mucocutánea**, absceso; tardías hernia, prolapso ^{F4}
- **Pioderma gangrenoso:** neutrofílico, **no infeccioso**, doloroso; se atribuye a una respuesta inmunitaria anómala; **corticoides**; evitar desbridar ^{F27,F28,F43}
- **Colitis de derivación:** segmento **desfuncionalizado**, falta de **ácidos grasos de cadena corta** ^{F23}
- **Fístula enteroatmosférica:** intestino abierto a una **herida abdominal abierta** ^{F21}

4. Dispositivos: tipos, vaciado y cambio

- **Cerrada** para heces **pastosas o formadas**: colostomía, de una pieza; **abierta** para líquidas; **cerrada no recomendada en ileostomía** ^{F15,F38}
- **Drenable** en ascendente y transversa ^{F13}
- Bolsa cerrada de colostomía: **1-3 cambios al día** ^{F44}; la barrera, no más de **una vez al día** sin motivo (ACS) ^{F14}
- Vaciar a **1/3-1/2**; cambiar el **sistema** de colostomía **cada 3-4 días** ^{F14}; la **bolsa** de ileostomía, **cada 5-8 días** ^{F12}
- Limpiar con **agua templada**, secar, **medir** el estoma, **presionar** el adhesivo ^{F7,F11,F14}: **20-30 s** ^{F45} o **1-2 min** ^{F38}
- Abertura de la placa como mucho **1/8 de pulgada (unos 3 mm)** mayor; medir **cada semana** las primeras 6-8 ^{F14}

5. Dieta y cuidados de la ileostomía y la colostomía

- Ileostomía: **8-10 vasos** de líquido, **dieta baja en residuos** al principio, riesgo de **obstrucción** ^{F8,F15}
- Deshidratación: **boca seca, orinar menos, mareo** ^{F9,F15}; bolsa vacía **más de 4-6 h**: avisar, **sin laxantes** ^{F8}
- Colostomía: **fibra y líquidos** contra el **estreñimiento** ^{F14}
- Olor: lo reducen el **perejil y el yogur** ^{F9}

6. Irrigación de la colostomía

- Irrigación en **descendente o sigmoidea** con heces formadas ^{F14,F20}
- De media a los **2-3 meses**, con el tránsito asentado; **no se empieza con quimio o radioterapia** ^{F18,F19}
- **Diaria** al principio, luego **cada 36-48 h** ^{F18}; también **cada 2-3 días** (24-72 h hasta que se llena) ^{F46}
- Agua **templada, unos 37 °C, 500-1.500 ml** ^{F18,F20}
- No con **EII o colitis**; prolapso, estenosis o hernia grande la dificultan ^{F18,F20}

7. Vida diaria, sexualidad y calidad de vida

- Baño **con o sin bolsa** ^{F8}; deporte permitido ^{F10}; **cinturón** y prendas de **compresión ligera** ^{F2,F14}
- Sexo: **vaciar la bolsa antes**, funda, evitar ajo y picante ^{F16}
- **Stoma-QoL**: 20 ítems, versión española de 18 ^{F32,F33,F47}
- **LARS** (Emmertsen, 2012): 5 ítems, 0-42 ^{F31}; versión **española** validada en 2014 ^{F48}

8. Derivaciones urinarias con segmento intestinal

- Derivación con intestino: **acidosis metabólica hiperclorémica** ^{F34,F35}
- Afecta a **todos**, casi siempre subclínica; importante en el **10 %** al año ^{F35}; con íleon terminal, **déficit de B12** a los **3-5 años** ^{F35}
- Ureterosigmoidostomía: **pielonefritis y cáncer de colon** ^{F36}

Puntos clave

- 1 El estoma se marca antes de operar **dentro del músculo recto del abdomen** ^{F3}
- 2 En la RNAO 2009, examinar el impacto en la **sexualidad** es una recomendación **preoperatoria** ^{F1}
- 3 La ileostomía da un efluente **líquido-pastoso e irritante**; la colostomía sigmoidea, heces **firmes** ^{F8,F13}
- 4 Las bolsas se vacían a **un tercio o la mitad** de su capacidad ^{F8,F14}
- 5 La irrigación es para colostomías **descendentes o sigmoideas**, y no se empieza durante **quimioterapia o radioterapia** ^{F14,F18}
- 6 Las derivaciones urinarias con intestino producen **acidosis metabólica hiperclorémica** ^{F34,F35}
- 7 El **pioderma gangrenoso** periestomal no es infeccioso y se trata con **corticoides** ^{F27,F28}

1. Tipos de estoma y qué sale por cada uno

Un **estoma intestinal** es la abertura del intestino a la pared abdominal. Según el tramo abocado se habla de **ileostomía** (íleon) o **colostomía** (colon). En la colostomía, **la textura de las heces depende de qué parte del intestino se empleó** para formarlas ^{F6,F13}: cuanto más distal, más formadas.

Estoma	Consistencia del efluente	Consecuencia práctica
Ileostomía	Líquido espeso o pastoso, no sólido ^{F8} ; muy irritante para la piel ^{F11}	Bolsa que se vacía 5-8 veces al día ^{F8}
Colostomía ascendente	Líquida y rica en enzimas digestivas; a menudo se prefiere una ileostomía en su lugar ^{F13}	Salida continua: bolsa drenable y protección constante de la piel ^{F13}
Colostomía transversa	Blanda, suelta o pastosa ^{F13}	Salida no controlable: siempre bolsa drenable ; suele ser temporal ^{F13}
Colostomía descendente y sigmoidea	Más firme y regular ^{F13}	A menudo permanente ; se puede regular con horarios o con irrigación ^{F13}

Irritación de la piel. El efluente de la ileostomía es mucho mayor, **más rico en enzimas proteolíticas y más corrosivo que el de las colostomías**, y a eso se puede atribuir que tras una ileostomía haya más lesiones de la piel periestomal ^{F40}. La guía de Asturias describe el efluente de la ileostomía como líquido o líquido-pastoso y **potencialmente más irritante para la piel**, y la **yeyunostomía** (intestino delgado proximal) **se comporta como una ileostomía**, con los mismos cuidados ^{F38}.

Por su construcción ^{F13}: la colostomía **terminal** tiene un solo estoma y suele ser **permanente** (se extirpa el colon distal o el recto, p. ej. por cáncer); la colostomía **en asa** tiene **dos aberturas en un solo estoma, una para heces y otra para moco**, y suele ser **temporal**; en la de **doble cañón** el intestino se secciona por completo y cada extremo sale como un estoma separado: **uno expulsa heces y el otro solo moco**. La RNAO 2019 lo precisa: en la colostomía «en cañón de escopeta» **el extremo proximal es el estoma funcional** (elimina los desechos) y **el distal no es funcional**, la llamada **fístula mucosa**; la colostomía en asa puede tener dos salidas, proximal y distal ^{F2}. Una colostomía temporal se mantiene habitualmente **3-6 meses** antes de cerrarla ^{F13}.



Doble cañón y asa

En el doble cañón **un estoma expulsa heces y el otro solo moco** ^{F13}: el **proximal** es el estoma funcional y el **distal**, no funcional, es la **fístula mucosa** ^{F2}. En una colostomía transversa las heces son **blandas, sueltas o pastosas**, y la bolsa es siempre **drenable** ^{F13}; la **irrigación** se plantea en las colostomías **descendentes y sigmoideas** ^{F14}.

Colostomía en doble cañón del transverso: salida por el estoma proximal

En el paciente portador de una colostomía de doble tubo en el colon transverso, ¿cuál de las siguientes acciones debe usted llevar a cabo?:

1. Valorar la consistencia de las heces que deberán ser sólidas.
2. Irrigar el estoma para estimular la continencia.
3. Utilizar un sistema colector cerrado de una pieza.
4. Introducir un obturador en el estoma.
5. Valorar la salida de las heces por el estoma proximal.

Heces normales en colostomía sigmoidea: sólidas y no irritantes

Al iniciar la eliminación de heces de forma regular, tras el postoperatorio inmediato de cirugía de resección intestinal por cáncer de colon con colostomía sigmoidea, ¿qué características deben presentar las heces para ser consideradas normales de acuerdo con la colostomía realizada?:

1. Líquidas e irritantes para la piel.
2. Semilíquidas, con moco e irritantes para la piel.
3. Suaves, semilíquidas, no irritantes para la piel.
4. Sólidas e irritantes para la piel.
5. Sólidas y no irritantes para la piel.

Ileostomía virtual (o «fantasma», *ghost ileostomy*). Se propuso para **evitar la ileostomía de protección** en anastomosis colorrectales bajas de bajo riesgo: el estoma **no se abre**, pero puede **convertirse en una ileostomía real si hay fuga anastomótica** ^{F24,F26}. En la técnica descrita se rodea un asa de íleon terminal (a unos 30 cm de la válvula ileocecal) con una cinta que se **exterioriza por un pequeño orificio en fosa ilíaca derecha**, fijada a la piel sobre una varilla y retirada a los diez días; **si hace falta, el asa se exterioriza** con anestesia local o general para crear una ileostomía en asa verdadera ^{F25}. En la serie española de La Fe se evitó el estoma en el **79,6 %** de los casos ^{F24}.

Ileostomía fantasma o virtual

Cuando hablamos de una ileostomía fantasma o virtual, nos referimos a que:

1. El íleon se aboca de manera única a la pared abdominal mientras en el interior del abdomen queda el resto del íleon.
2. La ileostomía no llega a crearse, sino que el íleon queda referenciado en la localización elegida para facilitar la maduración en caso de que sea necesario.
3. Se realiza una eversión de la ileostomía para proteger la serosa, puede realizarse tanto en las ileostomías terminales como en asa.
4. Se crea una ileostomía percutánea o ileostomía transcecal mediante endoscopia, utilizando una técnica parecida a la de la colocación de gastrostomías.

Técnica de Malone (enema anterógrado continente, ACE). Combina el lavado colónico **anterógrado** con el canal **cateterizable no refluente de Mitrofanoff** para crear un **estoma colónico continente y cateterizable**; los lavados por esa vía vacían por completo el colon y evitan el manchado. Se describió en 1990 en pacientes con **incontinencia fecal intratable** ^{F30}. En su forma original se **secciona el apéndice** conservando su irrigación arterial, su extremo distal se sutura en un túnel submucoso del ciego y el proximal se exterioriza a la piel como estoma, por el que se hace la irrigación anterógrada con una sonda; si no hay apéndice se han descrito alternativas con el íleon terminal, el ciego o el colon distal, y cuando el apéndice está disponible se prefiere la **apendicostomía** ^{F41}.

Técnica de Malone: apendicostomía continente

La técnica de Malone se refiere a:

1. Procedimiento usado en adultos, para la disfunción intestinal neurógena, con aplicación de un enema de agua con aceite de parafina o jabonoso, obteniendo un vaciamiento del colon distal hasta la flexura esplénica.
2. Se trata de una colectomía y anastomosis ileorrectal. Está reservada a un pequeño grupo de pacientes con síntomas graves y refractarios: inercia colónica y trastorno motor limitado al colon con un tránsito orocecal normal.
3. Procedimiento que consiste en la formación de un conducto continente, generalmente una apendicostomía, que permite la cateterización intermitente para la irrigación y la limpieza rápida y controlada del colon (enema anterógrado).
4. Técnica utilizada en la defecación disinérgica. El objetivo en estos pacientes es restablecer un patrón defecatorio normal, consiguiendo una contracción abdominal adecuada junto con la relajación de los esfínteres.

2. Preoperatorio: educación, marcaje y sexualidad

La guía de la **RNAO de 2009** (*Cuidado y manejo de la ostomía*, traducida por Investén-isciii) se centra en **tres áreas: preoperatorio, postoperatorio y seguimiento**, pero agrupa sus recomendaciones en básicas, fase preoperatoria, fase postoperatoria, formación y organización. La **2.ª edición de 2019** la sustituye y ya **no se ordena por fases** ^{F1,F2}.

Fase (RNAO 2009)	Recomendaciones
Básicas	Relación terapéutica; evaluación integral (incluye imagen corporal, calidad de vida y sexualidad); equipo interdisciplinar; plan de atención aceptable para paciente, familia y profesionales ^{F1}
Preoperatoria	5) Formación preoperatoria a todos los pacientes y familias; 6) marcar la ubicación del estoma en todos; 7) examinar el posible impacto de la cirugía en las relaciones íntimas y la función sexual del paciente y su pareja (nivel Ia); 8) terapia de relajación muscular progresiva ^{F1}
Postoperatoria	9) Evaluar el estoma inmediatamente después de la operación y en cada cambio con una herramienta validada; 10) identificar los factores de riesgo de complicaciones del estoma y periestomales; 14) enseñar las destrezas mínimas antes del alta; 16) plan de cuidados personalizado ; 18) formar al paciente y la familia para reconocer las complicaciones ; 19) irrigación en colostomías descendentes o sigmoideas ^{F1}

Preoperatorio frente a postoperatorio

En la RNAO 2009, lo que cae en **preoperatorio** es formar, **marcar** y hablar de **sexualidad**. «Factores de riesgo de complicaciones», «plan personalizado» y «formar para reconocer complicaciones» son recomendaciones **postoperatorias** ^{F1}.

Guía RNAO de ostomías: recomendaciones preoperatorias

¿Cuál de las siguientes recomendaciones para la práctica en relación a la Fase Preoperatoria, se recoge en la Guía de Buenas Prácticas Clínicas: Cuidado y manejo de la ostomía de la Registered Nurses Association of Ontario (RNAO)?:

1. Examinar el posible impacto de la cirugía de ostomía en las relaciones íntimas y la función sexual del paciente y su pareja.
2. Identificar los factores de riesgo que influyen en las complicaciones del estoma y de la zona periestomal.
3. Asegurarse de que el plan de cuidados de la ostomía es un plan personalizado que cubrirá las necesidades del paciente y de su familia.
4. Formar al paciente y a sus familiares para que puedan reconocer las complicaciones que afectan al estoma y a la piel periestomal.

Marcaje. La ASCRS recomienda que un profesional formado **marque antes de la cirugía** los posibles sitios del estoma (grado 1B), y que el paciente reciba educación pre y postoperatoria de un profesional especializado, como la **enfermera estomaterapeuta** ^{F3}. Criterios: **valorar al paciente en varias posiciones, evitar pliegues y cicatrices, tener en cuenta la línea del cinturón** y situar el estoma **dentro del músculo recto del abdomen** ^{F3}. El marcaje reduce las complicaciones precoces y tardías (prolapso, retracción, necrosis, complicaciones cutáneas y hernias) ^{F3}; en la RNAO 2019 la hernia paraestomal fue del **3,8 % con marcaje frente al 24,5 %** sin él ^{F2}. Según la RNAO 2009, debe hacerlo **una enfermera estomaterapeuta** o un profesional preparado en sus principios ^{F1}. La declaración de la WOCN con la ASCRS y la AUA (revisada en 2021) pide elegir una superficie plana **dentro del campo visual del paciente**, explorarlo de pie, sentado y tumbado, y evitar **pliegues, cicatrices y prominencias óseas**, con distancia suficiente a la línea media y al ombligo; en el abdomen prominente hay que evitar su cara inferior, la que queda bajo la curva y **el paciente no ve** ^{F42}.



Dónde se marca

Dentro del músculo recto del abdomen, lejos de pliegues y cicatrices, comprobado en varias posiciones ^{F3}.

Marcaje del estoma: músculo recto del abdomen

¿Qué lugar elegiría para el marcaje de un estoma de eliminación?:

1. Hipocondrio derecho.
2. Músculo Recto del abdomen.
3. Ángulo esplénico.
4. Hipocondrio izquierdo.

3. Postoperatorio: aspecto del estoma y complicaciones

La RNAO pide **evaluar el estoma y la piel periestomal inmediatamente después de la intervención** y en cada cambio de dispositivo ^{F1}. El estoma sano es **rojo o rosado, húmedo y brillante** ^{F1,F8}. Tras la cirugía hay una **fase edematosa de unas 6-8 semanas** ^{F1}; el estoma puede verse algo oscuro al principio por congestión venosa, que mejora al bajar el edema ^{F4}.

Color (RNAO)	Significado
Rojo / rosado	Riego sanguíneo adecuado : estoma sano ^{F1,F2}
Pálido	Hemoglobina baja ^{F1}
Rojo oscuro, violáceo / oscuro azulado	Contusión ^{F1} / alteración del riego ^{F2}
De gris a negro	Isquemia / necrosis , sin flujo sanguíneo ^{F1,F2}

Otras referencias del formulario de la RNAO 2009: **elevación normal de 1,5-2,5 cm**; prolapsado si mide más de 5 cm ^{F1}. Entre las complicaciones del estoma figuran la **hemorragia o el hematoma**, la isquemia/necrosis, la retracción, la estenosis, el prolapso, la hernia paraestomal y la fístula ^{F5}.

Sangrado y edema. Es muy frecuente que el estoma **sangre ligeramente al tocarlo** durante el cambio de dispositivo o la higiene, por su intensa vascularización; suele ceder solo o con hemostasia, que puede hacerse con compresas de suero fisiológico frío durante 10 o 15 minutos (nunca hielo directamente); si persiste, hay que localizar el punto de sangrado y suturarlo ^{F38}. El **sangrado por la ostomía** es criterio de derivación en la guía de Asturias ^{F38}; el NHS pide atención urgente si sale **mucha sangre del estoma o a la bolsa** ^{F39}, y MedlinePlus, avisar si el estoma **está sangrando mucho** ^{F7}. La guía de Asturias cuenta el **edema** entre las complicaciones precoces (engrosamiento fisiológico excesivo de la mucosa y la submucosa): suele deberse al trauma de la cirugía, lo presentan muchos estomas y **suele ir remitiendo en unos días** ^{F38}; aparte de esa complicación, la RNAO 2009 describe una fase edematosa posterior a la creación del estoma de unas 6-8 semanas ^{F1}, y la ACS, que el estoma hinchado tras la cirugía baja en 6-8 semanas ^{F14}.

EIR 2007 · 42

P19 · respuesta en el solucionario

Colostomía en el postoperatorio inmediato: signo de alarma, sangrado moderado

Tras ser diagnosticada de cáncer de colon, la Sra. LMG de 68 años, ha sido intervenida quirúrgicamente y se le ha practicado una resección intestinal con colostomía sigmoidea. La vigilancia del estoma durante las primeras 48 h. es fundamental para detectar precozmente la presencia de complicaciones. ¿Cuál de los siguientes constituye un signo de alarma en este periodo?:

1. Ligero edema.
2. Sangrado moderado.
3. Color rojo.
4. Color rosado.
5. Secreción continua de pequeña cantidad de líquido.

Complicaciones precoces (primeros 30 días)	Complicaciones tardías
Isquemia/necrosis, retracción, separación mucocutánea (dehiscencia del estoma de la piel) y absceso paraestomal ^{F4} ; también irritación cutánea y hematoma ^{F5}	Hernia paraestomal, prolapso , retracción y varices ^{F4,F5}

La **necrosis** (muerte del tejido del estoma por falta de riego) aparece en **hasta el 13 %** y se asocia a colostomías, cirugía urgente y obesidad ^{F4}. La **separación mucocutánea** es el desprendimiento del estoma de la piel, por mala cicatrización, tensión o infección superficial ^{F1}. La RNAO 2009 separa las complicaciones **del estoma** (hernia, prolapso, necrosis, separación mucocutánea, retracción, estenosis, fístula, traumatismo) de las **periestomales**, entre ellas los **granulomas de sutura**, el **pioderma gangrenoso**, la candidiasis o la dermatitis irritante; sin criterio temporal ^{F1}. La guía de Asturias (2024) sí las ordena en el tiempo: **precoces** (primeros 30 días) son la necrosis, la **hemorragia**, el edema, la evisceración, la **dehiscencia** y el hundimiento o retracción; **tardías**, la estenosis, el prolapso, la hernia, la fístula, los **granulomas**, las úlceras, las varices paraestomales, la metaplasia escamosa y la recidiva tumoral; e **independientes del tiempo**, entre otras, la mala ubicación, la dermatitis periestomal, el **pioderma gangrenoso**, la infección o los abscesos y la foliculitis ^{F38}.

EIR 2023 · 91

P3 · respuesta en el solucionario

Complicaciones inmediatas de los estomas (el granuloma no lo es)

Entre las complicaciones inmediatas de los estomas NO se encuentra:

1. Necrosis.
2. Hemorragia.
3. Granuloma.
4. Dehiscencia.

Pioderma gangrenoso periestomal. Es una **dermatosis neutrofílica** rara, **no infecciosa**, con **ulceración dolorosa y rápidamente progresiva** de la piel periestomal ^{F29}. Necrosis cutánea neutrofílica **progresiva y crónica de causa desconocida**, suele asociarse a una enfermedad sistémica; empieza como **pápula, nódulo o pústula** que **se ulcera y se extiende rápidamente**, con borde violáceo sobreelevado ^{F27}. Aparece alrededor del estoma en pacientes con **enfermedad inflamatoria intestinal** ^{F27}. **Pese a su nombre, no lo causa una infección** ^{F28}. Subtipos: **ulcerativo (clásico, el más común), ampolloso, pustuloso y vegetativo** ^{F27}. Se piensa que está **mediado por una respuesta inmunitaria anormal** ^{F27}. Tratamiento: cuidado de la herida, **corticoides** (en las formas graves, prednisona oral de primera línea), anti-TNF y otros inmunosupresores, y **evitar el desbridamiento quirúrgico** ^{F27}; la lesión empeora con traumatismos mínimos (**patergia**) ^{F28}. Una revisión de 2023 lo define como enfermedad **autoinflamatoria** que hoy **tiende a atribuirse a una enfermedad autoinmunitaria** causada por una respuesta inmunitaria anómala; en la forma clásica, **nódulos o pústulas que evolucionan rápidamente a úlceras necróticas** ^{F43}.

Pioderma gangrenoso periestomal

El pioderma gangrenoso (PG) son un tipo de úlceras que pueden aparecer en la piel periestomal de ciertos pacientes. Señale la opción correcta en relación con el PG:

1. El pioderma gangrenoso es una enfermedad cutánea crónica, ulcerativa y dolorosa de probable etiología autoinmunitaria. Progresas en pocos días desde una pequeña pústula hasta formar una gran úlcera.
2. Existen cuatro variantes clínicas de pioderma gangrenoso: clásico o ulceroso, papuloso, maculoso y vegetante.
3. Al ser de origen bacteriano los tratamientos de elección son antibióticos betalactámicos o macrólidos.
4. El pioderma gangrenoso es una enfermedad cutánea muy frecuente y es la clave para el diagnóstico de una enfermedad interna.

Colitis de derivación (por diversión). Inflamación de la mucosa del **segmento de colon desfuncionalizado tras una colostomía o ileostomía**; se atribuye al aumento de bacterias aerobias, a la **falta de ácidos grasos de cadena corta** y a trastornos inmunitarios del colon excluido **F23**.

Colitis por derivación tras ileostomía temporal

¿Cuál es la causa que origina la colitis por diversión (inflamación crónica del colon o de uno de sus segmentos)?:

1. La realización de una ileostomía temporal que ocasiona disfunción en el colon.
2. La inflamación y las úlceras de la mucosa que recubre el colon.
3. Un proceso crónico y autoinmune de la mucosa del colon.
4. La presencia de infiltrados eosinofílicos en el tracto digestivo.

Fístula enteroatmosférica. Una fístula es una conexión anómala entre dos superficies epitelizadas; las externas incluyen la **enterocutánea** y la **enteroatmosférica** **F22**. La enteroatmosférica se produce cuando **la luz intestinal se abre a un defecto no cicatrizado de la pared abdominal** (herida abierta), con contaminación continua de la herida; es una complicación grave del **abdomen abierto** **F21**.

Fístula enteroatmosférica: definición

La comunicación entre la luz intestinal y la superficie de una herida abdominal abierta hace referencia a:

1. Fístula enterocutánea.
2. Prolapso de una ostomía digestiva.
3. Fístula enteroatmosférica.
4. Eventración de una colostomía.

4. Dispositivos: tipos, vaciado y cambio

Sistema	Cómo es
Una pieza	Bolsa y barrera cutánea (placa) juntas: al quitar la bolsa sale también la barrera ^{F14,F11}
Dos piezas	Placa separada de la bolsa: al quitar la bolsa, la placa se queda; la placa suele cambiarse solo una o dos veces por semana según MedlinePlus, que lo menciona junto al sistema de una pieza ^{F11}
Abierta (drenable)	Se abre por abajo para vaciarla ^{F14} ; es la de salida continua o blanda (ascendente, transversa) ^{F13}
Cerrada	Se retira cuando está llena y se sustituye en cada uso ^{F14}
Tapón / capuchón	Bolsa cerrada muy pequeña con material absorbente, a menudo tras la irrigación ^{F14}



Cerrada o abierta

La guía de Asturias indica las **bolsas cerradas para heces pastosas o formadas** y las abiertas para heces líquidas o semilíquidas; en las **colostomías** sin complicaciones que no requieran más de tres cambios al día recomienda dispositivos **de una pieza cerrados**, y en las ileostomías, de dos piezas abiertos ^{F38}. En el NHS Tayside, el paciente con colostomía suele usar, una vez estabilizada, una **bolsa cerrada** ^{F44}. La ACS **no recomienda la bolsa cerrada en la ileostomía** ^{F15} y exige bolsa **drenable** en la colostomía **ascendente** y en la **transversa**; la **descendente o sigmoidea** da heces **más firmes y regulares** ^{F13}.

EIR 2012 · 52

P17 · respuesta en el solucionario

Bolsa cerrada indicada en sigmoidostomía

Se recomienda el uso de bolsas cerradas para recoger las heces en pacientes que se les ha practicado una:

1. Yeyunostomía.
2. Ileostomía.
3. Cecostomía.
4. Colostomía ascendente.
5. Sigmoidostomía.

Vaciado: cuando la bolsa está **de un tercio a la mitad de llena**, para que no abulte ni gotee ^{F8,F14,F7}. **Cambio:** la mayoría cambia el sistema de colostomía **dos veces por semana (cada 3-4 días)** ^{F14}; en la ileostomía, cada **5-8 días**, y enseguida si pica o se filtra ^{F12}. La ACS aconseja **no retirar la barrera más de una vez al día salvo que haya un problema** ^{F14}; tener que cambiar el dispositivo cada uno o dos días es motivo de consulta ^{F9}. Con

sistema cerrado, la bolsa se cambia cada vez que se llena ^{F14}: en la colostomía, **de 1 a 3 veces al día** una vez estabilizada, según el NHS Tayside ^{F44}.

- **Momento:** por la mañana antes de comer o beber, o al menos 1 hora después de una comida ^{F14}.
- **Retirada:** separar suavemente la piel de la barrera, no tirar de la barrera ^{F14}.
- **Limpieza:** con **agua** ^{F14}, tibia según MedlinePlus ^{F11}, que en otra página menciona también el **jabón** ^{F7}; **secar por completo** y evitar productos con alcohol o aceite ^{F11,F14}.
- **Medir** el estoma con la plantilla: la abertura no debe superar el estoma en más de **1/8 de pulgada (unos 3 mm)**; las primeras 6-8 semanas se mide **cada semana**, porque baja el edema ^{F14}; la plantilla medidora la cita MedlinePlus ^{F7}.
- **Colocar** el adhesivo uniformemente y **presionar** para que selle; MedlinePlus aconseja sujetarlo unos minutos y aplicar calor con una toalla ^{F7,F14}; una hoja del NHS (Royal Devon) pide sujetar la bolsa con la mano **20-30 segundos** o hasta notarla segura ^{F45}, y la guía de Asturias, precalentar el dispositivo entre las manos **para activar el adhesivo** y presionar suavemente **1 o 2 minutos** ^{F38}.
- **Evaluar** el estoma y la piel periestomal en cada cambio ^{F1}.

EIR2017-151: ¿cambiar la bolsa como máximo una vez al día?

La respuesta oficial de **EIR2017-151** da por **incorrecta** la afirmación «la bolsa se debe cambiar como máximo una vez al día». Las fuentes británicas y españolas la respaldan para la colostomía con **bolsa cerrada**: se cambia **de 1 a 3 veces al día** ^{F44}, y la guía de Asturias recomienda la bolsa cerrada de una pieza en las colostomías que no requieran más de tres cambios al día ^{F38}. Pero la ACS (2025) aconseja **no retirar la barrera cutánea más de una vez al día salvo que haya un problema** ^{F14}, de modo que la frase no es falsa si se refiere a la placa. Los demás pasos figuran en las fuentes: limpiar con agua (y jabón), secar, evaluar el estoma y la piel periestomal y presionar el dispositivo para que pegue ^{F1,F7,F14,F45}.

EIR 2017 · 151

P12 · respuesta en el solucionario

Cambio del dispositivo en colostomía sigmoidea: frecuencia

La señora Carmen C. de 47 años es portadora de una Colostomía sigmoidea. ¿Cuál de las siguientes recomendaciones sobre el cambio del dispositivo NO es correcta?:

1. Retirar las heces con papel higiénico y lavar la piel periestomal con agua templada y jabón neutro (opcional) y una toallita para limpiar la piel y el estoma.
2. Seque bien la zona, dando toques suaves con una toalla y evalúe el estoma y la piel periestomal.
3. Aplique la barrera cutánea (opcional) y coloque la bolsa presionando suavemente durante 30 segundos para activar el adhesivo.
4. La bolsa se debe cambiar como máximo una vez al día para evitar dañar la piel periestomal.

5. Dieta y cuidados de la ileostomía y la colostomía

	Ileostomía	Colostomía
Efluente	Poco espeso o pastoso; muy irritante ^{F8,F11}	Según el tramo; más firme cuanto más distal ^{F6,F13}
Líquidos	Se deshidrata con más facilidad ^{F9} : 8-10 vasos al día según «Alta tras ileostomía» y la ACS ^{F8,F15} ; otra página de MedlinePlus da 6-8 vasos (1,5-2 litros) ^{F9}	Abundantes líquidos para reducir el riesgo de estreñimiento o, si las heces son líquidas, de deshidratación ^{F14}
Fibra	Al principio, dieta baja en residuos ^{F8} ; masticar bien: riesgo de obstrucción por alimentos no digeridos (piña cruda, frutos secos, semillas, apio, palomitas, maíz) ^{F8,F15}	Cereales integrales, verduras y fruta para prevenir el estreñimiento ^{F14}
Alarma	Bolsa vacía más de 4-6 h : avisar; no tomar laxantes ^{F8}	Puede comer con normalidad a los 2 días de la cirugía ^{F6}

La deshidratación y los trastornos electrolíticos son una preocupación seria en la ileostomía; sus signos son **boca seca, orinar menos y mareo o debilidad** ^{F15,F9}. Espesan las heces la compota de manzana, la patata cocida, el arroz, el pan y la mantequilla de cacahuete ^{F8}. Los medicamentos **líquidos** pueden funcionar mejor que los sólidos y los de cubierta entérica se absorben mal ^{F8}.

Vaciado de la ileostomía

Se vacía cuando está **de un tercio a la mitad** de llena ^{F8}; la ACS da la misma cifra para la colostomía ^{F14}.

EIR 2013 · 84

P15 · respuesta en el solucionario

Ileostomía: vaciado de la bolsa

¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre el cuidado de una persona con ileostomía es INCORRECTA?:

1. El drenaje es extremadamente irritante para la piel.
2. El drenaje es constante.
3. La bolsa colectora debe vaciarse a la mitad o dos tercios de su capacidad.
4. El paciente debe ingerir de 2 a 3 litros de líquido al día.
5. Inicialmente se prescribe dieta baja en fibra.

Gases y olor. Producen gases los huevos, la col, el brócoli, la cebolla, el pescado, las legumbres, la leche, el queso, el picante, las bebidas con gas y el alcohol ^{F14}. También ayudan no masticar chicle ni beber con pajita ^{F9}. Empeoran el olor la cebolla, el ajo, el brócoli, los espárragos, la col, el pescado y los huevos, y lo reducen el perejil y el yogur ^{F9}. La ostomía **no huele si está bien sellada** ^{F10}.

Colostomía: fibra y líquidos para evitar el estreñimiento

El señor Lucio Rodríguez es portador de una colostomía. ¿Cuál de las siguientes recomendaciones sobre actividades de la vida diaria es adecuada?:

1. Deberá evitar bañarse, ni con bolsa ni sin ella.
2. No puede realizar actividades deportivas.
3. No puede llevar faja por encima de la bolsa.
4. Conviene asegurar una adecuada ingesta de fibra y líquidos para evitar el estreñimiento.
5. Deberá evitar las relaciones sexuales que impliquen contacto con la zona del estoma.

6. Irrigación de la colostomía

La irrigación es una opción para quien tiene una colostomía **descendente o sigmoidea** ^{F14,F1}; el estoma apropiado es una **colostomía terminal con heces formadas** ^{F20}. Depende de que la colostomía sea permanente, de la consistencia y frecuencia de las heces y de que la persona quiera probarla ^{F14}.

Aspecto	Qué dicen las fuentes
Cuándo empezar	Habitualmente se enseña a los 2-3 meses de la cirugía , salvo si recibe quimioterapia ^{F18} ; no hay un plazo fijo: 2-3 meses es la media, cuando la función intestinal se ha asentado y las heridas han cicatrizado ^{F19} ; St Mark's admite enseñarla en el postoperatorio precoz o meses después ^{F20}
Contraindicaciones	EII o colitis ; no se empieza durante quimioterapia o radioterapia ; hernia grande, prolapso o estenosis del estoma la dificultan; con colon irritable, diverticulosis o tendencia a la diarrea puede fracasar; mala vista o destreza; con cardiopatía o nefropatía, consentimiento médico por la sobrecarga de líquido ^{F18,F20}
Frecuencia	Al principio cada día a la misma hora unas seis semanas; después puede espaciarse a cada 36-48 h ^{F18} ; St Mark's propone probar cada 48 h tras al menos dos semanas ^{F20} ; según una revisión de 2012, suele hacerse a diario o cada 2-3 días , y tras la irrigación suelen pasar 24-72 h hasta que el intestino se vuelve a llenar ^{F46}
Técnica	Agua del grifo templada , unos 37 °C, 500-1.500 ml ^{F18,F20} ; depósito por encima del hombro , el agua entra en 12-15 minutos y se esperan unos 30 minutos a que se vacíe el colon ^{F19} ; en total, alrededor de una hora ^{F18}



Irrigación

Descendente o sigmoidea, con heces formadas; **no se empieza durante la quimioterapia o la radioterapia**; se enseña cuando la función intestinal se ha asentado, de media a los 2-3 meses ^{F18,F19,F14}.

Irrigación de la colostomía

La irrigación a través de la colostomía es un método para buscar la continencia en personas colostomizadas. Al respecto, señale la afirmación INCORRECTA:

1. Está indicada en las colostomías sigmoideas y descendentes.
2. Está contraindicada durante el tratamiento con quimioterapia.
3. Se inicia a partir de un mes de la intervención con autorización del cirujano o enfermera experta sin necesidad de esperar a que el tránsito intestinal esté normalizado.
4. La irrigación se realizará al principio cada 24 horas, después cada 48 y si es posible se puede hacer cada 72 horas.

7. Vida diaria, sexualidad y calidad de vida

- **Baño y ducha:** el agua no daña el estoma ni entra en la bolsa; se puede hacer **con o sin bolsa** ^{F8}.
- **Ropa:** no suele necesitarse ropa especial ^{F10}. El **cinturón de ostomía** se ajusta dejando dos dedos entre el cinturón y la cintura ^{F14}. La RNAO 2019 incluye en la educación postoperatoria para prevenir la hernia el **posible uso de prendas de compresión ligera, no levantar peso y ejercicios abdominales a partir de los tres meses** ^{F2}.
- **Deporte:** se puede; en contacto, protección especial; el levantamiento de pesas puede causar hernia; **vaciar la bolsa antes de nadar** y nadar siempre con bolsa ^{F10,F17}.
- **Viajes:** poner una bolsa nueva unas 24 h antes, llevar material de repuesto en cabina; el cinturón de seguridad bien ajustado no daña el estoma ^{F17}.

EIR2015-088: ¿no puede llevar faja encima de la bolsa?

La respuesta de **EIR2015-088** (reconstruida por un tercero) da como recomendación adecuada que el portador de colostomía «no puede llevar faja encima de la bolsa». Ninguna fuente leída lo dice: con una colostomía no hace falta ropa especial y la ropa interior ajustada puede dar sujeción ^{F14}, se puede llevar la ropa de siempre ^{F49}, existen **cinturones de ostomía** ^{F14}, la RNAO 2019 contempla el **posible uso de prendas de compresión ligera** para prevenir la hernia paraestomal ^{F2} y la guía de Asturias, ante una hernia, considera que **puede ser recomendable una faja tipo banda, no fenestrada** ^{F38}. De las demás opciones, el baño con la bolsa puesta ^{F14} y el deporte ^{F17} están permitidos y el sexo no suele dañar el estoma ^{F16}; pero la de los líquidos **tiene respaldo actual**: el NHS advierte que con una colostomía **cuesta más mantenerse hidratado** y aconseja **beber abundantes líquidos para evitar la deshidratación** ^{F39,F49}, y la ACS, beber mucho para reducir el riesgo de estreñimiento o, si las heces son líquidas, de deshidratación ^{F14}. Para dar la faja por correcta hay que descartar la opción de los líquidos, algo que encaja si la deshidratación se ve como propia de la ileostomía, con la que uno puede deshidratarse más fácilmente ^{F9}. Con las fuentes actuales, la clave reconstruida queda en duda.

EIR 2015 · 88

P13 · respuesta en el solucionario

Colostomía: actividades de la vida diaria y uso de faja

El señor L. R. es portador de una colostomía. ¿Cuál de las siguientes recomendaciones sobre actividades de la vida diaria es adecuada?:

1. Deberá evitar bañarse, ni con bolsa ni sin ella.
2. No puede realizar actividades deportivas.
3. No puede llevar faja encima de la bolsa.
4. Conviene que beba abundante líquido para evitar la deshidratación.
5. Deberá evitar las relaciones sexuales que impliquen contacto con la zona del estoma.

Sexualidad. Antes del encuentro, **comprobar el sellado y vaciar la bolsa**; valorar una **funda** para la bolsa; puede ayudar **evitar el ajo o el picante** y usar perfume; el sexo **no suele dañar el estoma** ^{F16}. Hay **desodorantes** en líquido o pastillas para la bolsa ^{F15}.

Ostomía y relaciones sexuales: consejos

De los siguientes consejos prácticos que como enfermero/a Vd. recomendaría sobre las relaciones sexuales a una persona ostomizada, señale la opción INCORRECTA:

1. Evite alimentos que puedan aumentar la producción de gases y/o olores.
2. Aplique gotas desodorantes en la bolsa.
3. Si lo desea póngase un cinturón de ostomías.
4. Cambie la bolsa para una de mayor tamaño que la suya, para evitar vaciarla durante el encuentro.

Calidad de vida: Stoma-QoL. Cuestionario de calidad de vida para personas con **colostomía o ileostomía** (Prieto, Thorsen y Juul, 2005): **20 ítems** en cuatro dominios, **sueño, actividad sexual, relaciones con familia y amigos íntimos y relaciones sociales**, con alfa de Cronbach de 0,92; su versión preliminar se tradujo, entre otros, al **español** ^{F32}. Existe una **versión española validada** de **18 ítems** ^{F33}; la validación de Collado y García (2015), en 125 pacientes con colostomía o ileostomía, lo da por válido **como herramienta de investigación** y propone reducir ítems (alfa de 0,861 con 18 ítems) ^{F47}. La RNAO 2019 recomienda evaluar la calidad de vida, incluido el sufrimiento psicológico y la identidad personal (sexualidad e imagen corporal) ^{F2}.

Cuestionario Stoma-QoL de calidad de vida

¿Qué cuestionario validado en nuestro medio mide la calidad de vida de las personas enterostomizadas?:

1. Cuestionario SF-38.
2. Cuestionario CVRS.
3. Cuestionario Stoma-QoL.
4. Cuestionario Stoma-Live.

Escala LARS (Low Anterior Resection Syndrome score). La desarrollaron **Emmertsen y Laurberg** en **2012** para puntuar la **disfunción intestinal tras la resección anterior baja por cáncer de recto**. Tiene **5 ítems**: incontinencia de gases, incontinencia de heces líquidas, frecuencia, agrupamiento (*clustering*) y urgencia. Rango **0-42: 0-20 sin LARS, 21-29 LARS menor, 30-42 LARS mayor** ^{F31}. Sus versiones **sueca, española, alemana y danesa** se validaron en 2014 ^{F48}.

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).

8. Derivaciones urinarias con segmento intestinal

El **conducto ileal (Bricker)** es la técnica de derivación urinaria de referencia con la que se comparan las demás ^{F34}. Cuando la orina contacta con la mucosa intestinal se **absorben amonio y cloro**, lo que produce **acidosis metabólica hiperclorémica** ^{F34}. Aparece en **todos** los pacientes con derivación con íleon o colon, casi siempre subclínica; al año, un **10 %** de los conductos ileales tiene una acidosis clínicamente importante ^{F35}; StatPearls habla de **hasta un 15 %** ^{F34}. Con menos frecuencia hay **hipopotasemia** (pérdida intestinal y renal) y, si se usa íleon terminal, **déficit de vitamina B12**, que tarda **3-5 años** en manifestarse porque hay reservas ^{F35}.



Derivación con intestino

El trastorno metabólico típico es la **acidosis metabólica hiperclorémica**, no la alcalosis ^{F34,F35}.

EIR 2025 · 176

P20 · respuesta en el solucionario

Derivación urinaria con segmento intestinal: acidosis metabólica

La cistectomía radical sigue siendo el tratamiento oncológico de elección del tumor vesical músculo-invasivo. Esta cirugía conlleva la reconstrucción de la vía urinaria utilizando habitualmente un segmento intestinal. En el caso de utilizar el íleon distal para la confección de la derivación urinaria, esta puede comportar diferentes trastornos metabólicos, sobre todo en los primeros meses tras la cirugía. ¿Qué alteración metabólica destacaría?

1. Acidosis metabólica.
2. Alcalosis metabólica.
3. Déficit de vitamina B1.
4. Hipercalcemia.

Ureterosigmoidostomía. Los uréteres se abocan al sigma y la orina se mezcla con las heces. Complicaciones: estenosis de la anastomosis, reflujo coloureteral, **trastornos electrolíticos**, hidronefrosis, **pielonefritis**, insuficiencia renal crónica y **cáncer colorrectal**; solo se aconseja si el paciente acepta un **seguimiento a largo plazo** ^{F36}. Las infecciones urinarias ascendentes, la acidosis hiperclorémica y las neoplasias de la anastomosis llevaron a abandonarla en gran medida ^{F37}.

Todas las preguntas del tema (19)

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

EIR 2024 · 105

P1 · respuesta en el solucionario

Cuando hablamos de una ileostomía fantasma o virtual, nos referimos a que:

1. El íleon se aboca de manera única a la pared abdominal mientras en el interior del abdomen queda el resto del íleon.
2. La ileostomía no llega a crearse, sino que el íleon queda referenciado en la localización elegida para facilitar la maduración en caso de que sea necesario.
3. Se realiza una eversión de la ileostomía para proteger la serosa, puede realizarse tanto en las ileostomías terminales como en asa.
4. Se crea una ileostomía percutánea o ileostomía transcecal mediante endoscopia, utilizando una técnica parecida a la de la colocación de gastrostomías.

EIR 2024 · 104

P2 · respuesta en el solucionario

¿Cuál es la causa que origina la colitis por diversión (inflamación crónica del colon o de uno de sus segmentos)?:

1. La realización de una ileostomía temporal que ocasiona disfunción en el colon.
2. La inflamación y las úlceras de la mucosa que recubre el colon.
3. Un proceso crónico y autoinmune de la mucosa del colon.
4. La presencia de infiltrados eosinofílicos en el tracto digestivo.

EIR 2023 · 91

P3 · respuesta en el solucionario

Entre las complicaciones inmediatas de los estomas NO se encuentra:

1. Necrosis.
2. Hemorragia.
3. Granuloma.
4. Dehiscencia.

La técnica de Malone se refiere a:

1. Procedimiento usado en adultos, para la disfunción intestinal neurógena, con aplicación de un enema de agua con aceite de parafina o jabonoso, obteniendo un vaciamiento del colorrecto distal hasta la flexura esplénica.
2. Se trata de una colectomía y anastomosis ileorrectal. Está reservada a un pequeño grupo de pacientes con síntomas graves y refractarios: inercia colónica y trastorno motor limitado al colon con un tránsito orocecal normal.
3. Procedimiento que consiste en la formación de un conducto continente, generalmente una apendicostomía, que permite la cateterización intermitente para la irrigación y la limpieza rápida y controlada del colon (enema anterógrado).
4. Técnica utilizada en la defecación disinérgica. El objetivo en estos pacientes es restablecer un patrón defecatorio normal, consiguiendo una contracción abdominal adecuada junto con la relajación de los esfínteres.

El pioderma gangrenoso (PG) son un tipo de úlceras que pueden aparecer en la piel periestomal de ciertos pacientes. Señale la opción correcta en relación con el PG:

1. El pioderma gangrenoso es una enfermedad cutánea crónica, ulcerativa y dolorosa de probable etiología autoinmunitaria. Progresas en pocos días desde una pequeña pústula hasta formar una gran úlcera.
2. Existen cuatro variantes clínicas de pioderma gangrenoso: clásico o ulceroso, papuloso, maculoso y vegetante.
3. Al ser de origen bacteriano los tratamientos de elección son antibióticos betalactámicos o macrólidos.
4. El pioderma gangrenoso es una enfermedad cutánea muy frecuente y es la clave para el diagnóstico de una enfermedad interna.

La irrigación a través de la colostomía es un método para buscar la continencia en personas colostomizadas. Al respecto, señale la afirmación INCORRECTA:

1. Está indicada en las colostomías sigmoideas y descendentes.
2. Está contraindicada durante el tratamiento con quimioterapia.
3. Se inicia a partir de un mes de la intervención con autorización del cirujano o enfermera experta sin necesidad de esperar a que el tránsito intestinal esté normalizado.
4. La irrigación se realizará al principio cada 24 horas, después cada 48 y si es posible se puede hacer cada 72 horas.

¿Qué cuestionario validado en nuestro medio mide la calidad de vida de las personas enterostomizadas?:

1. Cuestionario SF-38.
2. Cuestionario CVRS.
3. Cuestionario Stoma-QoL.
4. Cuestionario Stoma-Live.

¿Cuál de las siguientes recomendaciones para la práctica en relación a la Fase Preoperatoria, se recoge en la Guía de Buenas Prácticas Clínicas: Cuidado y manejo de la ostomía de la Registered Nurses Association of Ontario (RNAO)?:

1. Examinar el posible impacto de la cirugía de ostomía en las relaciones íntimas y la función sexual del paciente y su pareja.
2. Identificar los factores de riesgo que influyen en las complicaciones del estoma y de la zona periestomal.
3. Asegurarse de que el plan de cuidados de la ostomía es un plan personalizado que cubrirá las necesidades del paciente y de su familia.
4. Formar al paciente y a sus familiares para que puedan reconocer las complicaciones que afectan al estoma y a la piel periestomal.

En relación a los consejos a un paciente sometido a una ureterosigmoidostomía. Indique la opción INCORRECTA:

1. Debemos instruir al paciente para que no retrase más de 2-4 horas el vaciado de la orina, incluso de noche.
2. Recomendaremos al paciente la ingesta de líquido para prevenir infecciones de orina.
3. Recomendaremos al paciente la utilización de crema barrera en la zona perianal como prevención de dermatitis.
4. Explicaremos al paciente que la sensación de tenesmo rectal desaparecerá al cabo de 1 mes aproximadamente.

De los siguientes consejos prácticos que como enfermero/a Vd. recomendaría sobre las relaciones sexuales a una persona ostomizada, señale la opción INCORRECTA:

1. Evite alimentos que puedan aumentar la producción de gases y/o olores.
2. Aplique gotas desodorantes en la bolsa.
3. Si lo desea póngase un cinturón de ostomías.
4. Cambie la bolsa para una de mayor tamaño que la suya, para evitar vaciarla durante el encuentro.

¿Qué lugar elegiría para el marcaje de un estoma de eliminación?:

1. Hipocondrio derecho.
2. Músculo Recto del abdomen.
3. Ángulo esplénico.
4. Hipocondrio izquierdo.

La señora Carmen C. de 47 años es portadora de una Colostomía sigmoidea. ¿Cuál de las siguientes recomendaciones sobre el cambio del dispositivo NO es correcta?:

1. Retirar las heces con papel higiénico y lavar la piel periestomal con agua templada y jabón neutro (opcional) y una toallita para limpiar la piel y el estoma.
2. Seque bien la zona, dando toques suaves con una toalla y evalúe el estoma y la piel periestomal.
3. Aplique la barrera cutánea (opcional) y coloque la bolsa presionando suavemente durante 30 segundos para activar el adhesivo.
4. La bolsa se debe cambiar como máximo una vez al día para evitar dañar la piel periestomal.

El señor L. R. es portador de una colostomía. ¿Cuál de las siguientes recomendaciones sobre actividades de la vida diaria es adecuada?:

1. Deberá evitar bañarse, ni con bolsa ni sin ella.
2. No puede realizar actividades deportivas.
3. No puede llevar faja encima de la bolsa.
4. Conviene que beba abundante líquido para evitar la deshidratación.
5. Deberá evitar las relaciones sexuales que impliquen contacto con la zona del estoma.

En el paciente portador de una colostomía de doble tubo en el colon transverso, ¿cuál de las siguientes acciones debe usted llevar a cabo?:

1. Valorar la consistencia de las heces que deberán ser sólidas.
2. Irrigar el estoma para estimular la continencia.
3. Utilizar un sistema colector cerrado de una pieza.
4. Introducir un obturador en el estoma.
5. Valorar la salida de las heces por el estoma proximal.

¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre el cuidado de una persona con ileostomía es INCORRECTA?:

1. El drenaje es extremadamente irritante para la piel.
2. El drenaje es constante.
3. La bolsa colectora debe vaciarse a la mitad o dos tercios de su capacidad.
4. El paciente debe ingerir de 2 a 3 litros de líquido al día.
5. Inicialmente se prescribe dieta baja en fibra.

El señor Lucio Rodríguez es portador de una colostomía. ¿Cuál de las siguientes recomendaciones sobre actividades de la vida diaria es adecuada?:

1. Deberá evitar bañarse, ni con bolsa ni sin ella.
2. No puede realizar actividades deportivas.
3. No puede llevar faja por encima de la bolsa.
4. Conviene asegurar una adecuada ingesta de fibra y líquidos para evitar el estreñimiento.
5. Deberá evitar las relaciones sexuales que impliquen contacto con la zona del estoma.

Se recomienda el uso de bolsas cerradas para recoger las heces en pacientes que se les ha practicado una:

1. Yeyunostomía.
2. Ileostomía.
3. Cecostomía.
4. Colostomía ascendente.
5. Sigmoidostomía.

Al iniciar la eliminación de heces de forma regular, tras el postoperatorio inmediato de cirugía de resección intestinal por cáncer de colon con colostomía sigmoidea, ¿qué características deben presentar las heces para ser consideradas normales de acuerdo con la colostomía realizada?:

1. Líquidas e irritantes para la piel.
2. Semilíquidas, con moco e irritantes para la piel.
3. Suaves, semilíquidas, no irritantes para la piel.
4. Sólidas e irritantes para la piel.
5. Sólidas y no irritantes para la piel.

Tras ser diagnosticada de cáncer de colon, la Sra. LMG de 68 años, ha sido intervenida quirúrgicamente y se le ha practicado una resección intestinal con colostomía sigmoidea. La vigilancia del estoma durante las primeras 48 h. es fundamental para detectar precozmente la presencia de complicaciones. ¿Cuál de los siguientes constituye un signo de alarma en este periodo?:

1. Ligeró edema.
2. Sangrado moderado.
3. Color rojo.
4. Color rosado.
5. Secreción continua de pequeña cantidad de líquido.

Preguntas que también podrían ser de este tema (3)

La clasificación automática dudó entre este tema y otro.

EIR 2025 · 176

P20 · respuesta en el solucionario

La cistectomía radical sigue siendo el tratamiento oncológico de elección del tumor vesical músculo-invasivo. Esta cirugía conlleva la reconstrucción de la vía urinaria utilizando habitualmente un segmento intestinal. En el caso de utilizar el íleon distal para la confección de la derivación urinaria, esta puede comportar diferentes trastornos metabólicos, sobre todo en los primeros meses tras la cirugía. ¿Qué alteración metabólica destacaría?

1. Acidosis metabólica.
2. Alcalosis metabólica.
3. Déficit de vitamina B1.
4. Hipercalcemia.

EIR 2025 · 175

P21 · respuesta en el solucionario

La comunicación entre la luz intestinal y la superficie de una herida abdominal abierta hace referencia a:

1. Fístula enterocutánea.
2. Prolapso de una ostomía digestiva.
3. Fístula enteroatmosférica.
4. Eventración de una colostomía.

EIR 2022 · 139

P22 · 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).

Solucionario

N°	Pregunta	Respuesta oficial	Notas
P1	EIR 2024 · 105	2	
P2	EIR 2024 · 104	1	
P3	EIR 2023 · 91	3	hoja del archivo oficial
P4	EIR 2022 · 138	3	
P5	EIR 2021 · 144	1	
P6	EIR 2021 · 137	3	
P7	EIR 2020 · 34	3	
P8	EIR 2020 · 33	1	
P9	EIR 2019 · 168	4	hoja del archivo oficial
P10	EIR 2019 · 115	4	hoja del archivo oficial
P11	EIR 2019 · 2	2	hoja del archivo oficial
P12	EIR 2017 · 151	4	
P13	EIR 2015 · 88	3	reconstruida por un tercero
P14	EIR 2013 · 85	5	reconstruida por un tercero
P15	EIR 2013 · 84	3	reconstruida por un tercero
P16	EIR 2012 · 73	4	reconstruida por un tercero
P17	EIR 2012 · 52	5	reconstruida por un tercero
P18	EIR 2007 · 45	5	reconstruida por un tercero
P19	EIR 2007 · 42	2	reconstruida por un tercero
P20	EIR 2025 · 176	1	
P21	EIR 2025 · 175	3	
P22	EIR 2022 · 139	4	

Fuentes

- **F1** RNAO (Registered Nurses' Association of Ontario) e Investén-isciii. Cuidado y manejo de la ostomía. Guía de buenas prácticas clínicas, agosto de 2009 (traducción española). Sustituida por la 2.ª edición de 2019. · https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/BPG_Cuidado_y_manejo_de_la_Ostomia_-_Guia_de_buenas_practicas_en_enfermeria.pdf · consultada 2026-09-27
- **F2** RNAO. Apoyo a adultos que esperan o viven con una ostomía. Guía de buenas prácticas, 2.ª ed., 2019 (traducción española). · https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/bpg/translations/Apoyo_Adulto_ostomia_2019_spanish.pdf · consultada 2026-09-27
- **F3** Davis BR, Valente MA, Goldberg JE, et al. (ASCRS). The American Society of Colon and Rectal Surgeons Clinical Practice Guidelines for Ostomy Surgery. Dis Colon Rectum. 2022;65(10):1173-1190. Texto leído en la copia de la Wayback Machine de esta URL (captura de 2-07-2025), porque la web oficial bloquea la lectura automática. · <https://doi.org/10.1097/DCR.0000000000002498> · consultada 2026-09-27
- **F4** Krishnamurty DM, Blatnik J, Mutch M. Stoma Complications. Clin Colon Rectal Surg. 2017;30(3):193-200. · <https://doi.org/10.1055/s-0037-1598160> · consultada 2026-09-27
- **F5** Mulita F, Lotfollahzadeh S. Intestinal Stoma. StatPearls (NCBI Bookshelf). Actualizado el 3-06-2023. Texto leído en el paquete oficial de StatPearls del FTP de acceso abierto de NCBI (paquete actualizado el 27-09-2026). · <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK565910/> · consultada 2026-09-29
- **F6** MedlinePlus (Biblioteca Nacional de Medicina de EE. UU.). Colostomía. Revisión de 1-01-2026. · <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002942.htm> · consultada 2026-09-27
- **F7** MedlinePlus. Cambio de la bolsa de ostomía. Revisión de 30-10-2024. · <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000204.htm> · consultada 2026-09-27
- **F8** MedlinePlus. Alta tras ileostomía. Revisión de 12-08-2024. · <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000074.htm> · consultada 2026-09-27
- **F9** MedlinePlus. Ileostomía y su dieta. Revisión de 30-10-2024. · <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000070.htm> · consultada 2026-09-27
- **F10** MedlinePlus. Vivir con su ileostomía. Revisión de 12-08-2024. · <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000075.htm> · consultada 2026-09-27
- **F11** MedlinePlus. Cuidado de su estoma en caso de ileostomía. Revisión de 11-06-2024. · <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000071.htm> · consultada 2026-09-27
- **F12** MedlinePlus. Cambio de la bolsa - ileostomía. Revisión de 30-10-2024. · <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000072.htm> · consultada 2026-09-27
- **F13** American Cancer Society. Types of Colostomies. Revisión de 1-07-2025. Texto leído en la copia de la Wayback Machine de esta URL (2025), porque la web oficial bloquea la lectura automática. · <https://www.cancer.org/cancer/supportive-care/ostomies/colostomy/types-of-colostomies.html> · consultada 2026-09-27
- **F14** American Cancer Society. Caring for a Colostomy. Revisión de 1-07-2025. Texto leído en la copia de la Wayback Machine de esta URL (2025), porque la web oficial bloquea la lectura automática. · <https://www.cancer.org/cancer/supportive-care/ostomies/colostomy/management.html> · consultada 2026-09-27
- **F15** American Cancer Society. Caring for an Ileostomy. Revisión de 1-07-2025. Texto leído en la copia de la Wayback Machine de esta URL (2025), porque la web oficial bloquea la lectura automática. ·

<https://www.cancer.org/cancer/supportive-care/ostomies/ileostomy/management.html> · consultada 2026-09-27

- **F16** American Cancer Society. Intimacy and Sexuality When You Have an Ostomy. Revisión de 1-07-2025. Texto leído en la copia de la Wayback Machine de esta URL (2025), porque la web oficial bloquea la lectura automática. · <https://www.cancer.org/cancer/supportive-care/ostomies/intimacy-and-sexuality.html> · consultada 2026-09-27
- **F17** American Cancer Society. Working, Staying Active, and Traveling When You Have an Ostomy. Revisión de 1-07-2025. Texto leído en la copia de la Wayback Machine de esta URL (2025), porque la web oficial bloquea la lectura automática. · <https://www.cancer.org/cancer/supportive-care/ostomies/staying-active.html> · consultada 2026-09-27
- **F18** Norfolk and Norwich University Hospitals NHS Foundation Trust. Colostomy Irrigation (hoja para pacientes, v6). Revisada el 11-01-2023; revisión prevista el 11-01-2026, ya vencida. · <https://www.nnuh.nhs.uk/publication/download/colostomy-irrigation-v6/> · consultada 2026-09-27
- **F19** Sandwell and West Birmingham Hospitals NHS Trust. Colostomy Irrigation (ML3491). Diciembre de 2012 (fecha de revisión vencida; solo como apoyo). · <https://www.swbh.nhs.uk/wp-content/uploads/2023/12/Colostomy-irrigation-ML3491.pdf> · consultada 2026-09-27
- **F20** St Mark's Hospital y Burdett Institute (NHS). Colostomy Irrigation. 2009. · <https://www.stmarkshospital.nhs.uk/wp-content/uploads/2014/05/Colostomy-irrigation.pdf> · consultada 2026-09-27
- **F21** Šturma J, Šubrt Z, Gojda J, Laboš M. Enteroatmospheric fistula – literature review and current recommendations. Rozhl Chir. 2025. · <https://doi.org/10.48095/ccrvch2025191> · consultada 2026-09-27
- **F22** Cowan KB, Cassaro S. Enterocutaneous Fistula. StatPearls (NCBI Bookshelf). Actualizado el 7-08-2023. Texto leído en el paquete oficial de StatPearls del FTP de acceso abierto de NCBI (paquete actualizado el 27-09-2026). · <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459129/> · consultada 2026-09-29
- **F23** An updated review on the treatment for diversion colitis and pouchitis. Biosci Microbiota Food Health. 2024. · <https://doi.org/10.12938/bmfh.2024-014> · consultada 2026-09-27
- **F24** Flor-Lorente B, Sánchez-Guillén L, Pellino G, et al. «Virtual ileostomy» combined with early endoscopy to avoid a diversion ileostomy in low or ultralow colorectal anastomoses. A preliminary report. Langenbecks Arch Surg. 2019. · <https://doi.org/10.1007/s00423-019-01776-z> · consultada 2026-09-27
- **F25** Meshkati Yazd SM, et al. Ghost Ileostomy Versus Protective Ileostomy in Rectal Cancer Followed by Low Anterior Resection: A Randomized Feasibility Trial. Health Sci Rep. 2025. · <https://doi.org/10.1002/hsr2.71351> · consultada 2026-09-27
- **F26** Baloyiannis I, et al. Virtual ileostomy in elective colorectal surgery: a systematic review of the literature. Tech Coloproctol. 2020. · <https://doi.org/10.1007/s10151-019-02127-2> · consultada 2026-09-27
- **F27** Benedetti J. Pioderma gangrenoso. Manual MSD, versión para profesionales (español). Actualización de mayo de 2024. · <https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-dermatol%C3%B3gicos/hipersensibilidad-y-trastornos-reactivos-de-la-piel/pioderma-gangrenoso> · consultada 2026-09-27
- **F28** Schmieder SJ, Krishnamurthy K. Pyoderma Gangrenosum. StatPearls (NCBI Bookshelf). Actualizado el 4-07-2023. Texto leído en el paquete oficial de StatPearls del FTP de acceso abierto de NCBI (paquete actualizado el 27-09-2026). · <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482223/> · consultada 2026-09-29
- **F29** Chen G, et al. Peristomal pyoderma gangrenosum: a review of nursing research progress. Front Med (Lausanne). 2026. · <https://doi.org/10.3389/fmed.2026.1774931> · consultada 2026-09-27

- **F30** Malone PS, Ransley PG, Kiely EM. Preliminary report: the antegrade continence enema. *Lancet*. 1990;336(8725):1217-8 (resumen). · [https://doi.org/10.1016/0140-6736\(90\)92834-5](https://doi.org/10.1016/0140-6736(90)92834-5) · consultada 2026-09-27
- **F31** 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):922-8 (resumen). · <https://doi.org/10.1097/SLA.0b013e31824f1c21> · consultada 2026-09-27
- **F32** Prieto L, Thorsen H, Juul K. Development and validation of a quality of life questionnaire for patients with colostomy or ileostomy. *Health Qual Life Outcomes*. 2005;3:62. · <https://doi.org/10.1186/1477-7525-3-62> · consultada 2026-09-27
- **F33** Martín-Gil B, et al. Estudio con la versión española validada del Stoma-QoL. *Int Wound J*. 2024. · <https://doi.org/10.1111/iwj.14456> · consultada 2026-09-27
- **F34** Tanna RJ, Powell J, Mambu LA. Ileal Conduit. *StatPearls* (NCBI Bookshelf). Actualizado el 28-11-2022. Texto leído en el paquete oficial de StatPearls del FTP de acceso abierto de NCBI (paquete actualizado el 27-09-2026). · <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK565859/> · consultada 2026-09-29
- **F35** Van der Aa F, et al. Metabolic changes after urinary diversion. *Adv Urol*. 2011;2011:764325. · <https://doi.org/10.1155/2011/764325> · consultada 2026-09-27
- **F36** Przydacz M, Corcos J. Revisiting Ureterosigmoidostomy, a Useful Technique of Urinary Diversion in Functional Urology. *Urology*. 2018 (resumen). · <https://doi.org/10.1016/j.urology.2018.01.003> · consultada 2026-09-27
- **F37** Bindi E, et al. Detubularized Ureterosigmoidostomy (serie de casos con revisión de la literatura). *Children* (Basel). 2021;8(4):279. · <https://doi.org/10.3390/children8040279> · consultada 2026-09-27
- **F38** Consejería de Salud del Principado de Asturias. Guía para el manejo de ostomías: indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos sujetos a prescripción médica por parte de las enfermeras. *Ostomías*. 2024 (ISBN 978-84-09-60060-1). · <https://www.astursalud.es/documents/35439/1232990/Gu%C3%ADa+de+indicaci%C3%B3n+ostom%C3%A1s.pdf/f069eea0-38e7-4f1d-0688-f6cd13120e76?t=1748336381932> · consultada 2026-09-29
- **F39** NHS (nhs.uk). Complications of a colostomy. Revisada el 18-12-2024; próxima revisión, 18-12-2027. · <https://www.nhs.uk/tests-and-treatments/colostomy/complications-of-a-colostomy/> · consultada 2026-09-29
- **F40** Albulescu EL, Râmboiu S, Șurlin MV, et al. Intestinal Stomas in Abdominal Surgery: Etiological Circumstances, Indications, High Gravity Factors and Complications. *Curr Health Sci J*. 2023;49(3):371-380. · <https://doi.org/10.12865/CHSJ.49.03.09> · consultada 2026-09-29
- **F41** Gallo G, De Simone V, Bellocchia AB, et al. The Malone antegrade continence enema for treating adult constipation and fecal incontinence: a systematic review of the literature. *Int J Colorectal Dis*. 2026;41(1):4. · <https://doi.org/10.1007/s00384-025-05022-5> · consultada 2026-09-29
- **F42** WOCN Society, con la ASCRS y la AUA. Position statement: preoperative stoma site marking for patients undergoing ostomy surgery. 2007, revisada en 2015 y 2021. · https://cdn.ymaws.com/member.wocn.org/resource/resmgr/WOCN_Stoma_Positioning_State.pdf · consultada 2026-09-29
- **F43** Chen B, Li W, Qu B. Practical aspects of the diagnosis and management of pyoderma gangrenosum. *Front Med* (Lausanne). 2023;10:1134939. · <https://doi.org/10.3389/fmed.2023.1134939> · consultada 2026-09-29
- **F44** NHS Tayside. Guidance for the management of stoma bags and stoma accessories in secondary care, versión 2 (creada en agosto de 2024; revisión prevista en julio de 2028). · <https://www.nhstaysidecdn.scot.nhs.uk/NHSTaysideWeb/idcplg?>

[IdcService=GET_SECURE_FILE&dDocName=PROD_381927&Rendition=web&RevisionSelectionMethod=LatestReleased&noSaveAs=1](#) · consultada 2026-09-29

- **F45** Royal Devon University Healthcare NHS Foundation Trust. Guidelines for Changing your Stoma Appliance (RDE 18 212 002). Versión de junio de 2022. · <https://www.royaldevon.nhs.uk/media/sqdp5m2g/patient-information-leaflet-guidelines-for-changing-your-stoma-appliance-rde-18-212-002.pdf> · consultada 2026-09-29
- **F46** Grant M, McMullen CK, Altschuler A, et al. Irrigation practices in long-term survivors of colorectal cancer with colostomies. Clin J Oncol Nurs. 2012;16(5):514-519. Manuscrito de autor leído en PMC (PMC3951489). · <https://doi.org/10.1188/12.CJON.514-519> · consultada 2026-09-29
- **F47** Collado EJ, García P. Validación de un cuestionario específico de calidad de vida con una muestra de pacientes colostomizados o ileostomizados. Eur J Health Res. 2015;1(3):107-118 (resumen). · <https://doi.org/10.30552/ejhr.v1i3.9> · consultada 2026-09-29
- **F48** Juul T, Ahlberg M, Biondo S, et al. International validation of the low anterior resection syndrome score. Ann Surg. 2014;259(4):728-734 (resumen). · <https://doi.org/10.1097/SLA.0b013e31828fac0b> · consultada 2026-09-29
- **F49** NHS (nhs.uk). Recovery and lifestyle changes after a colostomy. Revisada el 18-12-2024; próxima revisión, 18-12-2027. · <https://www.nhs.uk/tests-and-treatments/colostomy/recovery-and-lifestyle-changes-after-a-colostomy/> · consultada 2026-09-29

Pendiente de verificar

- EIR2019-168 (ureterosigmoidostomía: vaciar cada 2-4 h también de noche, líquidos, crema barrera perianal, tenesmo rectal): sin fuente válida; no se intercala. Buscado el 29-09-2026 en la guía EAU de cáncer vesical 2026, la guía de enfermería urológica europea (EAUN) «Continent Urinary Diversion» de 2010 (única versión publicada; los líquidos los recomienda para la enterocistoplastia y el vaciado regular, para la neovejiga o el reservorio, sin nombrar el recto), StatPearls «Urinary Diversions and Neobladders», Przydacz 2018, Bindi 2021, unos 15 artículos de PMC y hojas de hospitales del NHS: ninguna da esos consejos.
- Consistencia del efluente de la cecostomía (opción de EIR2012-052): la RNAO 2019 la define (descompresión, irrigación) pero no dice cómo es el efluente; la única fuente oficial encontrada es una hoja del SERGAS de 2003, sin vigencia comprobada; no se usa.
- Pioderma gangrenoso «de pústula a úlcera en pocos días» (EIR2021-144): MSD y Chen 2023 dicen que evoluciona «rápidamente», sin plazo en días; no se ha encontrado la cifra en una fuente válida.