



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Dirección General de Estudios de Posgrado

Facultad de Medicina

Unidad de Posgrado

**Supervivencia global y calidad de vida en pacientes con
obstrucción intestinal maligna sometidos a manejo
médico versus quirúrgico en el Hospital Nacional
Edgardo Rebagliati Martins 2020**

TESIS

Para optar el Grado Académico de Magíster en Cuidados
Paliativos y Manejo del Dolor

AUTOR

Arianna Irina ESCAJADILLO LUCK

ASESOR

Dra. Zoila Rosa MORENO GARRIDO

Lima, Perú

2023



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Escajadillo A. Supervivencia global y calidad de vida en pacientes con obstrucción intestinal maligna sometidos a manejo médico versus quirúrgico en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2020 [Tesis de maestría]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina/Unidad de Posgrado; 2023.

Metadatos complementarios

Datos de autor	
Nombres y apellidos	Arianna Irina Escajadillo Luck
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	70004380
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0003-0693-3787
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	Zoila Rosa Moreno Garrido
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	07033295
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0001-6071-5241
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres y apellidos	Juan Pedro Matzumura Kasano
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	09165800
Miembro del jurado 1	
Nombres y apellidos	Walter José del Carmen Portugal Benavides
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	08805500
Miembro del jurado 2	
Nombres y apellidos	Katia Ninoska EcheGARAY Castro
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	40838156
Datos de investigación	

Línea de investigación	Área de Ciencias de la Salud, Facultad Medicina
Grupo de investigación	Ninguno
Agencia de financiamiento	Autofinanciado
Ubicación geográfica de la investigación	Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Lima-Perú
Año o rango de años en que se realizó la investigación	2020
URL de disciplinas OCDE	Medicina Clínica https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.00



Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América



FACULTAD DE MEDICINA

Vicedecanato de Investigación y Posgrado
Sección Maestría

ACTA DE GRADO DE MAGÍSTER

En la ciudad de Lima, a los 06 días del mes de noviembre del año dos mil veintitrés siendo las 10:00 hrs, bajo la presidencia del Dr. Juan Pedro Matzumura Kasano con la asistencia de los Profesores: Mg. Walter Jose del Carmen Portugal Benavides (Miembro), Mg. Katia Ninoska EcheGARAY Castro (Miembro) y la Dra. Zoila Rosa Moreno Garrido (Asesora); la postulante al Grado de Magíster en Cuidados Paliativos y Manejo del Dolor, Bachiller en Medicina Humana, procedió a hacer la exposición y defensa pública de su tesis Titulada: **"SUPERVIVENCIA GLOBAL Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON OBSTRUCCIÓN INTESTINAL MALIGNA SOMETIDOS A MANEJO MÉDICO VERSUS QUIRÚRGICO EN EL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS 2020"** con el fin de optar el Grado Académico de Magíster en Cuidados Paliativos y Manejo del Dolor. Concluida la exposición, se procedió a la evaluación correspondiente, habiendo obtenido la siguiente calificación **B MUY BUENO (18)**. A continuación, el Presidente del Jurado recomienda a la Facultad de Medicina se le otorgue el Grado Académico de **MAGÍSTER EN CUIDADOS PALIATIVOS Y MANEJO DEL DOLOR**, a la postulante **ARIANNA IRINA ESCAJADILLO LUCK**.

Se extiende la presente Acta en dos originales y siendo las 10:49 hrs se da por concluido el acto académico de sustentación.

Mg. Walter Jose del Carmen Portugal Benavides
Profesor Asociado
Miembro

Mg. Katia Ninoska EcheGARAY Castro
Profesor Auxiliar
Miembro



Dra. Zoila Rosa Moreno Garrido
Profesor Asociado
Asesora

Dr. Juan Pedro Matzumura Kasano
Profesor Principal
Presidente



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Vicerrectorado de Investigación y Posgrado



CERTIFICADO DE SIMILITUD

Yo, **ZOILA ROSA MORENO GARRIDO** en mi condición de asesora acreditada con el Dictamen N° 00006-DAT-SM-UPG-FM-2021, de la tesis cuyo título es: “**SUPERVIVENCIA GLOBAL Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON OBSTRUCCIÓN INTESTINAL MALIGNA SOMETIDOS A MANEJO MÉDICO VERSUS QUIRÚRGICO EN EL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS 2020**”, presentado por la egresada **ARIANNA IRINA ESCAJADILLO LUCK** para optar el **GRADO ACADÉMICO DE MAGÍSTER EN CUIDADOS PALIATIVOS Y MANEJO DEL DOLOR, CERTIFICO** que se ha cumplido con lo establecido en la Directiva de Originalidad y de Similitud de Trabajos Académicos, de Investigación y Producción Intelectual. Según la revisión, análisis y evaluación mediante el software de similitud textual, el documento evaluado cuenta con el porcentaje de **20%** de similitud, nivel **PERMITIDO** para continuar con los trámites correspondientes y para su **publicación en el repositorio institucional.**

Se emite el presente certificado en cumplimiento de lo establecido en las normas vigentes, como uno de los requisitos para la obtención del grado correspondiente.

Firma del Asesor *Z. Rosa Moreno*

DNI: 07033295

Nombres y apellidos: **ZOILA ROSA MORENO GARRIDO**



AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por protegerme durante todo mi camino y darme fuerzas para superar obstáculos y dificultades a lo largo de toda mi vida.

Gracias a todas las personas que ayudaron directa e indirectamente en la realización de esta investigación.

INDICE GENERAL

AGRADECIMIENTOS	III
INDICE GENERAL	IV
LISTA DE TABLAS	V
RESUMEN	VII
ABSTRACT	VIII
CAPITULO I:INTRODUCCIÓN	
1.1.Situación Problemática	1
1.2. Formulación del Problema	2
1.3. Justificación	2
1.4. Objetivos	3
CAPÍTULO II. MARCO TEORICO	
2.1. Marco Filosófico o Epistemológico	4
2.2. Antecedentes	8
2.3.Bases Teóricas	19
2.4. Marco Conceptual	36
CAPÍTULO III. METODOLOGIA	
3.1. Tipo y diseño de investigación	43
3.2. Descripción del área de estudio	43
3.3. Población de estudio	44
3.4. Unidad de análisis	44
3.5. Tamaño de la muestra	44
3.6. Criterios de selección	45
Criterios de inclusión y exclusión	45
3.7. Técnica e instrumento de recolección de datos	45
3.8- Plan de recolección, procesamiento y presentación de datos	46
CAPITULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	47
CONCLUSIONES	66
RECOMENDACIONES	67
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	68
ANEXOS	87

LISTA DE TABLAS

RESULTADOS

Tabla 1. Características sociodemográficas de pacientes con obstrucción intestinal maligna sometidos a manejo médico versus quirúrgico del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. 2020

Tabla 2. Características clínicas de pacientes con obstrucción intestinal maligna sometidos a manejo médico versus quirúrgico en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. 2020

Tabla 3: Supervivencia global y calidad de vida de los pacientes con obstrucción intestinal maligna

Tabla 4. Supervivencia global de pacientes con obstrucción intestinal maligna sometidos a manejo médico versus quirúrgico.

Tabla 5. Supervivencia global de pacientes con obstrucción intestinal maligna según edad

Tabla 6. Supervivencia global de pacientes con obstrucción intestinal maligna según género

Tabla 7. Supervivencia global de pacientes con obstrucción intestinal maligna según tipo de cáncer

Tabla 8. Supervivencia global de pacientes con obstrucción intestinal maligna según diagnóstico de comorbilidades

Tabla 9. Supervivencia global de pacientes con obstrucción intestinal maligna según recepción de NPT

Tabla 10. Supervivencia global de pacientes con obstrucción intestinal maligna según recepción de quimioterapia

Tabla 11. Supervivencia global de pacientes con obstrucción intestinal maligna según calidad de vida

Tabla 12. Tipo de manejo como factor asociado para la supervivencia de pacientes con obstrucción intestinal maligna. Modelo de riesgos proporcionales de Cox.

Figura 1. Edad de los pacientes según manejo quirúrgico o médico de la obstrucción intestinal maligna del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. 2020

Figura 2. Supervivencias de las cohortes de estudio según si hubo mejoría (Figura 2A) o no (Figura 2B) de la calidad de vida.

Figura 3. Curvas de Kaplan Meier de supervivencia de pacientes con obstrucción intestinal maligna sometidos a manejo médico versus quirúrgico

Figura 4. Curvas de Kaplan Meier de supervivencia global de pacientes con obstrucción intestinal maligna según edad

Figura 5. Curvas de Kaplan Meier de supervivencia global de pacientes con obstrucción intestinal maligna según género

Figura 6. Curva de Kaplan Meier de supervivencia global de pacientes con obstrucción intestinal maligna según tipo de cáncer

Figura 7. Curva de Kaplan Meier de supervivencia global de pacientes con obstrucción intestinal maligna según diagnóstico de comorbilidades

Figura 8. Curva de Kaplan Meier de supervivencia global de pacientes con obstrucción intestinal maligna según recepción de NPT

Figura 9. Curva de Kaplan Meier de supervivencia global de pacientes con obstrucción intestinal maligna según recepción de quimioterapia

Figura 10. Curva de Kaplan Meier de supervivencia global de pacientes con obstrucción intestinal maligna según calidad de vida

RESUMEN

Este trabajo tuvo como objetivo determinar la supervivencia global y la calidad de vida de pacientes con obstrucción intestinal maligna sometidos a manejo médico versus quirúrgico en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. 2020. Fue de tipo cuantitativo, cohorte retrospectivo, correlacional y no experimental. El lugar de estudio fue la Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. La muestra estuvo conformada por 100 pacientes. La técnica para recolectar datos que se empleo fue la encuesta y los instrumentos que se usaron fueron una ficha de recolección de datos. Con base a los resultados obtenidos, se llegó a las siguientes conclusiones: La mediana de la supervivencia global de los pacientes sometidos a cirugía fue de 38 días en comparación con los que recibieron manejo médico que fue de 8 días. Se encontró diferencia estadísticamente significativa entre las curvas de supervivencia de los pacientes sometidos a manejo quirúrgico versus los que recibieron manejo médico (Prueba de Log-rank; $p < 0,001$). Pero según la prueba de Log-rank no se encontró significancia estadísticamente ($p = 0,468$), entre la relación de calidad de vida y supervivencia global en dichos pacientes .

PALABRAS CLAVES: obstrucción intestinal maligna, supervivencia, calidad de vida.

ABSTRACT

The objective of this work was to determine the overall survival and quality of life of patients with malignant intestinal obstruction undergoing medical versus surgical management at the Edgardo Rebagliati Martins National Hospital. 2020. It was quantitative, retrospective cohort, cross-sectional, correlational and non-experimental. The place of study was the Edgardo Rebagliati Martins National Hospital. The sample consisted of 100 patients. The technique to collect data that was used was the survey and the instruments that were used were a data collection sheet. Based on the results obtained, the following conclusions were reached: The median overall survival of patients undergoing surgery was 38 days compared to 8 days for those receiving medical management. There was a statistically significant difference between the survival curves of patients undergoing surgical management versus those receiving medical management (Log-rank test; $p < 0.001$). However, according to the Log-rank test, no statistically significant relationship was found ($p = 0.468$) between quality of life and overall survival in these patients.

KEY WORDS: malignant intestinal obstruction, survival, quality of life

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

1.1.- Situación problemática:

La obstrucción intestinal maligna es una causa común de morbilidad y mortalidad en pacientes hospitalizados con cáncer (Olatunji et al, 2015, p. 1772), afecta aproximadamente entre el 3 al 15% de pacientes con cáncer, con un promedio de supervivencia de menos de 4 semanas cuando es inoperable (Tuca et al, 2012, p. 159), considerada por ello una complicación terminal del proceso oncológico (Aaron et al, 2022) porque se asocia a deterioro funcional, dismovilidad, ausencia de opción de quimioterapia y por una alta morbilidad y mortalidad asociada a cirugía paliativa (Cousins et al, 2016, p. 1).

Además, tiene un alto impacto económico para los sistemas de salud ya que estos pacientes requieren ser hospitalizados y se les realiza múltiples intervenciones (Olatunji, B. et al., 2015, p. 1772).

En cuanto al manejo de la obstrucción intestinal maligna se trata de brindar alivio o paliar la sintomatología y/o de ser posible revertir el proceso obstructivo.

Se menciona el manejo quirúrgico, mediante las ostomías o derivaciones; procedimientos intervencionistas no quirúrgicos como gastrostomía percutánea endoscopia o radiológica, stents; manejo médico mediante el uso de hidratación, antieméticos, antiespasmódicos, antisecretores, analgésicos, uso del tubo de sonda nasogástrica descompresiva; nutrición parenteral previa a cirugía o como coadyuvante al manejo médico. Al ser mortal, refieren tomar en cuenta la calidad de vida, pronóstico y balance con las expectativas del paciente familia y cuidadores (Aaron et al, 2011).

En el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins se realiza manejo médico y/o quirúrgico, muchas veces con la incertidumbre de cual opción es mejor y por ello constituye una difícil decisión sobre cuáles serían más útiles y apropiados y cuáles serían agresivos, dañinos y poco beneficiosos.

Por lo que mediante el presente estudio se conocerá la supervivencia global y calidad de vida en pacientes con obstrucción intestinal maligna sometidos a manejo médico versus quirúrgicos.

1.2 Formulación del problema

¿Cuál es la supervivencia global y calidad de vida de pacientes con obstrucción intestinal maligna sometidos a manejo médico versus quirúrgico en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2020?

1.2.1 Específicas

- ¿Cuál es la supervivencia de los pacientes con obstrucción intestinal maligna sometidos a manejo médico en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins?
- ¿Cuál es la supervivencia de los pacientes con obstrucción intestinal maligna sometidos a manejo quirúrgico en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins?
- ¿Cómo es la calidad de vida de los pacientes con obstrucción intestinal maligna sometidos a manejo médico en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins?
- ¿Cómo es la calidad de vida de los pacientes con obstrucción intestinal maligna sometidos a manejo quirúrgico en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins?

1.3 Justificación

Es importante abordar el tema de obstrucción intestinal maligna en enfermedad oncológica avanzada, ya los resultados podrían ser motivos para ampliar otros estudios relacionados y/o de mayor profundidad; y con ello plantear guías de práctica clínica, tomando en cuenta además el tema de costo efectividad del manejo.

Es posible que al culminar el estudio se promueva a que otros lugares de Latinoamérica realicen y demuestren la data local, ya que existen estudios del tema básicamente en Europa y Estados Unidos, de esta manera generar conocimiento científico en poblaciones similares.

Además, de que con los resultados se optimizaría el manejo de la obstrucción intestinal maligna, con el conocimiento generado, para que de esta forma ciertos tratamientos se dejen de usar si no son efectivos, mientras que otros se podrían potenciar, mejorar y con ello conseguir una mejora en la calidad de vida de los pacientes.

Siendo a veces controversial, considerándose a veces un dilema ético, promoveríamos con los resultados la formación de comités de ética clínica y mejoraríamos las bases deontológicas de los médicos asistenciales y de todo el equipo de salud.

1.4 Objetivos

1.4.1 General:

Determinar la supervivencia global y la calidad de vida de pacientes con obstrucción intestinal maligna sometidos a manejo médico versus quirúrgico en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. 2020

1.4.2 Específicos:

- Identificar la supervivencia de los pacientes con obstrucción intestinal maligna sometidos a manejo médico en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. 2020
- Identificar la supervivencia de los pacientes con obstrucción intestinal maligna sometidos a manejo quirúrgico en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. 2020
- Identificar la calidad de vida de los pacientes con obstrucción intestinal maligna sometidos a manejo médico en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. 2020
- Identificar la calidad de vida de los pacientes con obstrucción intestinal maligna sometidos a manejo quirúrgico en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. 2020

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Marco Filosófico o Epistemológico de la investigación:

La obstrucción intestinal consiste en la detención del tránsito intestinal, de forma completa y persistente en algún punto del intestino delgado o grueso. Cuando es incompleta se denomina suboclusión intestinal (Vásquez, 2004).

En la historia de la medicina se menciona que (Montalvo y Vargas, 2008):

- Praxagoras (350 a.C.) realizó la primera operación de obstrucción intestinal. En esta época se utilizaban opio para aliviar el dolor, mercurio y municiones de plomo para abrir las asas ocluidas, lavados gástricos.
- Hartwelhougde (1912) observa que al administrar soluciones salinas se prolongaba la vida a pocos con obstrucción intestinal.
- 1920. Con el advenimiento de los rayos X (las radiografías) se mejora el diagnóstico de obstrucción intestinal.
- 1930. Se inicia el uso de sonda nasogástrica y sondas intestinales para prevenir y aliviar distensión, abdominal en pacientes con obstrucción intestinal.
- 1940-1950. Se inicia antibioticoterapia en paciente con obstrucción intestinal.

En el progreso de conceptos de la enfermedad, se denominó obstrucción intestinal maligna (MBO) a la patología que cumpliera los criterios de: evidencia clínica de obstrucción intestinal (antecedentes/ examen físico/radiológico), nivel de obstrucción intestinal más allá del ligamento de Treitz, en el contexto de un diagnóstico de cáncer intraabdominal con enfermedad incurable o de un diagnóstico de cáncer primario no intraabdominal con enfermedad intraperitoneal clara (Ripamonti et al, 2008).

Es decir, que la obstrucción intestinal maligna se da en un paciente con diagnóstico de cáncer asociada a carcinomatosis intestinal.

Además, que las causas son las mismas que la obstrucción intestinal y se añade: Infiltración tumoral del mesenterio o de los músculos y nervios de la pared intestinal, o afectación maligna del plexo celíaco o neuropatía paraneoplásica, pseudoobstrucción intestinal crónica (CIP), pseudoobstrucción paraneoplásica (Anthony, et al, 2007).

La diferencia en la ubicación de una obstrucción intestinal maligna según la historia y los síntomas es igual que la obstrucción intestinal en general (náuseas, vómitos, dolor, distensión abdominal), siendo más pronto cuando es alta y siendo tardíos cuanto más distal se manifieste (Krouse, 2007).

Aunque la obstrucción intestinal maligna (MBO) se encuentran comúnmente en la medicina clínica, existen pocos estudios prospectivos y ningún ensayo aleatorio que compare el éxito de la paliación y los efectos del tratamiento en la calidad de vida del paciente con diferentes planes de manejo, como cirugía, colocación de stent o tratamiento médico. La falta de una definición consistente de MBO ha significado que la mayoría de las series en la literatura combinan pacientes en diferentes puntos a lo largo de la trayectoria de su enfermedad, lo que dificulta la interpretación de los resultados. Otro problema es la falta de consenso sobre lo que constituye un resultado paliativo exitoso. La supervivencia (30 o 60 días) después de la intervención, la tasa de alta hospitalaria y la capacidad de tolerar la dieta oral durante un período de tiempo determinado (30 o 60 días) se han utilizado como medidas de resultado (Ripamonti et al, 2008).

Sin embargo, estos resultados no abordan de manera significativa los resultados importantes centrados en el paciente en la paliación, como el alivio de los síntomas, las mejoras en la calidad de vida y la calidad de la muerte (Easson et al, 2003).

El manejo de los pacientes con obstrucción intestinal maligna (MBO) está influenciado por el nivel de obstrucción, el patrón de la enfermedad, el estadio clínico del cáncer y el pronóstico general y los tratamientos anticancerígenos

previos y potencialmente futuros, así como el estado de salud y desempeño del paciente (Easson et al, 2003; Ripamonti et al, 2008).

La cirugía en MBO puede ser beneficiosa para pacientes seleccionados. Hay una serie de opciones disponibles para el cirujano al considerar la intervención quirúrgica. En el caso de obstrucción distal, se puede crear un estoma a partir del segmento intestinal no afectado más distal. Hay una serie de factores del paciente a considerar en la toma de decisiones. Estos incluyen la edad avanzada, tanto fisiológica como cronológica, el estado nutricional, el estado funcional, las enfermedades concurrentes y las comorbilidades, el tratamiento anticancerígeno previo y futuro, así como la salud psicológica y el apoyo social (Higashi et al, 2003).

Cada vez está más claro que una MBO por carcinomatosis generalizada es una entidad distinta que responde mal, o no responde en absoluto, a la intervención quirúrgica. Estas obstrucciones suelen ser parciales, intermitentes y no implican intestino estrangulado o torcido con riesgo de perforación. Son causados por bloqueo del intestino en múltiples niveles del intestino delgado y/o grueso, posiblemente complicados por trastornos de la motilidad secundarios a la infiltración de la pared intestinal por el tumor y/o compromiso de los nervios parasimpáticos y simpáticos responsables del peristaltismo (Higashi et al, 2003).

Cuando estos pacientes son llevados al quirófano, los resultados son generalmente pobres, con una alta mortalidad a los 30 días (21-40%) y una alta tasa de complicaciones (20-40%) y, aún más desalentador, la mayoría se reobstruira en un corto período de tiempo (McCahill et al, 2002).

El uso de una sonda nasogástrica (SNG) es útil para estos pacientes con cáncer con obstrucción inoperable si sus síntomas pueden controlarse solo con el tratamiento farmacológico. Ya que ayuda a reducir una gran cantidad de secreciones de intestino y estómago. El uso a largo plazo de una SNG se justifica en estos casos si además no se puede realizar una gastrostomía (Ripamonti et al, 2008).

El tratamiento farmacológico de la obstrucción intestinal maligna se centra en el alivio de las náuseas, los vómitos y el dolor abdominal. La terapia farmacológica comprende analgésicos, fármacos antiseoretos y antieméticos, se describió por primera vez en 1985 (Baines et al, 1985). Varios autores han confirmado la eficacia de este enfoque, y se utiliza con éxito en los centros de cuidados paliativos de todo el mundo tanto en pacientes hospitalizados como ambulatorios (Ripamonti et al, 2008).

Para evaluar la eficacia de la terapia con medicamentos y ajustarla rápidamente según sea necesario, los síntomas deben controlarse diariamente. Los vómitos se pueden evaluar en términos de cantidad y frecuencia. Otros síntomas, como náuseas, dolor abdominal continuo, cólico intestinal, sequedad de boca, somnolencia, disnea, hambre, sed y distensión abdominal, pueden evaluarse mediante el diálogo médico-paciente con o sin el uso de escalas formales (Ripamonti et al, 2001).

Nutrición parenteral total (NPT) en el tratamiento de pacientes con obstrucción intestinal inoperable es controvertido. La TPN puede prolongar la supervivencia, pero también puede provocar complicaciones y hacer necesaria una hospitalización prolongada. El objetivo principal de la TPN es mantener o restaurar el estado nutricional del paciente y corregir o prevenir los síntomas relacionados con la desnutrición. Por lo general, los beneficios nutricionales son limitados si la NPT se administra solo durante un tiempo muy breve. Además, si la duración esperada de la supervivencia es corta, no hay tiempo suficiente para un plan adecuado de TPN (Ventafridda et al, 2003).

La hidratación artificial está indicada para la corrección de los síntomas relacionados con la deshidratación. La intensidad de la boca seca y la sed son independientes de la cantidad de hidratación oral o intravenosa (Ripamonti et al, 2000). Por otro lado, la intensidad de las náuseas fue significativamente menor en los pacientes tratados con más de 1 l/día de fluidos parenterales. Dado que un alto nivel de hidratación endovenosa puede provocar más secreciones intestinales, es necesario mantener un equilibrio entre la eficacia del tratamiento y los efectos adversos (Ripamonti et al, 2001).

Entonces se observa que aun exista la opción de manejo quirúrgico, pero es más importante un manejo medico óptimo para mejorar la calidad de vida del paciente con MBO.

2.2 Antecedentes

Se presentan estudios referentes, que aportarán a la investigación:

2.2.1 Antecedentes internacionales

Bozzetti (2019), en su investigación titulada *“El papel de la nutrición parenteral en pacientes con obstrucción intestinal maligna. Italia”*. El objetivo fue: Es la evaluación de la literatura con un enfoque en la contribución potencial de la nutrición parenteral. Métodos: Se ha revisado la literatura incluida en un metaanálisis reciente y en una revisión Cochrane sobre nutrición parenteral en la obstrucción intestinal maligna y actualizada a través de PUBMED hasta marzo de 2019. Resultados: La tolerancia a la ingesta oral de forma precoz, la aspiración nasogástrica y luego el uso de agentes antisecretores representan los hitos del tratamiento que se aplican a todos los pacientes con obstrucción intestinal maligna. Después de este enfoque inicial, excluyendo pocos pacientes quirúrgicos y aquellos definidos como muerte inminente, hay un grupo heterogéneo de pacientes que logran un beneficio de unos pocos días, pero con una recurrencia inmediata de los síntomas cuando intentan reanudar la ingesta oral. La nutrición parenteral en el hospital o en el domicilio de estos pacientes siempre que su esperanza de vida dependa del deterioro nutricional progresivo debido a la inanición prolongada más que a la propagación del tumor. Estos pacientes con nutrición parenteral domiciliaria pueden sobrevivir algunos meses con algún beneficio indefinido sobre la calidad de vida, mientras que los pacientes no tratados tienen una supervivencia de pocas semanas. Conclusión: Se debe considerar la nutrición parenteral en pacientes seleccionados que se benefician del tratamiento paliativo estándar de la obstrucción maligna y están obligados a mantener un reposo intestinal total durante semanas o meses (Bozzetti, F. ,2019)

Bento de Sousa et al. (2019), en su investigación titulada *“Manejo quirúrgico de la obstrucción intestinal maligna: resultados y factores*

pronósticos". Brasil, 2019. Objetivo: Evaluar los factores pronósticos de pacientes con obstrucción intestinal maligna que se sometieron a tratamiento quirúrgico. Metodología: Estudio retrospectivo. Unidad de análisis: 233 cirugías debido a la sospecha de obstrucción intestinal maligna durante un período de 7 años, pacientes entre 43 a 70 años. Resultados: Con diagnóstico se confirmó en 210 operaciones (90,1%), las principales causas de obstrucción maligna fueron cáncer colorrectal (49,5%) y cáncer ginecológico (21,9%). La tasa de complicaciones graves fue del 11,42%. La tasa de mortalidad hospitalaria fue del 40.95% (IC 95%: 34.16-47.74%). El deterioro del estado funcional, la alta concentración sérica de urea y los bajos niveles de albúmina se asociaron a una mayor tasa de mortalidad. Conclusión: la obstrucción intestinal maligna implica un mal pronóstico, con una alta tasa de mortalidad hospitalaria y complicaciones postoperatorias graves. La decisión sobre el manejo de la obstrucción intestinal maligna debe ser multimodal e individualizada, de acuerdo con los factores pronósticos individuales (Bento de Sousa, J. et al, 2019).

Thampy et al. (2019), en su investigación "*Seguridad y eficacia de la gastrostomía abierta en la obstrucción intestinal maligna: una revisión sistemática*". Reino Unido, 2019. Objetivo: Establecer la seguridad y la eficacia de la gastrostomía por ventilación abierta para aliviar los síntomas de la OIM. Metodología: Revisión sistemática. Unidad de análisis: 25 estudios con 1194 pacientes. La inserción de la gastrostomía fue exitosa en el primer intento en el 91% de los casos y la reducción de los síntomas de náuseas y vómitos se informó en el 92% de los casos. La supervivencia media después del procedimiento osciló entre 35 y 147 días. Las complicaciones mayores fueron raras, y la mayoría de las complicaciones se clasificaron como infecciones menores de heridas o fugas de líquido alrededor del tubo. Los estudios sugieren que la presencia de ascitis no es una contraindicación absoluta para la inserción de la gastrostomía abierta percutánea en pacientes con OIM. Sin embargo, es razonable sugerir que se realiza un drenaje ascítico para reducir las posibles complicaciones. Existe una relativa falta de datos sólidos de buena calidad sobre la utilización de la gastrostomía abierta percutánea en la

OIM. Conclusión: Debería considerarse como opción de manejo por ser un procedimiento seguro y eficaz, por tener un bajo perfil de complicaciones.

Sowerbutts et al. (2018), en su investigación titulada “*Nutrición parenteral en el hogar para personas con obstrucción intestinal maligna inoperable*”. Tuvo como objetivo: Evaluar la efectividad de la nutrición parenteral en el hogar (NPD) para mejorar la supervivencia y la calidad de vida en personas con OIM (obstrucción intestinal maligna) inoperable. Métodos: Se realizaron búsquedas en las siguientes bases de datos electrónicas: Registro Central Cochrane de Ensayos Controlados (CENTRAL; 2018, Número 1), MEDLINE (Ovid), Embase (Ovid), BNI, CINAHL, Web of Science y NHS Evaluación Económica y Evaluación de Tecnología de Salud, ClinicalTrials.gov y otros subidos hasta enero de 2018. Unidad de análisis 13 estudios con un total de 721 participantes. Resultados: La evidencia del beneficio derivado de la nutrición parenteral (NPT) fue muy baja para la supervivencia y la calidad de vida. Todos los estudios midieron la supervivencia general y 636 (88%) de los participantes fallecieron al final del estudio. Sin embargo, hubo diferentes definiciones de supervivencia general que arrojaron intervalos de supervivencia promedio entre 15 y 155 días (rango de tres a 1278 días). Tres estudios utilizaron medidas validadas de calidad de vida. Los resultados de la evaluación de la calidad de vida fueron equívocos; un estudio informó mejoras hasta tres meses y dos estudios informaron aproximadamente un número similar de participantes con mejoras y deterioro. Los eventos adversos se midieron en nueve estudios, esto reveló que 32 de 260 (12%) pacientes desarrollaron una infección por catéter venoso central o fueron hospitalizados debido a complicaciones relacionadas con la NPT. Conclusiones: No es seguro si la NPD mejora la supervivencia o la calidad de vida en personas con OIM, ya que la certeza de la evidencia fue muy baja para ambos resultados. Como la base de evidencia es limitada y con alto riesgo de sesgo, se requieren más estudios prospectivos de mayor calidad (Sowerbutts, A. et al., 2018).

Dean et al. (2017), en su investigación titulada “*Obstrucción intestinal maligna en el cáncer de ovario avanzado*”. Tuvo como objetivo: Conocer la

obstrucción intestinal maligna (OIM) en el cáncer de ovario. Metodología: Estudio de cohorte retrospectivo. Unidad de análisis fueron 129 pacientes con cáncer de ovario con OIM, entre 27 y 84 años. Resultados: 69 (53%) tenían enfermedad resistente a platino, 37 (29%) sensible a platino y 23 (18%) sin tratamiento previo con quimioterapia. En los pacientes que recibieron quimioterapia después del episodio de OIM, la mediana de supervivencia global (SG) fue de 107 días para los pacientes sin quimioterapia en comparación con 83 y 86 para los pacientes sensibles al platino o resistentes al platino ($p = 0,98$). La SG fue inferior para manejo paliativo (45 días) en comparación con la quimioterapia (152 días) o la cirugía (124 días; $p < 0,001$). El puntaje Manchester Bowel Obstruction Score usando ECOG y el nivel de obstrucción discriminaron a los pacientes según la mediana de SG de 181 días (ninguno) versus 98 días (uno) versus 42 días (ambos; $p < 0,01$). Conclusión: El Manchester Bowel Obstruction Score puede ayudar a la estratificación del tratamiento (Dean, E. et al, 2017).

Santangelo et al. (2017), en su investigación "*Obstrucción intestinal y carcinomatosis peritoneal en ancianos. Una revisión sistemática*". Objetivo: describir las indicaciones y los beneficios de la cirugía paliativa para la carcinomatosis obstructiva y determinar qué factores pronósticos. Metodología: Realizamos búsquedas en inglés en MEDLINE y EMBASE de artículos publicados entre 1998 y 2016, que informaron datos de resultados después de la cirugía paliativa para obstrucción intestinal maligna (OIM) debido a carcinomatosis peritoneal (CP). De 1275 artículos identificados, 12 cumplieron los criterios de selección y se incluyeron en nuestro análisis. Resultados: En general, estos estudios incluyeron a 548 pacientes sometidos a cirugía paliativa por OIM causada por CP. La mediana de edad fue de 58 años (rango 19-93). El alivio de los síntomas se logró en 26.5 a 100% de los casos. La morbilidad postoperatoria osciló entre 7 y 44%. La mortalidad fue alta (6–22%). La mediana de supervivencia fue mayor en pacientes quirúrgicos que en aquellos que recibieron terapia conservadora (8–34 versus 4–5 semanas). Los factores asociados con el fracaso de la cirugía fueron un mal estado general, carcinomatosis difusa, radioterapia previa y obstrucción del intestino delgado. Conclusiones: la paliación quirúrgica puede

proporcionar alivio de los síntomas obstructivos, así como una mejor supervivencia en pacientes bien seleccionados, incluso si son ancianos (Santangelo, M., et al, 2017).

Cousins et al. (2016), en su investigación "*Cirugía para la resolución de síntomas de obstrucción intestinal maligna en cáncer ginecológico y gastrointestinal avanzado (Revisión)*". Objetivo: Evaluar la eficacia de la cirugía para la obstrucción intestinal debida al cáncer ginecológico y gastrointestinal avanzado. Métodos de búsqueda: Se realizó búsquedas en las siguientes bases de datos para la revisión original en 2000 y nuevamente para esta actualización en junio de 2015: CENTRAL (2015, número 6); MEDLINE (OVID, semana 1 de junio de 2015); y EMBASE (OVID semana 24, 2015). Además de otras fuentes y se entrevistó a los autores. Se hizo una descripción narrativa de los resultados del estudio. Unidad de análisis fue 43 estudios con 4265 participantes entre 1997 y junio de 2015. Resultados: No se pueden sacar conclusiones firmes de muchas series de casos retrospectivos, por lo que el papel de la cirugía en la obstrucción intestinal maligna sigue siendo controvertido. La resolución clínica varía de 26.7% a más del 68%, aunque a menudo no está claro cómo se define. A pesar no ser un indicador adecuado para la resolución de los síntomas o la calidad de vida, la capacidad de alimentarse por vía oral es una medida de resultado popular, con tasas de éxito que iban del 30% al 100%. Las tasas de re-obstrucción variaron, desde 0% a 63%, aunque a menudo no se incluyó el tiempo de re-obstrucción. La morbilidad y mortalidad postoperatorias también variaron ampliamente. No hubo datos disponibles para la calidad de vida. El informe de los efectos adversos fue variable. Cuando se discutió, los procedimientos quirúrgicos variaron considerablemente y los resultados no se informaron mediante intervención específica. La mayoría de los estudios tenían un alto riesgo de sesgo. Conclusión: El papel de la cirugía en la obstrucción intestinal maligna necesita una evaluación cuidadosa, utilizando medidas de resultado validadas de control de síntomas y puntajes de calidad de vida. La información adicional podría incluir tasas de re-obstrucción junto con la morbilidad asociada con los diversos procedimientos quirúrgicos. Actualmente, la obstrucción intestinal se maneja empíricamente y hay variaciones marcadas

en la práctica clínica por diferentes unidades. Para comparar los resultados en la obstrucción intestinal maligna, debe haber un mayor grado de estandarización del tratamiento (Cousins et al, 2016, p. 1).

Guerra et al. (2015) en su investigación titulada "*Papel de la nutrición parenteral en pacientes oncológicos con oclusión intestinal y carcinomatosis peritoneal*". Objetivo: Evaluar los efectos de la nutrición parenteral en este tipo de pacientes en cuanto al pronóstico. Metodología: Estudio longitudinal. Unidad de análisis: 55 pacientes entre 40 y 75 años con obstrucción intestinal y carcinomatosis peritoneal del Hospital de Ramón y Cajal desde 2007 hasta el 2012. Resultados: un 69,1% de los pacientes presentaban tumores gastrointestinales, un 18,2% ginecológicos y otros tumores el 12,7% restante. La edad media fue de 60 ± 13 años, con un ECOG basal de $1,5 \pm 0,5$ y un IMC de $21,6 \pm 4,3$. La presencia de malnutrición fue de un 85%. La supervivencia desde el inicio de la nutrición parenteral no fue significativamente distinta entre los pacientes al considerar su ECOG basal (log rank = 0,593, p = 0,743), las líneas previas de quimioterapia recibida (log rank = 2,117, p = 0,548), el IMC basal (log rank = 2,686, p = 0,261), o el tipo de tumor (log rank = 2,066, p = 0,356). La supervivencia en los pacientes en que fue posible el alta hospitalaria con nutrición parenteral fue superior (log rank = 7,090, p = 0,008). La supervivencia en los pacientes en que se inició la quimioterapia durante o tras iniciar la nutrición parenteral fue también superior (log rank = 17,316, p < 0,001). Un total de 3,6% de los pacientes presentaron infección relacionada con el catéter sin afectar la supervivencia (log rank = 0,061, p = 0,804). Conclusión: "(...) la nutrición parenteral en los pacientes oncológicos con obstrucción intestinal y carcinomatosis peritoneal es segura y, en aquellos que responden a quimioterapia, el uso de la nutrición parenteral domiciliaria, junto con en tratamiento antitumoral activo, aumentan la supervivencia" (Guerra, E. et al., 2015, p.1222).

Olatunji et al. (2015), en investigación titulada "*Patrones de manejo y predictores de mortalidad entre pacientes estadounidenses con cáncer hospitalizados por obstrucción intestinal maligna*". Objetivo: Evaluar los predictores de supervivencia y la influencia de la modalidad de tratamiento en

pacientes con cáncer que fueron hospitalizados por obstrucción intestinal maligna. Metodología: Estudio cohorte retrospectivo. Unidad de análisis 8'074'825 pacientes en 2006 y 7'800'441 pacientes en 2010 hospitalizados a nivel nacional de entre 60 a 80 años. Resultados: Se encontró que el manejo médico, la obstrucción gastrointestinal superior, la cobertura del seguro médico y la obesidad se asociaron significativamente con una mejor supervivencia hospitalaria. El análisis multivariado demostró un aumento significativo de probabilidad de muerte con el sexo masculino, edad avanzada, enfermedad AJCC (American Joint Committee on Cancer) en estadio IV, comorbilidades múltiples (excepto el síndrome de inmunodeficiencia adquirida) y pérdida de peso. No hubo diferencias significativas con la estratificación basada en la ubicación y la etiología de la obstrucción (tumor primario versus metastásico). El sexo, la raza, el estado del seguro, la mayoría de las variables de comorbilidad y las características hospitalarias se identificaron como predictores significativos del tipo de tratamiento recibido por los pacientes (médico versus quirúrgico). Los pacientes con cáncer metastásico y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida tenían más probabilidades de ser tratados quirúrgicamente, mientras que los pacientes con pérdida de peso significativa, insuficiencia cardíaca congestiva, obesidad o insuficiencia renal tenían más probabilidades de ser tratados médicamente. Un número creciente de afecciones médicas comórbidas se asoció con una mayor probabilidad de intervención médica en lugar de quirúrgica (RR, 1.02; IC del 95%, 1.01-1.03 [P <.001]). Se encontró que el uso de la intervención quirúrgica se asocia significativamente con el alta de pacientes a un centro de cuidados paliativos en lugar de otras disposiciones (P <.001). Conclusiones: la obstrucción intestinal maligna es una causa común de muerte en pacientes hospitalizados con cáncer avanzado. Las probabilidades de muerte son especialmente altas en pacientes mayores y con enfermedades médicas concurrentes. La falta de cobertura de seguro, la pérdida de peso significativa y el manejo quirúrgico también parecen estar asociados con una mayor mortalidad en esta población (Olatunji, B., et al, 2015, p. 1772).

Simion et al. (2014), en su investigación titulada "*Manejo de la obstrucción intestinal en pacientes con neoplasia abdominal avanzada*".

Objetivos: Determinar el proceso de diagnóstico y el tratamiento de la obstrucción intestinal desarrollada por pacientes con neoplasia abdominal avanzada. Metodología: Estudio retrospectivo. Unidad de análisis 31 casos de pacientes con obstrucción intestinal con neoplasia abdominal avanzada de la Primera Clínica Quirúrgica del Instituto de Oncología en Bucares durante un período de 4 años (2010 – 2013). Resultados: Se encontraron particularidades relacionadas con los aspectos clínicos de la obstrucción intestinal en estos pacientes, así como dificultades para establecer el diagnóstico correcto. La curación quirúrgica de la obstrucción, con el objetivo paliativo, por supuesto, solo fue posible en 47 casos (que representa el 77.05%). Conclusiones: No se puede diseñar un curso de tratamiento estándar para este tipo de pacientes. Los cuidados paliativos, en casos de enfermedad neoplásica avanzada son indispensables y siguen siendo el único método terapéutico disponible para pacientes sin cura quirúrgica para la obstrucción. El objetivo principal, era garantizar una calidad de vida lo más alta posible, un factor que debemos tener en cuenta con la mayor frecuencia posible al elegir una solución quirúrgica. Por supuesto, cuando se puede aplicar el tratamiento quirúrgico, superar el episodio obstructivo prolonga la vida de estos pacientes e incluso puede permitir la realización de otros cursos de tratamiento complementario (Simion et al., 2014).

Vashi et al. (2014), en su investigación titulada “Un estudio longitudinal que investiga la *calidad de vida y los resultados nutricionales en pacientes con cáncer avanzado que reciben nutrición parenteral en el hogar*”. Objetivo: Determinar la calidad de vida (QoL) y los resultados nutricionales en pacientes con cáncer avanzado que reciben NP domiciliaria (NPD). Metodología: estudio longitudinal. La Unidad de análisis fueron 52 pacientes adultos con cáncer (21 hombres, 31 mujeres, edad promedio 53 años) tratados en un centro especializado en cáncer entre abril de 2009 y noviembre de 2011. La calidad de vida y el estado nutricional se midieron al inicio del estudio y cada mes mientras estaban en NPD usando EORTC-QLQ-C30, el estado de rendimiento de Karnofsky (KPS) y la evaluación subjetiva global (SGA). Las medidas repetidas ANOVA y Ecuaciones de estimación generalizadas (GEE) se utilizaron para evaluar los cambios longitudinales en la calidad de vida y

SGA. Resultados: Los diagnósticos de cáncer incluyeron pancreático (n = 14), colorrectal (n = 11), ovario (n = 6), apéndice (n = 5), estómago (n = 4) y otros (n = 12). La pérdida de peso promedio 6 meses antes del HPN fue de 13.2 kg (16.9%). El peso promedio al inicio de NPD fue 62.2 kg. En pacientes con datos de seguimiento disponibles después de 1 mes (n = 39), hubo una mejora significativa en SGA, peso (61.5 a 63.1 kg; p = 0.03) y KPS (61.6 a 67.3; p = 0.01) desde el inicio. Del mismo modo, después de 2 meses (n = 22), hubo una mejora en la calidad de vida global (37.1 a 49.2; p = 0.02), SGA, peso (57.6 a 60 kg; p = 0.04) y KPS (63.2 a 73.2; p = 0.01) desde la línea de base. Finalmente, después de 3 meses (n = 15), hubo una mejora en la calidad de vida global (30.6 a 54.4; p = 0.02), SGA, peso (61.1 a 65.9 kg; p = 0.04) y KPS (64.0 a 78.7; p = 0.002) desde la línea de base. Según el análisis de GEE, cada mes de NPD se asoció con un aumento de 6.3 puntos en la calidad de vida global (p <0.001), 1.3 kg de peso (p = 0.009) y 5.8 puntos en KPS (p <0.001). NPD se asocia con una mejora en la calidad de vida, KPS y el estado nutricional en pacientes con cáncer avanzado, independientemente de su tipo de tumor, que han comprometido la ingesta enteral y la desnutrición. El mayor beneficio se observó en pacientes con 3 meses de NPD, aunque los pacientes que recibieron NPD durante 1 o 2 meses también demostraron mejoras significativas (Vashi, P. et al, 2014).

Selby et al. (2010), en su investigación titulada: “*¿Margen de mejora? Una evaluación de la calidad de vida en pacientes con obstrucción intestinal maligna*”. Objetivo Evaluar la calidad de vida (QOL) en pacientes con obstrucción intestinal maligna (OIM). Metodología: Estudio prospectivo. Unidad de análisis 35 pacientes ingresados en el hospital con obstrucción intestinal maligna (OIM). Se evaluó la calidad de vida (QOL) mediante la Escala de evaluación de síntomas de Edmonton (ESAS) y los síntomas de Rotterdam. Se realizó en el reclutamiento, en una semana, un mes y tres meses. Las puntuaciones ESAS más altas en el momento del reclutamiento (que generalmente fue de 18 a 36 horas después del ingreso al hospital) incluyeron pérdida de apetito (mediana = 7.5), fatiga (6.5) y bienestar general (6.0). El puntaje total de ESAS mejoró en 7.5, 11.5 y 11.0 puntos respectivamente en una semana, un mes y tres meses (p <0.05, p <0.01, NS).

Las puntuaciones medias de RSCL para las sub-escalas físicas y psicológicas fueron altas al inicio (36,2, 42,9) y mejoraron significativamente a la semana y al mes ($p < 0,05$). El funcionamiento psicológico parecía empeorar en tres meses y en ningún momento el nivel de actividad mejoró significativamente. El puntaje general de la calidad de vida fue extremadamente pobre al inicio (6.0 mediana) mejorando a 3.3 al mes (caída media = 1.0, $p < 0.05$) y 3.4 a los tres meses. El trabajo adicional debe abordar la falta de mejora en la actividad y el deterioro aparente en el funcionamiento psicológico después de un mes (Selby, D. et al, 2010).

Santarpia, et al. (2006), en su investigación titulada “*Factores predictivos de supervivencia en pacientes con carcinomatosis peritoneal en nutrición parenteral domiciliaria*”. Objetivo: Identificar los predictores de supervivencia en pacientes con carcinomatosis en nutrición parenteral domiciliaria (NPD) en la Unidad de Nutrición Clínica en Nápoles desde enero de 1996 hasta septiembre de 2003. Metodología: Estudio longitudinal. La unidad de análisis fue de 152 pacientes terminales (45 hombres y 107 mujeres) entre 22 y 88 años con carcinomatosis peritoneal en NPD. Resultados: Los sitios de cáncer primario fueron estómago en el 31.6%, ovarios en el 27.6%, colorrectal en el 19.7% y otros en 21.1%. Los pacientes con un puntaje Karnosky (KPS) menor de 40 tuvieron una supervivencia más corta (mediana 28.5 versus 81, $P 0.0001$). En el análisis multivariado ($R^2 0.152$ para todo el modelo) indicó que Karnosky ($P 0.01$) y colinesterasa ($P 0.034$) fueron predictores significativos de supervivencia. Además, tres combinaciones diferentes de variables clínicas y de laboratorio seleccionadas identificaron pacientes que sobrevivieron menos de 60 días (alta especificidad). Conclusiones: el tiempo de supervivencia varió ampliamente entre los pacientes con cáncer terminal; la identificación de factores predictivos podría ayudar a elaborar pautas para mejorar las indicaciones de NPD. En este estudio, los predictores tradicionales (KPS, albúmina, dolor y vómitos) y el nivel de colinesterasa parecían ser un índice predictivo de supervivencia útil en pacientes incurables con carcinomatosis peritoneal en NPD (Santarpia, L. et al, 2006, p. 355-356).

Pameijer, et al. (2005), en su investigación: “*Obstrucción intestinal en pacientes con cáncer metastásico, ¿La intervención influye en el resultado?*”. Objetivo: Revisar la experiencia en el manejo de pacientes con cáncer metastásico y obstrucción intestinal. Metodología: Estudio retrospectivo transversal. La unidad de análisis 114 pacientes ingresados en el Hospital de la Universidad de Wisconsin entre 1993 y 2000 con los diagnósticos de obstrucción intestinal y cáncer metastásico. Resultados: se identificaron principalmente neoplasias malignas colorrectales o ginecológicas. Las primeras obstrucciones intestinales de los pacientes se manejaron de una de dos maneras: (1) intervención quirúrgica definitiva (n = 47), o (2) manejo conservador (n = 67). La mediana de supervivencia global fue de 3 meses para todo el grupo de estudio. No hubo diferencias significativas en la supervivencia general o sin obstrucciones según el tratamiento, la presencia de obstrucción intestinal recurrente o el tipo de cáncer primario. El único factor que fue significativo en la predicción de una pobre supervivencia general incluyó un intervalo libre de enfermedad de menos de 1 año (tiempo de diagnóstico de cáncer primario hasta tiempo de obstrucción intestinal, p = 0,002). Conclusiones: la obstrucción intestinal en pacientes con cáncer metastásico es un evento terminal, con una supervivencia media de 3 meses. Debido a que no existe una diferencia en la supervivencia general o sin obstrucciones según el tratamiento, el tratamiento para la paliación de la obstrucción intestinal en pacientes con cáncer metastásico debe ser individualizado (Pameijer, C., Mahvi, D., Stewart, J. & Weber, S., 2005).

2.3 Bases Teóricas

2.3.1 Obstrucción Intestinal

La obstrucción intestinal maligna es una complicación frecuente en pacientes con cáncer avanzado. Para poder definirlo se tiene que cumplir los siguientes criterios diagnósticos que son: a) evidencia clínica de obstrucción intestinal, b) obstrucción distal al ligamento de Treitz, c) la presencia de tumor primario intraabdominal o extrabdominal con metástasis peritoneal, d) ausencia de posibilidades razonables para una cura (Anthony et al, 2022).

2.3.2 Etiología

Entre los cánceres primarios de origen abdominal que producen obstrucción intestinal maligna tenemos al de: colon (25% –40%), ovario (16% –29%), estómago (6% –19%), páncreas (6% –13%), vejiga (3% –10%) y endometrio (3% –11%). Mientras que los cánceres primarios de origen extraabdominal que frecuentemente lo producen debido a la infiltración peritoneal son: mama (2% –3%) y melanoma (3%) (Ripamonti et al. 2008; Dvoretzky PM. et al. 1988; Baines M. et al. 1985; Tuca et al. 2008; Blair SL. et al. 2001; como se citó en Tuca, A. et al., 2012, p. 160).

2.3.3 Fisiopatología

La fisiopatología de la obstrucción intestinal maligna, se divide en: Mecánica: secundario a un compresión extrínseca del intestino o por obstrucción endoluminal, que al obstruir el lumen generan contracciones peristálticas intensas, dolorosas con nulas posibilidades de reinstaurar el tránsito; funcional: asociado a infiltración tumoral de plexos nerviosos autonómicos, caracterizado por ausencia de actividad peristáltica y generalmente ser indoloro; síndrome paraneoplásico; íleo secundario a fármacos. Como se muestra en la tabla 1 (Osteen RT, Guyton S, Steele G Jr & Wilson RE., 1980; Ruiz F.,2003, p. 36; Tuca, A. et al, 2008, p. 162).

Tabla 1

Diagnóstico diferencial de la obstrucción intestinal en pacientes con carcinomatosis peritoneal (Osteen RT, Guyton S, Steele G Jr & Wilson RE., 1980).

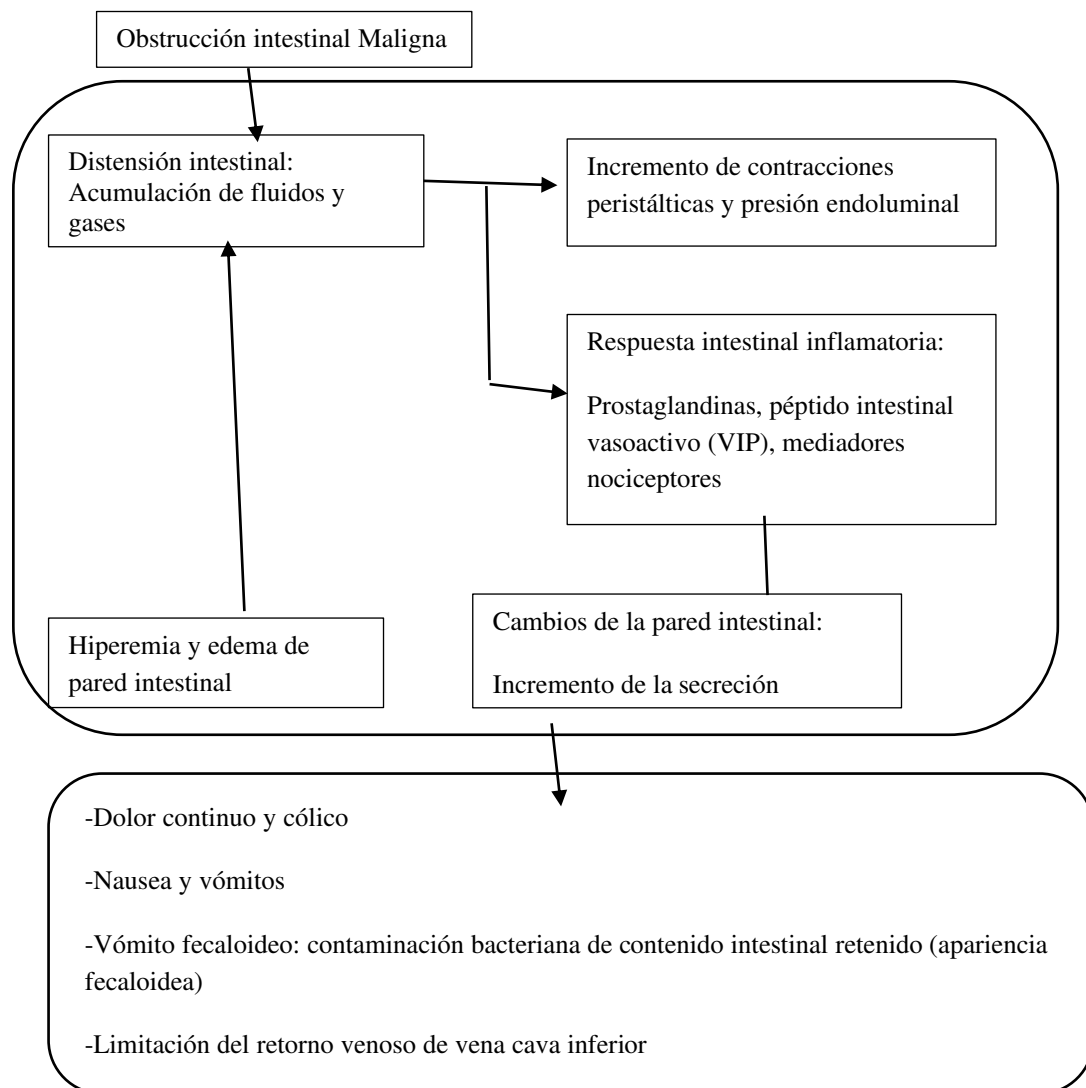
Lesión	Etiología	Síntomas condiciones asociados
MECÁNICO		
Extrínseco	Carcinomatosis peritoneal Adherencias Hernias incarceradas Mesenteritis esclerosante Síndrome SMA Vólvulo	Metástasis GI o tumor ovárico Cirugía previa, peritonitis Congénita o adquirida Cirugía previa, neoplasias (urogenital, adenoma GI, linfoma) Rápida pérdida de peso Rápida constipación, alteraciones congénitas
Intrínseca o endoluminal	Neoplasia de intestino delgado o grueso Estenosis anastomótica Estenosis isquémica Fibrosis/ enteritis por radiación Cuerpos extraños Intususcepción Heces	Carcinoma colorrectal Cirugía previa intestinal Resección colónica previa, EAP Radiación abdominal o pélvica previa Migración de dispositivo médico (PEG, tubo yeyunal) Tumor intestino delgado Constipación crónica, impactación
FUNCIONAL		
Intramural	Infiltración de pared intestinal con o sin edema	Carcinoma gástrico (linitis plástica)
Inducido por medicamentos	Anticolinérgicos, analgésicos (opioides), antiespasmódicos, antihistamínicos, suplementos de hierro, antieméticos (antagonistas 5-HT3)	
Íleo adinámico (paralítico)	Síndrome paraneoplásico, infiltración del nervio mesentérico, íleo postoperatorio	

Nota: GI: gastrointestinal, SMA: arteria mesentérica superior, EAP: enfermedad arterial periférica, PEG: Gastrostomía endoscopia percutánea

Dentro de la fisiopatología de la obstrucción intestinal maligna es debido a que existe un gran acúmulo de secreciones digestivas, formación de tercer espacio de líquidos, hipovolemia, distensión intestinal, aumento de la peristalsis con el resultado de daño del epitelio intestinal, inflamación y amotilidad (Laval, G. et al, 2014, p. 5). Se puede ver en:

Figura 1

Fisiopatología de la obstrucción intestinal



Fuente: (Tuca et al, 2012, p. 161)

Además, que la infiltración de un tumor seroso en la pared intestinal, el mesenterio y la alteración del plexo nervioso, genera una actividad peristáltica anormal (Jatoi et al, 2004).

Por lo que, según la patofisiología de la obstrucción intestinal maligna, va a ser la funcional o adinámica (íleo) la más prevalente que la mecánica. (Dean et al, 2017)

De forma anatómica y clínica se dividió la obstrucción intestinal en alta y baja. Siendo la primera la que se produce por encima del ligamento de Treitz y la segunda después del mismo (Ruiz, 2003, p. 36).

2.3.4 Clínica

Los síntomas pueden variar según el nivel de obstrucción. Cuando es a nivel gástrico o proximal del intestino delgado se caracteriza por tener vómitos biliosos, acuosos, de gran volumen, inoloros, el dolor es un síntoma temprano periumbilical, retorcijones de corta duración e intermitentes, siempre acompañados de anorexia, podría haber distensión abdominal; mientras que a nivel distal del intestino delgado e intestino grueso se caracteriza por presentar vómitos en poca cantidad de olor fétido, el dolor abdominal como síntoma tardío, localizado, dolor profundo visceral, cólicos de intervalos largos, siempre hay distensión abdominal, pudiendo no haber anorexia (Ripamonti et al, 2008, p.1107).

Cuando la obstrucción intestinal está consolidada, la peristalsis puede disminuir o incluso dejar de presentar ruidos metálicos en la auscultación producto de la tensión hidroaérea a nivel intestinal (Tuca et al, 2012, p. 162)

Se puede observar los síntomas característicos de la obstrucción intestinal maligna en la tabla 2 (Ripamonti & Bruera, 2002, p. 136).

Tabla 2*Síntomas comunes en pacientes oncológicos con obstrucción intestinal maligna*

Vómitos	Intermitente o continuo	Se desarrolla temprano y en gran cantidad en obstrucción gástrica, duodenal y de intestino delgado. Y se desarrolla de forma tardía en obstrucción de intestino grueso	Vomito biliar es casi inoloro e indica obstrucción en la parte alta del abdomen. La presencia de mal sabor o vomito fecaloideo podría ser el primer signo de obstrucción ileal o colónica
Nauseas	Intermitente o continuo		
Dolor cólico	Variable en intensidad y localización debido a la distensión proximal a la obstrucción; secundario al gas y la acumulación de fluidos la mayoría producido por el intestino	Si es intenso, es periumbilical y ocurre a intervalos cortos, puede ser indicación de obstrucción a nivel yeyuno-íleo. En obstrucción colónica el dolor es menos intenso, profundo y ocurre en intervalos más espaciados y se extiende hacia la pared del colon	En general dolor agudo inicia intensamente y se vuelve fuerte, o el dolor es en una localización específica, puede ser un síntoma de perforación o estrangulamiento. Un dolor que se incrementa con la palpación puede ser debido a irritación peritoneal o al inicio de una perforación
Dolor continuo	Variable en intensidad y localización	Es debido a la distensión abdominal, tumor y/o hepatomegalia	
Boca seca		Es por deshidratación severa, alteraciones metabólicas, pero sobre todo debido al uso de medicamentos con propiedades anticolinérgicas y pobre cuidados de la boca	
Constipación	Intermitente o completa	En caso de obstrucción completa no hay evacuación de heces y no hay flatos	En caso de obstrucción parcial el síntoma es intermitente
Diarrea por refluo		Es el resultado de licuefacción bacteriana de la materia fecal	

En pacientes con obstrucción intestinal maligna en cáncer avanzado se asocia: anemia (70%), hipoalbuminemia (68%), alteración de la enzima hepática (62%), deshidratación y disfunción perrenal (44%), caquexia (22%), ascitis (41%), tumor abdominal palpable (21%) y deterioro cognitivo marcado (23%) (Tuca, A., et al, 2008).

2.3.5 Exámenes auxiliares

La radiografía en posición de bipedestación, se usa como método de detección en caso de sospecha de obstrucción intestinal y es usado también para ver la evolución del paciente después del tratamiento. Se observan niveles hidroaéreos en la zona proximal de la obstrucción y la disminución de gas y heces en el segmento distal a la obstrucción.

La tomografía computarizada provee una alta posibilidad del diagnóstico, con sensibilidad 93%, especificidad 100%, valor predictivo 83-94%. (Tuca, A. et al, 2012, p. 162)

Siendo útil, al igual que la resonancia magnética en detectar la localización y la etiología, permiten además diferenciar la obstrucción parcial de la completa (Anthony, T. et al, 2007, S51).

2.3.6 Diagnóstico diferencial

Se tiene que tomar en cuanto los diagnósticos diferenciales que incluye la posibilidad de otras etiologías que provoquen náuseas y vómitos, constipación, dolor abdominal, pudiendo ser por la progresión oncológica intra-abdominal. Por lo que es importante evaluar anormalidades metabólicas como hipercalcemia o hipocalcemia, de las medicaciones que afectan la motilidad intestinal, como el estado nutricional e hidratación (Ripamonti, C. & Bruera, E., 2002, p. 136).

2.3.7 Tratamiento

La obstrucción intestinal maligna es una complicación terminal prevalente y frecuente de la carcinomatosis peritoneal y necesita un enfoque interdisciplinario de cuidados paliativos (Ripamonti, C., Easson, AM. & Gerdes, H. ,2008).

Para el tratamiento se necesita realizar un proceso de toma de decisiones en pacientes con cáncer avanzado que requiere una evaluación individualizada basado en la extensión del cáncer, el pronóstico global, la posibilidad de un tratamiento específico del cáncer, comorbilidades asociadas, el estado funcional general, las opciones particulares disponibles debidamente informadas al paciente. Dentro de los tratamientos posibles incluye cirugía, intervencionismo endoscópico, aspiración digestiva, terapia farmacológica paliativa (Tuca, A. et al, 2012, p. 162, Bento de Sousa, J. et al, 2019, p.343).

2.3.7.1 Manejo quirúrgico

La cirugía en la obstrucción intestinal maligna tiene como objetivo restablecer la permeabilidad digestiva y siempre debe considerarse en la fase inicial de la enfermedad, preservando el estado general y si solo es un nivel de obstrucción. Estudios de casos quirúrgicos han demostrado una mortalidad a los 30 días del 25% (9-40%), morbilidad postquirúrgico de 50% (9-90%), un tasa de reobstrucción de 48% (39-57%) y supervivencia media de 7 meses (2-12 meses) (Miller G. et al 2004; Blair et al, 2001; Ripamonti, 2001; Chan, A. et al, 1992; Sun, X. et al 1995).

Aunque se reconoce que la mejora en la calidad de vida después de la cirugía es variable (42% -85%), no hay un parámetro consistente para determinar este resultado clínico. Si bien las operaciones pueden ofrecer una ventaja de una mayor supervivencia, los riesgos quirúrgicos deben considerarse cuidadosamente antes de una operación, ya que la morbilidad (7% -44%) y la mortalidad (6% -32%) son comunes, y la tasa de reobstrucción (6% -47 %) y la readmisión (38% -74%) es alta (Krouse, R. 2019, p. 1).

Para determinar las indicaciones y la eficacia de la cirugía paliativa para la obstrucción intestinal maligna, se ha encontrado ciertos factores que limitan la cirugía como: la edad avanzada, desnutrición previa, presencia de múltiples niveles de obstrucción, enfermedad metastásica extraabdominal, ascitis refractaria, estado general deteriorado, radioterapia abdominal previa y ausencia de tratamientos oncológicos activos (Tuca, A. et al., 2012, p.167).

El tratamiento médico previo a la cirugía está basado en tolerancia a la dieta de forma temprana, hidratación parenteral, aspiración nasogástrica, medicamentos antieméticos y analgésicos. Teniendo como objetivo el control de síntomas, reestablecer el balance hidroelectrolítico, favorecer la resolución espontánea y ganar el tiempo necesario para el diagnóstico y facilitar el proceso de individualizar la decisión quirúrgica (Tuca, A. et al., 2012, p.163).

La mayoría de las obstrucciones pueden ser resueltas por una derivación proximal como ileostomía, colostomía, anastomosis y resección intestinal o bypass (Aaron, F. et al, 2017, p. 427-428),

2.3.7.2 Tratamiento intervencionista

Dentro de las intervenciones no quirúrgicas se menciona el uso de stents y la paliación endoscópica, que muestran una tasa de alivio sintomático y tolerancia de la ingestión oral de 90%. Estudios que compararon la gastroyeyunostomía quirúrgica con stent duodenal no mostraron una diferencia significativa en el éxito de las dos técnicas (100% vs 90%), en complicaciones o en supervivencia (Jeurnink, et al ,2007, p. 1).

Considerándose una buena opción en pacientes con una obstrucción única en quienes la cirugía paliativa está descartada o el paciente no desea (Tuca, A. et al., 2012, p.163).

La gastrostomía percutánea endoscópica por aspiración es una alternativa altamente efectiva y segura para pacientes en quienes la cirugía está descartada y en quienes para mantener los síntomas aliviados es necesario mantener una aspiración digestiva. Incluso en carcinomatosis peritoneal, ascitis o infiltración gástrica (Campagnutta, et al, 2012, p. 95).

2.3.7.3 Nutrición Parenteral

Dentro del manejo de la obstrucción intestinal, es importante mencionar la nutrición parenteral, que tiene como objetivo recobrar el estado nutricional en pacientes candidatos para la cirugía (Tuca, A. et al., 2012, p.164). Siendo un tema controversial para pacientes inoperables (Guerra, E. et al., 2015, p.1222).

Teniendo en cuenta que es una técnica invasiva que requiere un entrenamiento especial para su uso y monitorización frecuente de electrolitos e hidratación. Predisponiendo a infección por catéter venoso central, trombosis, diarrea, disfunción hepática e hiperglucemia (Tuca et al., 2012, p. 164).

Y si añadimos que pueda darse en domicilio, surge igualmente la incertidumbre ya que algunos autores sostienen que la nutrición parenteral en el hogar extiende la supervivencia y facilita la quimioterapia paliativa, mientras que otros afirman que el tratamiento es costoso y con una gran carga para los pacientes durante el corto periodo de vida que tienen (Sowerbutts et al, 2017; Sydney 2006).

2.3.7.4 Manejo médico

El tratamiento farmacológico paliativo tiene como objetivo controlar adecuadamente los síntomas, manteniendo el máximo confort posible. Ayudando a controlar las náuseas, vómitos, dolor, permitiendo una mínima ingesta de alimentos, evitando o suspendiendo la aspiración nasogástrica y favoreciendo el control domiciliario después del alta hospitalaria o en los centros de cuidados de la salud. El tratamiento está basado en el uso de antieméticos, analgésicos potentes, glucocorticoides y medicamentos antsecretorios en combinación con la más cómoda ruta de administración que permita la aplicación de cuidados en casa. (Baines M. et al. 1985 como se citó en Tuca, A. et al., 2012, p. 164; Ripamonti, C., Easson, AM. & Gerdes, H., 2008).

Para el control del dolor, se hace según las guías de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se titula las dosis y son de administración parenteral (subcutáneo, intravenoso, transdérmico). La morfina es un opioide de elección en ausencia de controles de ensayos clínicos controlados comparando opioides en esta indicación (Hank, GW et al, 2001).

En otros estudios se afirma que el fentanilo es un opioide potente que produce menos constipación como efecto secundario (Tassinari, D., Sartori, S., Tamburini, E. et al. ,2009).

En el tratamiento antiemético se tiene tres grupos farmacológicos: anticolinérgico, antagonista de dopamina y antagonista serotonina (5-HT₃). Dentro de los antagonistas de dopamina están benzamidas (metoclopramida), butirofenones (haloperidol) y fenotiazinas (clorpromazina) (Tuca, et al., 2012, p. 165).

La metoclopramida tiene efecto central y periférico, además tiene acción de liberar acetilcolina, antagonizar a los receptores 5-HT₃. El haloperidol y las fenotiazinas son neurolépticos que tienen efecto antiemético central. Si se comparan los neurolépticos entres si, el de elección sería el haloperidol (Tuca, et al., 2012, p. 165).

Como antagonistas de serotonina (5-HT₃) se tiene al ondansetron o granisetron, que podrían ser útiles en caso de no respuesta con el tratamiento de antieméticos típicos (Tuca, A. et al, 2009).

Los glucocorticoides por su efecto antiinflamatorio poseen acción antiemética y analgésica probablemente al disminuir el edema peritumoral y de pared intestinal (Feuer, DJ., Broadley, KE., Sthepherd, JH. & Barton, 1999; Feuer DJ, Broadley, 2000; Laval, G. et al, 2000; Hardy JR., Ling, PJ., Mansi, J. et al., 1998).

Para el manejo del dolor cólico se usa anticolinérgicos como la escopolamina butilbromida (hioscina) o escopolamina hidrobromida (escopolamina), que son antiespasmódicos, tienen efecto antiemético periférico y central y antisecretor (Tuca, A. et al., 2012, p.165; Neville, R., Fielding, P., Cambria, RP. & Modlin, I. ,1991; Nellgard, P., Bojo, L. & Cassuto, J. ,1995).

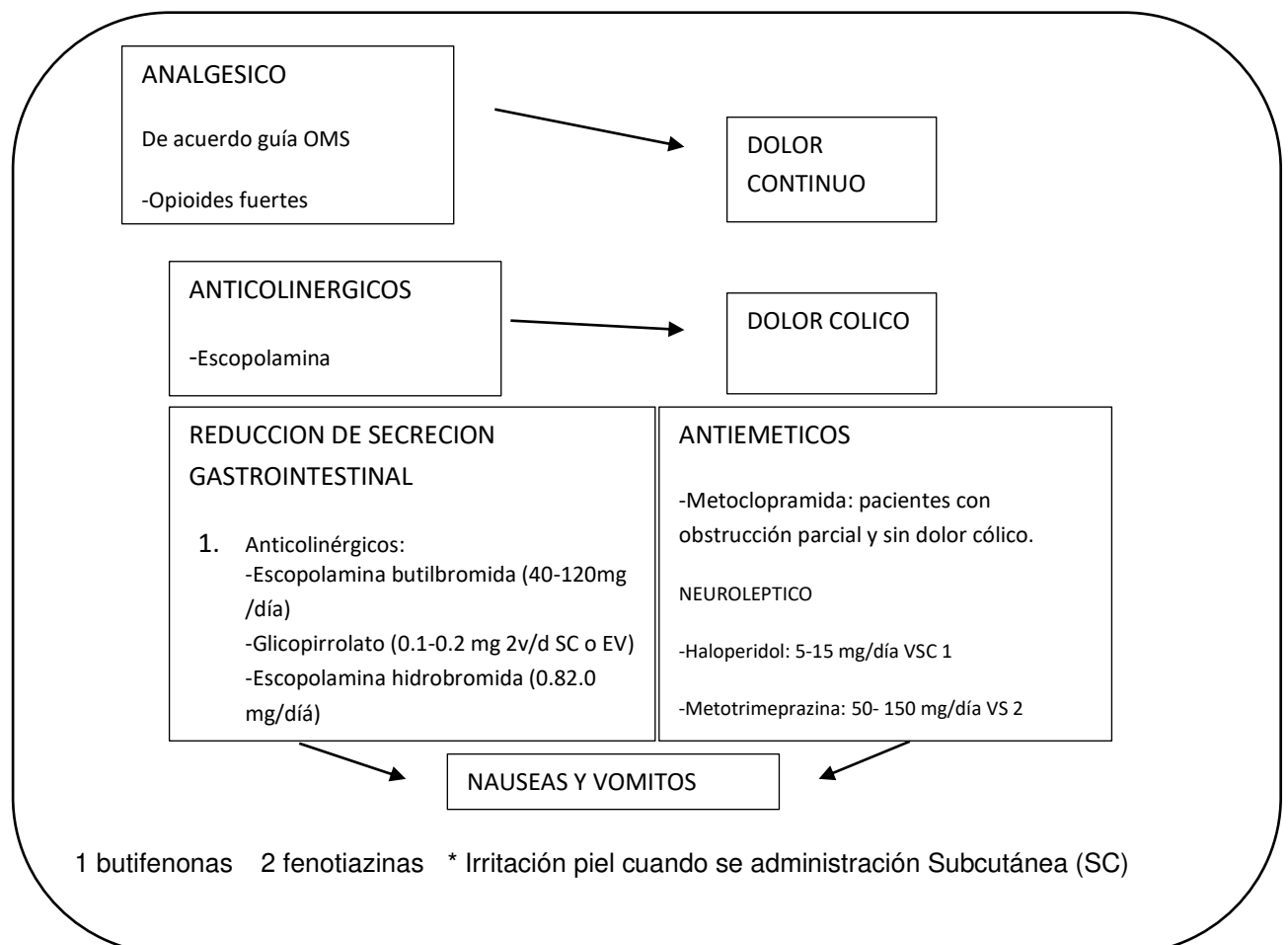
Para disminuir las secreciones intestinales y de forma secundaria aliviar las náuseas, vómitos y el dolor, además de los medicamentos anticolinérgicos, se utiliza el octeotride un análogo de somatostatina, cuya actividad farmacológica es mediante la inhibición de la secreción del péptido intestinal vasoactivo., reduciendo la actividad hidroelectrolítica de las secreciones intestinal y gástrica, la motilidad intestinal y el edema de pared intestinal (Neville, R., Fielding, P., Cambria, RP. & Modlin, I. ,1991; Nellgard, P., Bojo, L. & Cassuto, J. ,1995).

Los antagonistas de histamina 2 (ranitidina) e inhibidores de protones (omeprazol) son usados para reducir las secreciones gástricas. En un estudio se demostrando que la ranitidina es más efectiva que otros (Clark, K, Lam, L. & Currow, D. , 2009; Clark, K, Lam, L.,Gibson, S. & Currow, D., 2009).

La sonda nasogástrica es usada dentro del manejo y sirve para aspirar las secreciones acumuladas en el estómago y disminuir los síntomas de náuseas, vómitos y dolor, mientras se decide la cirugía. Cuando es a largo plazo puede producir efectos secundarios incómodos como irritación de garganta y nasal, sinusitis, absceso, erosión cartílago nasal, esofagitis y aislamiento social. Por lo que se intenta retirar cuando el manejo medico es óptimo. (Campagnutta, E., Cannizzaro, R., Gallo, A. et al. cómo se citó en Tuca, A. et al., 2012, p.164; Teriaky, A., Gregor, J. & Nilesh Chande. ,2012, p. 95; Soriano A. et al, 2011, p. 203).

Figura 2

Enfoque de manejo sintomático (Ripamonti, C., Easson, A. & Gerdes, H., 2008,p. 1106)



2.3.8. Pronóstico

En general el pronóstico es malo, con una tasa de supervivencia media inferior a 3 meses. (Bento de Sousa, J. et al, 2019, p.343)

Para poder tomar decisiones del manejo en la obstrucción intestinal maligna se toma en cuenta el pronóstico, por lo que son muchos los estudios que tratan de determinar factores predictores o asociados (Santangelo, et al., 2017).

En otro estudio, los predictores tradicionales (KPS, albúmina, dolor y vómitos) y el nivel de colinesterasa parecían ser un índice predictivo de supervivencia útil en pacientes incurables con carcinomatosis peritoneal en NPD. La identificación de factores predictivos podría ayudar a elaborar pautas para mejorar las indicaciones de NPD (Santarpia, L. et al., 2006).

Tabla 3

Factores asociados con beneficio limitado para la nutrición parenteral en pacientes con carcinomatosis peritoneal

Características
<ul style="list-style-type: none"> • Edad >62 años • Aumento de peso como resultado de ascitis o anasarca • Albúmina < 2.8gr/dl • Conteo linfocitos <1'187 células/μL • Karsnosky (KPS) \leq 40 • Dolor que requiere uso diario de analgesia • Mínimo un episodio de vómito diario por 7 días seguidos

Nota: Carcinomatosis peritoneal definida con una supervivencia < 30 días desde el inicio de la nutrición parenteral. Adaptado por Santarpia (Santarpia, L. et al., 2006).

Tabla 4

Factores de pobre pronóstico después de la cirugía paliativa

Edad avanzada, pobre estado funcional (OMS score 3 o 4)
Obstrucción localizado en intestino delgado
Carcinomatosis difusa o ascitis
Alto grado histológico del tumor
Radioterapia previa

(Santangelo, et al., 2017).

2.3.9 Manejo médico vs quirúrgico

Para comparar las modalidades de tratamiento quirúrgico y tratamiento clínico o médico, es difícil sin un ensayo prospectivo, los pacientes más enfermos reciben tratamientos no quirúrgicos. En los análisis retrospectivos de metodologías variables, parece que el tratamiento médico puede ser superior en relación con las complicaciones y la muerte en el hospital, aunque sin diferencias en la supervivencia general. Los beneficios reales de la calidad de vida no están claros. Los estudios prospectivos, aunque son difíciles de lograr, pueden ayudar a guiar el tratamiento de pacientes individuales (Krouse, R., 2019, p. 3; Bateni, S. et al. ,2018; Mangili, G., 2005; Woolfson R., Jennings, K., Whalen, G. ,1997).

Otra revisión menciona que la modalidad manejo médico es menos efectiva que las estrategias quirúrgicas descompresivas para el control de los síntomas. Consideran a la cirugía el gold standar de tratamiento, pero no es adecuada para la mayoría de los pacientes con altas tasas de complicaciones. Las pautas de consenso recomiendan el manejo no quirúrgico con una gastrostomía de venteo en aquellos que no son aptos para cirugía o para quienes el manejo médico es ineficaz (Thampy, S. et al, 2019, p. 1).

2.3.10. Calidad de vida

Los datos sobre la calidad de vida Calidad de vida (QL) y obstrucción intestinal maligna en análisis de costos fueron constantemente deficientes en la literatura para obstrucción intestinal maligna (Arezzo, A. et al, 2017).

Dichos datos son esenciales, particularmente cuando se evalúa el manejo paliativo de pacientes con enfermedad avanzada. La resolución de obstrucción intestinal maligna se ha utilizado típicamente como un marcador sustituto para mejorar la calidad de vida (Lee, Y. et al, 2018).

La recuperación de la función intestinal, y la medición para la calidad de vida, se ha evaluado entre pacientes sometidos a stent o colostomía desfuncionalizante (Tomiki, Y. et al, 2004; Fiori, E. et al, 2004).

Si bien se descubrió que ambos métodos son efectivos para paliar los síntomas de OIM, la colocación de stent se asoció con una mejor calidad de vida relacionada con la función gastrointestinal (Nagula, S. et al, 2010).

Un estudio prospectivo evaluó los cambios en la calidad de vida durante tres meses en 35 pacientes con cánceres no ginecológicos después del diagnóstico de OIM, según lo medido por la Escala de evaluación de síntomas de Edmonton (ESAS) y la Lista de verificación de síntomas de Rotterdam (RSCL) con terapia de cirugía, quimioterapia o cuidados de soporte paliativo en una semana y un mes ($p < 0.05$), se encontró una mejora general en la puntuación de la calidad de vida después de un mes y se mantuvo similar a los tres meses. Se destaca que el stress psicológico continuo alto a los tres meses a pesar de la mejora en la calidad de vida general (Selby, D. et al, 2010).

Un estudio en EE. UU. investigó la calidad de vida, el estado nutricional y los resultados funcionales de 52 pacientes con cáncer avanzado que recibieron NPT utilizando métodos validados como EORTC-QLQ-C30, Karnofsky (KPS) y la evaluación subjetiva global (SGA), los pacientes estaban en tratamiento como quimioterapia, radioterapia o terapia hormonal y demostró que la NPT se asoció con una mejora significativa en la calidad de vida global (aumento de 6.3 puntos, $p < 0.001$), estado nutricional (peso 1.3 kg, $p \leq 0.009$) y estado funcional (aumento de KPS de 5.8, $p < 0.001$) cada mes incremental con el mayor beneficio a los tres meses (Vashi, P. et al, 2014).

Para determinar las herramientas usadas en pacientes en cuidados paliativos para evaluar calidad de vida, se encontró múltiples, siendo estas en su mayoría en inglés, algunas siendo validadas al español, la más representativa y usada es ESAS Edmonton Symptom Assessment Scale (evaluación de síntomas de Edmonton), que permite evaluar el área física, psicológica y psiquiátrica, siendo factible ser realizado en todos los pacientes que requiere cuidados paliativos (Aslakson, R. et al, 2017).

En cuanto a su fiabilidad de la escala ESAS en el idioma español se calculó alfa de Cronbach ($\alpha = 0,75$) y test-retest ($r_s = 0,32$ y $0,94$); la validez se evaluó a través de la validez concurrente con el cuestionario RSCL obteniendo entre 0,55 y 0,66, la validez discriminante difería según el estado funcional del paciente encontrando diferencias significativas ($p < 0,001$) en 7 de los 10 síntomas. El análisis factorial en 3 factores: síntomas físicos (0,48-0,88),

síntomas severos (0,5-0,88), síntomas psicológicos (0,5-0,80), con sensibilidad de detectar cambios en dos tomas de forma significativa ($p < 0,05$). Además de demostrar que es factible, con un tiempo de cumplimentación 5,5 minutos, 99% de respuesta y los pacientes piensan que es fácil de contestar (Carvajal, A., Martínez, M. y Centeno, C., 2013).

2.3.10.1 Interpretación de la escala

Para interpretar esta escala que va del 0-10. Oldenmenger realizó una revisión sistemática de puntos de corte para la escala de calificación numérica ESAS. Entre 18 estudios, los puntos de corte para la intensidad moderada de los síntomas generalmente estaban entre 4 y 5, y los puntos de corte para la carga de síntomas graves variaron entre 7 y 8. En resumen, las puntuaciones ESAS de 0, 1-3, 4-6 y 7-10 generalmente se consideran como ninguno, leve, moderado y grave en la práctica clínica, aunque puede haber variaciones significativas en cómo el paciente individual interpreta las puntuaciones (Hui, D., Bruera, E., 2018). Ya que una evaluación del número y la magnitud de los síntomas que sufre el paciente, así como el grado de impacto en su calidad de vida pertenecen a la esfera de lo subjetivo, siendo la principal fuente de información el paciente (Nabal, M., 2021).

Capacidad de respuesta y diferencia mínima clínicamente importante (MCID) Hui et al. realizó un estudio multicéntrico prospectivo diseñado específicamente para identificar la MCID para cada uno de los 10 síntomas de ESAS que conto con 796 pacientes con cáncer de 6 centros. Se preguntó a los pacientes sobre la intensidad promedio de los síntomas de ESAS durante las últimas 24 horas en la primera visita a la clínica y luego en una visita posterior aproximadamente 3 semanas después. El área bajo las curvas características operativas del receptor osciló entre 0,70 y 0,87, lo que sugiere que ESAS tuvo una buena discriminación para el cambio de síntomas. Curiosamente, se encontró que un cambio de 1 punto era el límite óptimo tanto para la mejora como para el deterioro de todos los síntomas. los 10 síntomas usando un enfoque de sensibilidad-especificidad (Hui, D., Bruera, E., 2018).

Y en otros estudios la capacidad de respuesta y diferencia mínima clínicamente importante (MCID) en las puntuaciones del ESAS de dos puntos

fue de una disminución del 30% en la intensidad del dolor y para todos los síntomas fue ≥ 1 punto para la mejoría y ≤ 1 punto para el deterioro (Alberta Health Services, 2019).

Diferencias clínicamente importantes mínimas para los ítems individuales y puntajes totales del sistema de evaluación de síntomas de Edmonton (ESAS)

Síntomas	Mejora			Deterioro		
	Corte óptimo*	Sensibilidad	Especificidad	Corte óptimo*	Sensibilidad	Especificidad
Dolor	$\geq +1$	0.727	0.739	≤ -1	0.731	0.849
Fatiga	$\geq +1$	0.727	0.694	≤ -1	0.733	0.805
Nausea	$\geq +1$	0.593	0.841	≤ -1	0.856	0.851
Depresión	$\geq +1$	0.639	0.758	≤ -1	0.780	0.813
Ansiedad	$\geq +1$	0.681	0.711	≤ -1	0.595	0.805
Somnolencia	$\geq +1$	0.599	0.732	≤ -1	0.728	0.733
Apetito	$\geq +1$	0.673	0.765	≤ -1	0.790	0.765
Bienestar	$\geq +1$	0.664	0.689	≤ -1	0.642	0.743
Disnea	$\geq +1$	0.658	0.743	≤ -1	0.722	0.842
Dormir	$\geq +1$	0.728	0.693	≤ -1	0.677	0.765
Escala física[†]	$\geq +3$	0.630	0.697	≤ -4	0.598	0.804
Escala emocional[‡]	$\geq +2$	0.585	0.742	≤ -1	0.611	0.752
Puntuación total de malestar por síntomas ^ψ	$\geq +3$	0.683	0.622	≤ -4	0.590	0.776

*El punto de corte óptimo para la sensibilidad y la especificidad se determinó según el método J de Youden y el método de la parte superior izquierda. Un valor positivo indica mejora, mientras que un valor negativo indica deterioro.

†Puntuación combinada basada ESAS en dolor, fatiga, náuseas, somnolencia, apetito y disnea. El total varía de 0 a 60, con una puntuación más alta que indica una mayor carga de síntomas físicos.

‡Puntaje combinado basado en ESAS ansiedad y depresión. El total varía de 0 a 20, donde una puntuación más alta indica una mayor carga de síntomas emocionales.

ψPuntuación combinada basada en la puntuación física de ESAS, la puntuación emocional de ESAS y el bienestar de ESAS. El total varía de 0 a 90, donde una puntuación más alta indica una mayor carga total de síntomas.(Hui, D., Bruera, E., 2018).

Evaluación de síntomas de Edmonton (ESAS)

Mínimo síntoma	Intensidad	Máximo síntoma
Sin dolor	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máximo dolor
Sin cansancio	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máximo cansancio
Sin náusea	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima náusea
Sin depresión	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima depresión
Sin ansiedad	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima ansiedad
Sin somnolencia	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima somnolencia
Buen apetito	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Sin apetito
Máximo bienestar	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máximo malestar
Sin falta de aire	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima falta de aire
Sin dificultad para dormir	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima dificultad para dormir

(Aslakson, R. et al, 2017).

2.4. Marcos Conceptuales:

2.4.1 Intestino

Una parte del tubo digestivo que comprende el intestino delgado (duodeno, yeyuno e íleon) e intestino grueso (colon, ciego y recto) (Diccionario de cáncer, s.f.).

2.4.2 Obstrucción Intestinal Maligna

Para poder definirlo se tiene que cumplir los siguientes criterios diagnósticos que son: a) evidencia clínica de obstrucción intestinal, b) obstrucción distal al ligamento de Treitz, c) la presencia de tumor primario intraabdominal o extrabdominal con metástasis peritoneal (carcinomatosis), d) ausencia de posibilidades razonables para una cura (Anthony, T. et al, 2007, S50).

2.4.3 Manejo Médico

Manejo farmacológico mediante el uso de medicación analgésica, antiemético, antiespasmódico, glucocorticoides, hidratación y uso SNG descompresiva (Baines M. et al. 1985 como se citó en Tuca, A. et al., 2012, p. 164; Ripamonti, C., Easson, AM. & Gerdes, H. ,2008).

2.4.4 Manejo Quirúrgico

Cirugías paliativas como ostomias (ileostomías, colostomía), anastomosis y/o resección intestinal o bypass (Aaron, F. et al, 2017, p. 427-428).

2.4.5 Supervivencia Global

Tiempo transcurrido entre la fecha de inicio del tratamiento de la paciente y su muerte o hasta el último control realizado o el fallecimiento del paciente (Diccionario médico, s.f.)

2.4.6 Calidad De Vida

Calidad de vida general definida como el bienestar personal derivado de la satisfacción o insatisfacción con áreas que son importantes para él o ella. (Urzúa, A., Caqueo, A., 2012).

La calidad de vida relacionada con salud, se define como la suma de factores físicos, emocionales y sociales que contribuyen al bienestar de una persona (Moinpour CM, Feigl P, Metch B. ,1989; Badia X, García F. ,2000)

2.4.7 Nutrición Parenteral

Consiste en el aporte de nutrientes al organismo por vía extradigestiva (Celaya, 1999)

La nutrición parenteral es el suministro de nutrientes como: Carbohidratos, proteínas, grasas, vitaminas, minerales y oligoelementos que se aportan al paciente por vía intravenosa; cuando por sus condiciones de salud no es posible utilizar las vías digestivas normales y con el propósito de conservar o mejorar su estado nutricional (Nutricion parenteral, s.f).

2.4.8 Cáncer

Nombre dado a las enfermedades en las que hay células anormales que se multiplican sin control y pueden invadir los tejidos cercanos. Las células de cáncer también se pueden diseminar hasta otras partes del cuerpo a través del torrente sanguíneo y el sistema linfático (Diccionario de Cáncer, s.f.)

Pudiendo clasificarse según la localización, histología, estado clínico.

Estadio Clínico: La determinación del estadio ayuda a definir la ubicación del cáncer, si se ha diseminado o hacia dónde, y si está afectando otras partes del cuerpo.

Estadio 0. Este estadio describe el cáncer in situ, que significa “en su lugar”. Los cánceres de estadio 0 aún se ubican en el lugar en el que se iniciaron y no se han diseminado a los tejidos adyacentes. Este

estadio del cáncer a menudo es altamente curable, generalmente extirpando el tumor entero mediante cirugía.

Estadio I. Por lo general, este estadio es un cáncer o tumor pequeño que no ha crecido profundamente en los tejidos adyacentes. Además, no se ha diseminado a los ganglios linfáticos ni a otras partes del cuerpo. A menudo se lo denomina cáncer en estadio temprano.

Estadio II y Estadio III. En general, estos 2 estadios indican cánceres o tumores más grandes que han crecido más profundamente en los tejidos adyacentes. También es posible que se hayan diseminado a los ganglios linfáticos pero no a otras partes del cuerpo.

Estadio IV. Este estadio significa que el cáncer se ha diseminado a otros órganos o partes del cuerpo. También se lo puede denominar cáncer avanzado o metastásico. (Estadios del cáncer, s.f.)

2.4.9 Enfermedad Oncológica Avanzada

- a) La impresión clínica por sí sola no constituye un parámetro exacto para predecir el pronóstico en pacientes de cáncer en situación terminal (necesidad de modelos que contemplen variables como la situación funcional global, el estado nutricional, etc.)
- b) Índice de Karnofsky < 40, menor supervivencia
- c) ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) < 2, menor supervivencia.
- d) Presencia de síntomas como debilidad, anorexia, disnea de reposo, edema y delirium.
- e) La percepción subjetiva del propio paciente de peor calidad de vida más el deterioro cognitivo tienen carácter pronóstico < 2 semanas.
- f) Parámetros analíticos demostrativos en cuidados paliativos de una mayor relación con una mortalidad precoz son: hiponatremia, hipercalcemia, hipoproteinemia, hipoalbúminemia, leucocitosis, neutropenia y linfopenia (Navarro, J., s.f).

2.4.10 Funcionalidad

El estado funcional o performance status (PS) de un paciente se define como el nivel de actividad que puede realizar un individuo y su capacidad para autocuidado (Sorensen, J., Klee, M., Palshof, T., Hansen, H. , 1993).

Karnosky: La Escala KPS fue la primera escala que se desarrolló para evaluar la capacidad funcional. Esta escala evalúa diferentes dimensiones de un individuo como nivel de actividad, capacidad de trabajo, nivel de cuidados requeridos, gravedad y progresión de la enfermedad y necesidad de hospitalización. Esta escala va de 100 (salud normal) a 0 (muerte), descendiendo en valores de 10 en 10

Definición	%	Criterio
Capaz de realizar actividad normal y de trabajar. No requiere cuidados especiales	100	Normal, no hay molestias. No hay evidencia de enfermedad
	90	Capaz de realizar actividad normal. Signos y síntomas menores de enfermedad.
	80	Actividad normal con esfuerzo. Algunos signos y síntomas de enfermedad
Incapaz de trabajar. Capaz de vivir en casa y de satisfacer la mayoría de las necesidades personales. Requiere una cantidad variable de asistencia.	70	Cuida de sí mismo. Incapaz de realizar actividad normal o de realizar trabajo activo
	60	Requiere de asistencia ocasional, pero es capaz de satisfacer la mayoría de sus necesidades
	50	Requiere asistencia considerable y cuidados médicos frecuentes
Incapaz de cuidarse por sí mismo. Requiere cuidados institucionales u hospitalarios. La enfermedad puede estar progresando rápido	40	Discapacitado. Requiere cuidados especiales y asistencia
	30	Gravemente discapacitado. Hospitalización está indicada aunque muerte no se ve inminente
	20	Muy enfermo, hospitalización es necesaria. Tratamientos de soporte activo son necesarios
	10	Moribundo, proceso fatal progresando rápidamente
	0	Fallecido

(Pérez, P., 2014)

ECOG

La escala consiste en 6 niveles de funcionalidad que van desde el funcionamiento normal (ECOG = 0) hasta la muerte (ECOG = 5) (Tabla 2). Utiliza esencialmente 2 elementos para la categorización de los pacientes: capacidad de deambular y necesidad de cuidados. En la

actualidad la escala ECOG se utiliza para tomar decisiones sobre terapias en pacientes con cáncer.

Puntaje	Descripción
0	Completamente activo, capaz realizar todas las actividades previas a la enfermedad, sin restricción
1	Restringido en actividad física extrema, capaz de caminar y realizar trabajos livianos, ej., trabajo en la casa liviano, trabajo de oficina
2	Capaz de caminar y de autocuidado pero incapaz de realizar cualquier tipo de trabajo. Deambula más de 50% de las horas que está despierto
3	Capaz de autocuidado limitado, se mantiene postrado o en silla más de 50% de las horas que está despierto
4	Completamente incapacitado. No puede realizar autocuidado. Totalmente confinado en cama o silla
5	Muerte

Nota; (De Kock, I. et al., 2013).

PPS

Palliative Performance Scale, útil como escala de valoración funcional que al igual que el Karnosky esta escala va de 100 (salud normal) a 0 (muerte), descendiendo en valores de 10 en 10, evalúa deambulación, evidencia de enfermedad, autocuidado, conciencia e ingesta. Validada para pacientes en cuidados paliativos (Aslakson, R. et al, 2017).

%	Deambulación	Evidencia enfermedad (EE)	Autocuidado	Ingesta	Conciencia
100	Libre	Normal. Sin EE	Completos	Normal	Alerta
90	Libre	Normal. Alguna EE	Completos	Normal	Alerta
80	Libre	Con esfuerzo. Alguna EE.	Completos	Normal o reducida	Alerta
70	Reducida	Alguna EE	Completos	Normal o reducida	Alerta
60	Reducida	Imposible hacer hobbies, trabajo doméstico. E. manifiesta	Ayuda ocasional	Normal o reducida	Alerta o confusión
50	Principalmente sentado o estirado	Imposible cualquier trabajo. E. extensa	Ayuda considerable	Normal o reducida	Alerta o confusión
40	Principalmente encamado	Igual	Básicamente asistido	Normal o reducida	Alerta o somnolencia o confusión
30	Totalmente encamado	Igual	Completamente dependiente	Reducida	Igual

20	Totalmente encamado	Igual	Completamente dependiente	Pequeños sorbos	Igual
10	Totalmente encamado	Igual	Completamente dependiente	Cuidados boca	Somnolencia o confusión
0	Fallecido				

2.4.11 Comorbilidad

Coexistencia de dos o más enfermedades en un mismo individuo, generalmente relacionada (Asociación de academias de la lengua española, s.f.)

2.4.12 Edad

Tiempo de vida de paciente desde el nacimiento hasta la fecha (Real Academia de la Lengua, s.f.).

2.4.13 Género

género está vinculado a la sexualidad y a los valores y conductas que se atribuyen de acuerdo al sexo (Definición de género, s.f).

2.4.14 Sexo

Según las características de los órganos sexuales, pudiendo ser femenino o masculino (Definiciones de sexo y sexualidad, s.f).

2.5 Planteamiento de la Hipótesis:

Hipótesis General:

La supervivencia global y la calidad de vida es significativa en pacientes con obstrucción intestinal maligna sometidos a manejo médico versus quirúrgico en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

Hipótesis Específicas:

HE1: La supervivencia de los pacientes con obstrucción intestinal maligna sometidos a manejo médico es corta en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins

HE2: La supervivencia de los pacientes con obstrucción intestinal maligna sometidos a manejo quirúrgico es más larga en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins

HE3: La calidad de vida de los pacientes con obstrucción intestinal maligna sometidos a manejo médico es mejor en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins

HE4: La calidad de vida de los pacientes con obstrucción intestinal maligna sometidos a manejo quirúrgico es peor en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins

CAPITULO III

METODOLOGÍA:

3.1 Tipo y diseño de la Investigación:

Este estudio fue de:

Diseño no experimental, porque observó las variables y relaciones entre éstas en su contexto natural (Hernández, 2014).

Enfoque cuantitativo porque midió los fenómenos o hechos susceptibles a ser medidos y por ser en seguimiento se trataría de estudio longitudinal, de cohorte retrospectivo, ya que la muestra se realizó seguimiento (2 mediciones), se obtuvo remontando al pasado en base al resultado de si se realizó manejo quirúrgico o solo un manejo médico.

3.2 Descripción del área de Estudio:

El estudio se realizó en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, antiguo Hospital del Empleado, es un centro hospitalario público peruano situado en Lima y administrado por EsSalud. Es el más importante complejo hospitalario de la seguridad social del Perú.

Hospital Nivel IV (Categoría III1). El edificio del área hospitalaria abarca 14 pisos y un sótano, donde se sitúan los almacenes de material médico, farmacia, servicios de lavandería, electricidad, carpintería, y de gasfitería.

La Unidad de Soporte de Enfermedad Crónica (USEC) fundada en el 2013 como una unidad funcional que evalúa los pacientes con necesidad de cuidados paliativos en el hospital, trabaja de forma integrada con la emergencia en la atención de pacientes de la especialidad, es decir, con requerimiento de cuidados paliativos; haciendo seguimiento de los mismos, ya sea el manejo que requieran, sea médico y/o quirúrgico.

3.3 Población de Estudio:

La población lo constituye la totalidad de pacientes con obstrucción intestinal maligna que se atendieron en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins entre los años 2017 y 2019.

3.4 Unidad de Análisis:

Paciente con obstrucción intestinal maligna ingresado por emergencia del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins entre los años 2017 y 2019.

3.5 Tamaño de la muestra:

Haciendo el cálculo mediante la fórmula en donde no se conoce la población, con un intervalo de confianza del 95% y un margen de error de 5%:

En cuanto a la muestra, esta se seleccionó con técnica de muestreo probabilístico de tipo aleatorio simple. Para definir el tamaño de la muestra a trabajar en la investigación, se aplicó la siguiente fórmula correspondiente a poblaciones finitas:

$$n = \frac{N \cdot Z^2(p \cdot q)}{(N - 1)E^2 + Z^2(p \cdot q)}$$

Donde:

N : Población (134 pacientes con obstrucción intestinal maligna)

Z : Nivel de confianza al 95% (1.96)

p : Probabilidad de acierto

q : Probabilidad de no acierto

E : Error estándar de la muestra al 5% (0.05)

Reemplazando:

$$n = \frac{134 \times 1.96^2 (0.5 \times 0.5)}{133 \times 0.05^2 + 1.96^2 (0.5 \times 0.5)}$$

$$n = \frac{128.6936}{1.2979}$$

$$n = 99.15525$$

$$n = 100$$

De acuerdo a la fórmula, el tamaño de muestra se estimó en 100 pacientes con obstrucción intestinal maligna, que equivale al 74,6% de la población de pacientes que se atendieron en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins entre los años 2017y 2019.

3.6 Criterios de Selección

3.6.1 Criterios de inclusión

Se aplican a ambos grupos

- Pacientes con criterios de diagnóstico de obstrucción intestinal maligna.
- Mayores de 18 años.

3.6.2 Criterios de exclusión:

- Pacientes con obstrucción intestinal que no cumple con los criterios de ser maligna.
- Paciente en el que revierte la obstrucción intestinal con o sin tratamiento.

3.7 Técnicas e Instrumento de Recolección de Datos:

La técnica utilizada fue la encuesta, y los instrumentos fueron 02 (ver Anexos):

Se hará la búsqueda en la base de datos de la Unidad de Soporte de la Enfermedad Crónica, de los pacientes con diagnósticos de obstrucción intestinal y carcinomatosis, se corroborará que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.

Se realizará entonces el llenado de la ficha de recolección de datos sobre aspectos sociodemográficos, propios del cáncer, de la obstrucción intestinal y de síntomas mediante la escala de evaluación de síntomas de Edmonton (ESAS), la cual será considerada dos evaluaciones, con un corte de seguimiento hasta los 60 días, la primera será la basal, la segunda el seguimiento después de manejo médico o quirúrgico.

Y se anotará el tiempo de supervivencia en días, considerando como censura a aquellos que sobrevivieron al punto de corte de 60 días.

3.8 Plan de recolección, procesamiento y presentación de datos:

Para el tratamiento estadístico de los datos se utilizará el paquete SPSS versión 24 (Statistical Package for the Social Sciences), en la creación y codificación de la Base de datos de los instrumentos de la presente investigación.

Se utilizará estadística descriptiva para caracterizar los factores demográficos, de enfermedad y tratamiento y los resultados.

Las puntuaciones del ESAS para la evaluación sintomática en una escala de 0 al 10, según la diferencia de puntajes de la evaluación basal y de seguimiento se anotará si hubo mejoría o deterioro en el puntaje total, de síntomas físicos o emocionales. Se considera mejoría si disminuye de 3 puntos a más del puntaje total, en la escala física si disminuye de 3 puntos a más, en la escala emocional disminuye de 2 puntos a más. Si no existiera una disminución del puntaje o aumenta el mismo entonces se considerará que no ha habido mejoría en la calidad de vida.

La supervivencia será analizada el grafico de supervivencia de Kaplan Meier y con modelo multivariado de regresión de Cox para la relación entre las variables y el manejo de las confusoras.

La prueba valor P con Long Rank menor 0.05 fue considerado estadísticamente significativo.

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Presentación de resultados

Luego de la aplicación de los criterios de selección, participaron del estudio 100 pacientes de los cuales, 49 fueron sometidos a manejo quirúrgico y 51 a manejo médico como tratamiento de la obstrucción intestinal maligna. Con relación a las características sociodemográficas, la mediana de la edad en aquellos que recibieron manejo médico fue significativamente mayor que en aquellos que recibieron manejo quirúrgico (75 versus 57; prueba de U mann Withney, $p < 0,001$); de este modo, la proporción de adultos mayores fue significativamente mayor en el grupo sometido a manejo médico en comparación con el que recibió manejo quirúrgico (90,2% versus 28,6%; prueba Chi cuadrado, $p < 0,001$). La distribución por sexo de ambas cohortes no mostró diferencias estadísticamente significativas (prueba Chi cuadrado, $p = 0,780$). Esto se muestra en la tabla 1 y Figura 1.

Tabla 1. Características sociodemográficas de pacientes con obstrucción intestinal maligna sometidos a manejo médico versus quirúrgico del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. 2020

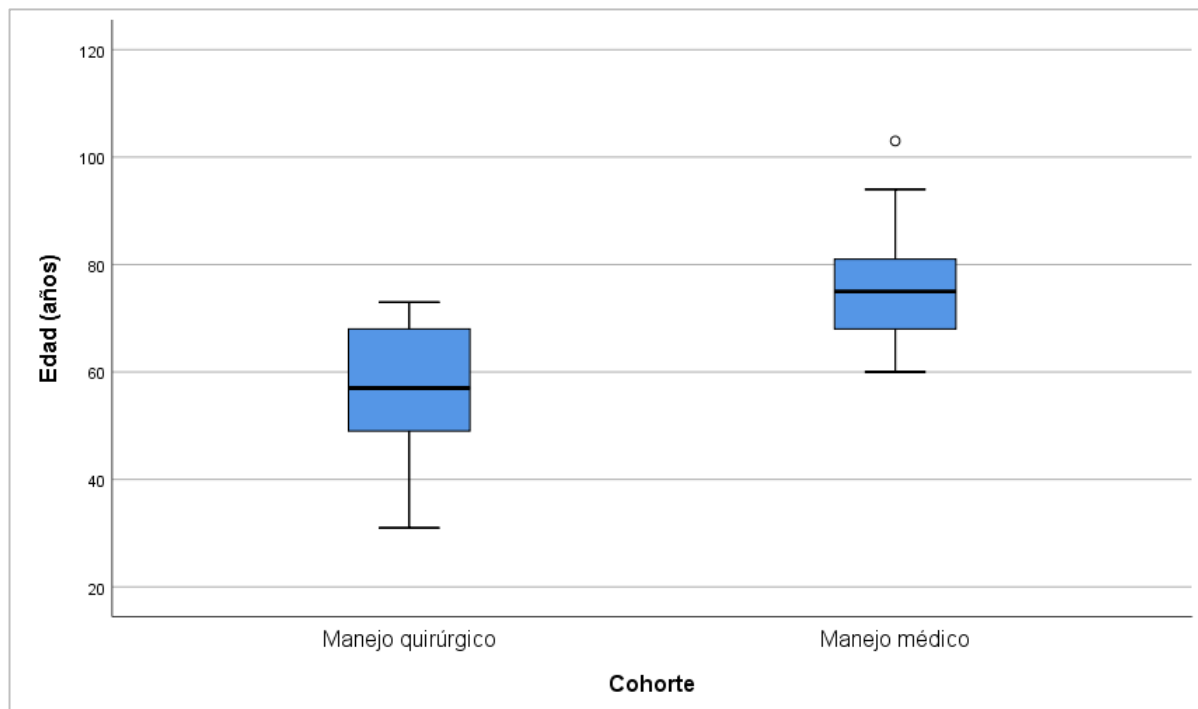
Características sociodemográficas	Tratamiento quirúrgico	Tratamiento médico	Valor p
Sexo	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	
Hombre	16 (32,7)	18 (35,3)	0,780*
Mujer	33 (67,3)	33 (64,7)	
Edad			
65 a más años	14 (28,6)	46 (90,2)	< 0,001
18-64 años	35 (71,4)	5 (9,8)	

* Prueba Chi cuadrado de Pearson

** Prueba U de Mann Whitney

Fuente. Ficha de Datos del HNERM (2020)

Figura 1. Edad de los pacientes según manejo quirúrgico o médico de la obstrucción intestinal maligna del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. 2020



Con relación a las características clínicas, se observó predominio significativo de la obstrucción multinivel en la cohorte que recibió manejo médico en comparación con la que recibió manejo quirúrgico (100,0% versus 46,9%; Test exacto de Fisher, $p < 0,001$) así como de la obstrucción parálitica en la cohorte que recibió manejo médico en comparación con la que recibió manejo quirúrgico (98,0% versus 0,0%; Test exacto de Fisher, $p < 0,001$). No se observaron diferencias estadísticamente significativas en la frecuencia de comorbilidades ni en los antecedentes quirúrgicos entre ambas cohortes. Se observó un predominio del estado funcional 40 (55,1%) en la cohorte que recibió manejo quirúrgico en comparación con los que recibieron manejo médico en los que predominó el estado funcional 30 (70,6%), asimismo, en ambas cohortes se observó predominio de los cánceres gastrointestinales en el diagnóstico oncológico (85,7% en la cohorte quirúrgica versus 76,5% en la de manejo médico). Se observó una distribución similar de obstrucción intrínseca y extrínseca en la cohorte que recibió manejo quirúrgico (Tabla 2).

Tabla 2. Características clínicas de pacientes con obstrucción intestinal maligna sometidos a manejo médico versus quirúrgico en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. 2020

Características clínicas	Tratamiento Quirúrgico Frecuencia (%)	Tratamiento Médico Frecuencia (%)	Valor p
Comorbilidades			
Sí	20 (40,8)	50 (98,0)	0,078*
No	29 (59,2)	1 (2,0)	
Funcionalidad			
20	0 (0,0)	12 (23,5)	NC
30	3 (6,1)	36 (70,6)	
40	27 (55,1)	3 (5,9)	
50	19 (38,8)	0 (0,0)	
Diagnóstico oncológico			
Gastrointestinal	42 (85,7)	39 (76,5)	NC
Ginecológico	4 (8,2)	8 (15,7)	
No conocido	3 (6,1)	4 (7,8)	
Antecedente quirúrgico			
Sí presenta	7 (14,3)	10 (19,6)	0,479*
No presenta	42 (85,7)	41 (80,4)	
Tipo de obstrucción I			
Un solo nivel	26 (53,1)	0 (0,0)	< 0,001**
Multinivel	23 (46,9)	51 (100,0)	
Tipo de obstrucción II			
Mecánico	49 (100,0)	1 (2,0)	< 0,001**
Paralítico	0 (0,0)	50 (98,0)	
Tipo de obstrucción III			
Extrínseco	22 (44,9)	1 (2,0)	NC
Intrínseco	27 (55,1)	0 (0,0)	
No Aplica	0 (0,0)	50 (98,0)	

* Prueba Chi cuadrado de Pearson

** Test exacto de Fisher

NC: No calculable

Fuente. Ficha de Datos del HNERM (2020)

La mediana de la supervivencia global de los pacientes con obstrucción intestinal maligna independientemente de su manejo o calidad de vida fue de 12 días (IC 95%: 9,8 – 14,2).

La mediana de la supervivencia global de los pacientes con mejoría de la calidad de vida con cirugía fue de 38 días en comparación con los que recibieron manejo médico que fue de 8 días (**Figura 2A**); además de que en los pacientes en los que no hubo mejoría y recibieron cirugía fue de 37 días a comparación de los de manejo médico que fue de 8 días (**Figura 2B**). Se encontró diferencia estadísticamente significativa entre las curvas de

supervivencia de los pacientes con mejoría y no mejoría de la calidad de vida (Prueba de Log-rank; $p < 0,001$).

Tabla 3: Supervivencia global y calidad de vida de los pacientes con obstrucción intestinal maligna

SUPERVIVENCIA SEGÚN CALIDAD DE VIDA	TIPO DE MANEJO	MEDIAN A (días)	LÍMITE INFERIOR (días)	LÍMITE SUPERIOR (días)
Con mejoría calidad de vida luego del manejo	Con Cirugía	38,0	31,1	44,9
	Sin Cirugía	8,0	6,9	9,1
	Global	11,0	9,4	12,6
No mejoría	Con Cirugía	37,0	24,1	49,9
	Sin Cirugía	8,0	4,8	11,2
	Global	26,0	7,7	44,3
Supervivencia global	Global	12,0	9,8	14,2

Figura 2. Supervivencias de las cohortes de estudio según si hubo mejoría (Figura 2A) o no (Figura 2B) de la calidad de vida.

Figura 2A

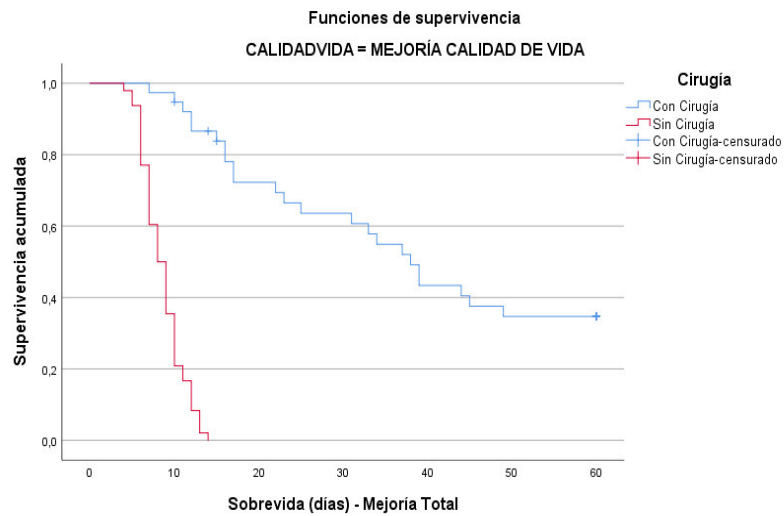
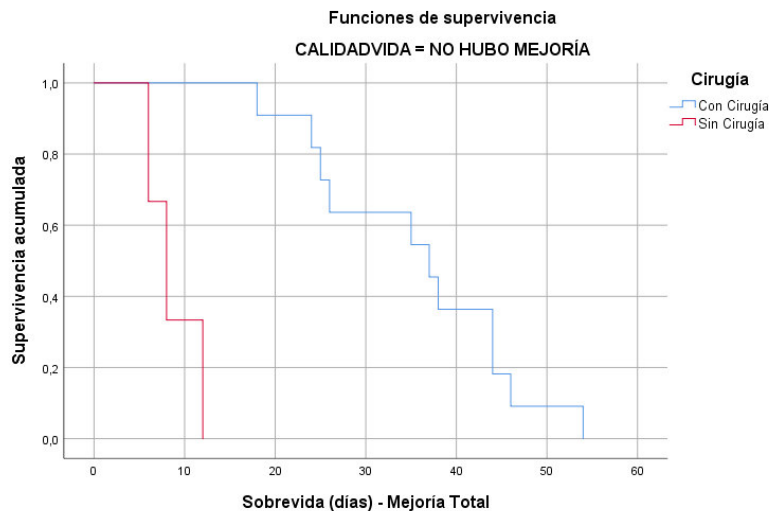


Figura 2B

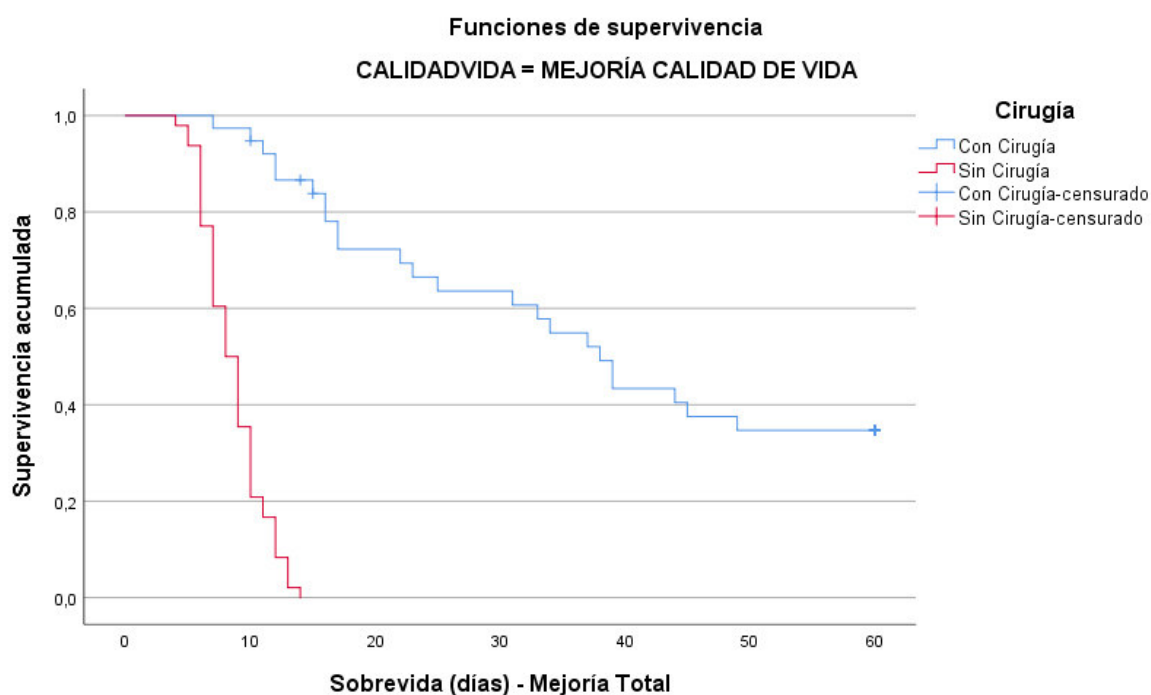


La mediana de la supervivencia global de los pacientes sometidos a cirugía fue de 38 días en comparación con los que recibieron manejo médico que fue de 8 días (Tabla 4, Figura 3). Se encontró diferencia estadísticamente significativa entre las curvas de supervivencia de los pacientes sometidos a manejo quirúrgico versus los que recibieron manejo médico (Prueba de Log-rank; $p < 0,001$).

Tabla 4. Supervivencia global de pacientes con obstrucción intestinal maligna sometidos a manejo médico versus quirúrgico.

SUPERVIVENCIA SEGÚN TIPO DE MANEJO	MEDIANA (días)	LÍMITE INFERIOR (días)	LÍMITE SUPERIOR (días)
Con cirugía	38,0	33,3	42,7
Sin cirugía	8,0	6,9	9,1
Supervivencia global	12,0	9,8	14,2

Figura 3. Curvas de Kaplan Meier de supervivencia de pacientes con obstrucción intestinal maligna sometidos a manejo médico versus quirúrgico

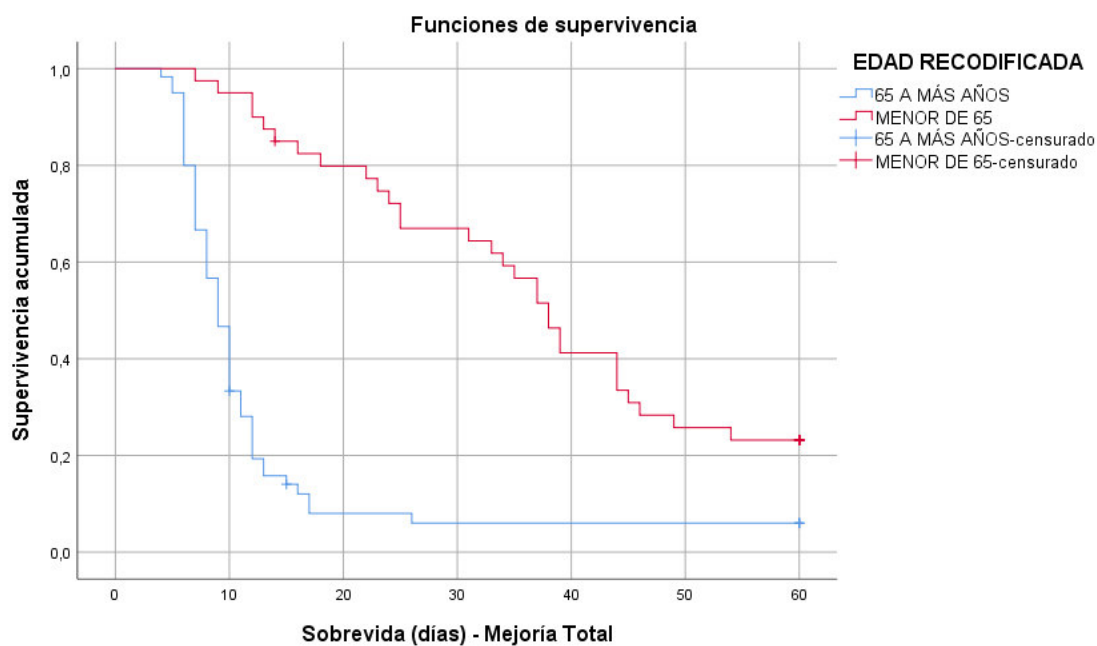


La mediana de la supervivencia global de los pacientes con obstrucción intestinal maligna en pacientes menores de 65 años fue de 38 días en comparación a los mayores o con 65 años (Tabla 5, Figura 4). Se encontró diferencia estadísticamente significativa entre las curvas de supervivencia global de pacientes con obstrucción intestinal maligna según edad (Prueba de Log-rank; $p < 0,001$).

Tabla 5. Supervivencia global de pacientes con obstrucción intestinal maligna según edad

SUPERVIVENCIA SEGÚN EDAD	MEDIANA (días)	LÍMITE INFERIOR (días)	LÍMITE SUPERIOR (días)
De 65 a más años	9,0	7,9	10,1
Menor de 65 años	38,0	33,9	42,1
Supervivencia global	12,0	9,8	14,2

Figura 4. Curvas de Kaplan Meier de supervivencia global de pacientes con obstrucción intestinal maligna según edad

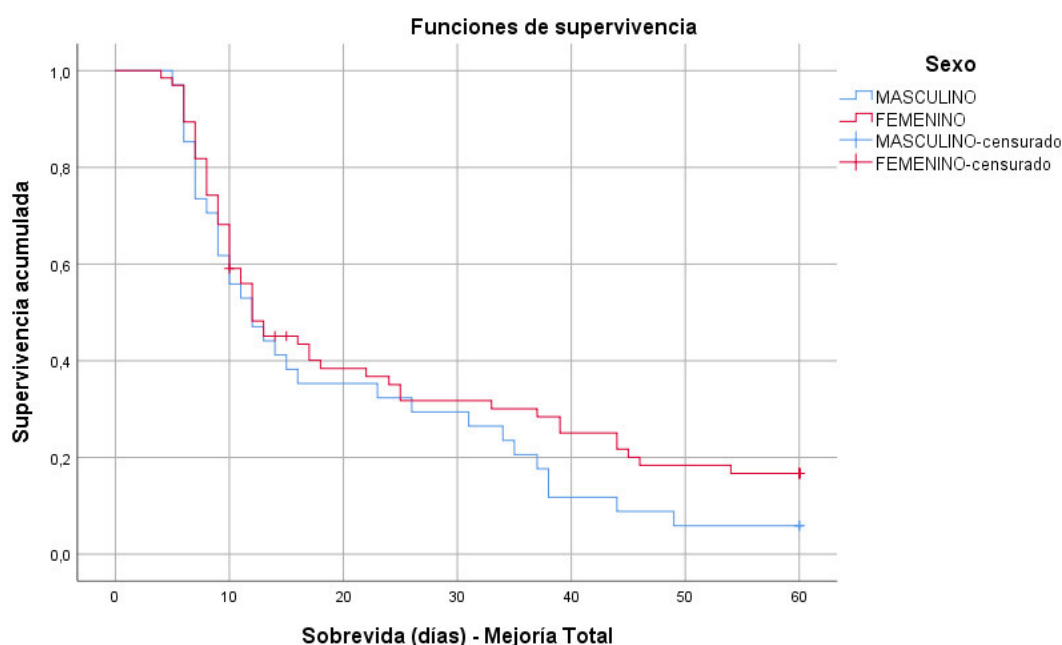


La mediana de la supervivencia global de los pacientes con obstrucción intestinal maligna fue de 12 días en el sexo masculino al igual que en el femenino (Tabla 6, Figura 5). No se encontró diferencia estadísticamente significativa entre las curvas de supervivencia global de pacientes con obstrucción intestinal maligna según género (Prueba de Log-rank; $p=0,198$).

Tabla 6. Supervivencia global de pacientes con obstrucción intestinal maligna según género

SUPERVIVENCIA SEGÚN SEXO	MEDIANA (días)	LÍMITE INFERIOR (días)	LÍMITE SUPERIOR (días)
Masculino	12,0	7,7	16,3
Femenino	12,0	7,2	16,8
Supervivencia global	12,0	9,8	14,2

Figura 5. Curvas de Kaplan Meier de supervivencia global de pacientes con obstrucción intestinal maligna según género

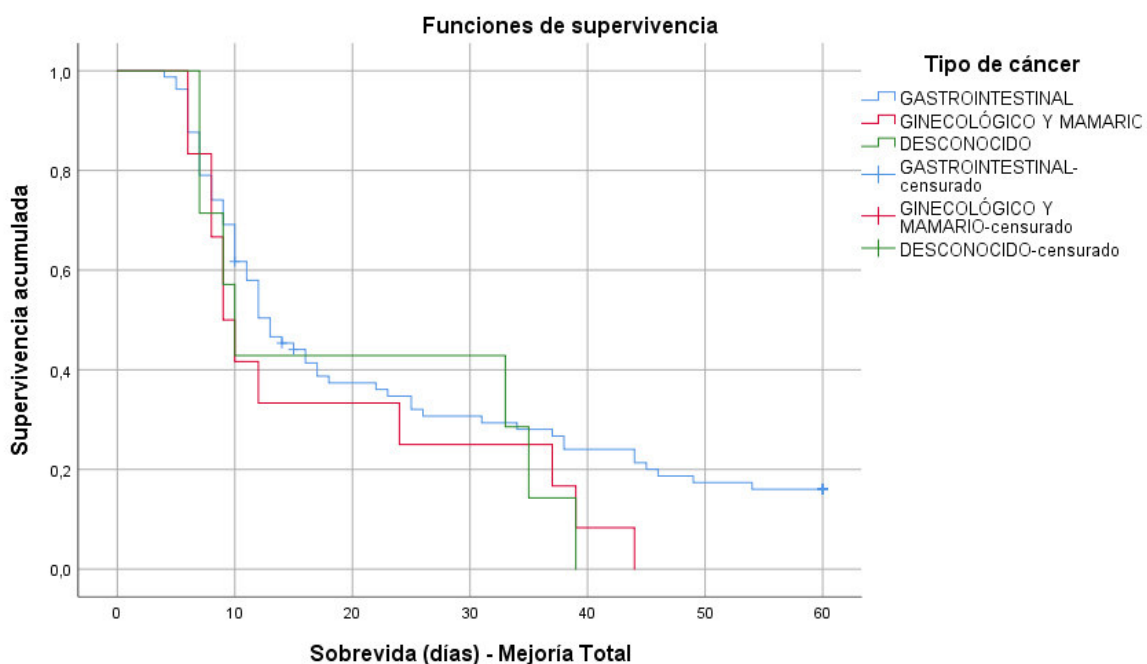


La mediana de la supervivencia global de los pacientes con obstrucción intestinal maligna fue de 13 días en los pacientes con cánceres gastrointestinales, de 9 días en las pacientes con cánceres ginecológico y mamario en comparación aquellos en los que se desconocía el tipo de cáncer que tuvieron una mediana de 10 días (Tabla 7, Figura 6). No se encontró diferencia estadísticamente significativa entre las curvas de supervivencia global de pacientes con obstrucción intestinal maligna según edad (Prueba de Log-rank; $p=0,280$).

Tabla 7. Supervivencia global de pacientes con obstrucción intestinal maligna según tipo de cáncer

SUPERVIVENCIA SEGÚN TIPO DE CÁNCER	MEDIANA (días)	LÍMITE INFERIOR (días)	LÍMITE SUPERIOR (días)
Gastrointestinal	13,0	9,9	16,1
Ginecológico y mamario	9,0	6,7	11,3
Desconocido	10,0	7,4	12,6
Global	12,0	9,8	14,2

Figura 6. Curva de Kaplan Meier de supervivencia global de pacientes con obstrucción intestinal maligna según tipo de cáncer

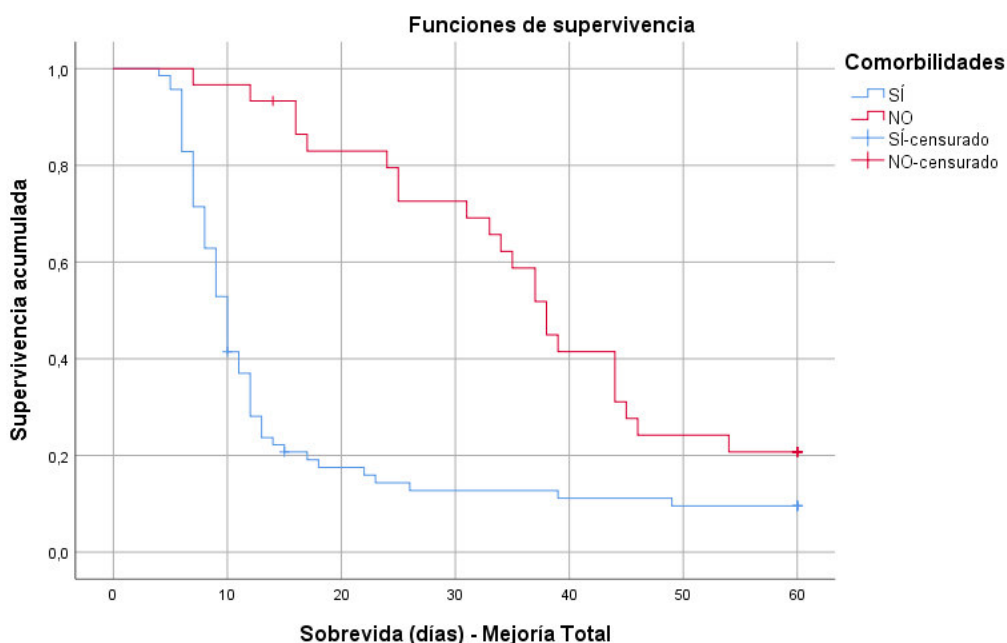


La mediana de la supervivencia global de los pacientes con obstrucción intestinal maligna con comorbilidades fue de 10 días en comparación a los pacientes sin comorbilidades que fue de 38 días (**Figura 7**). Se encontró diferencia estadísticamente significativa entre las curvas de supervivencia global de pacientes con obstrucción intestinal maligna según diagnóstico de comorbilidades (Prueba de Log-rank; $p < 0,001$).

Tabla 8. Supervivencia global de pacientes con obstrucción intestinal maligna según diagnóstico de comorbilidades

SUPERVIVENCIA SEGÚN DIAGNÓSTICO DE COMORBILIDADES	MEDIANA (días)	LÍMITE INFERIOR (días)	LÍMITE SUPERIOR (días)
Con comorbilidades	10,0	8,9	11,1
No comorbilidades	38,0	34,1	41,9
Supervivencia global	12,0	9,8	14,2

Figura 7. Curva de Kaplan Meier de supervivencia global de pacientes con obstrucción intestinal maligna según diagnóstico de comorbilidades

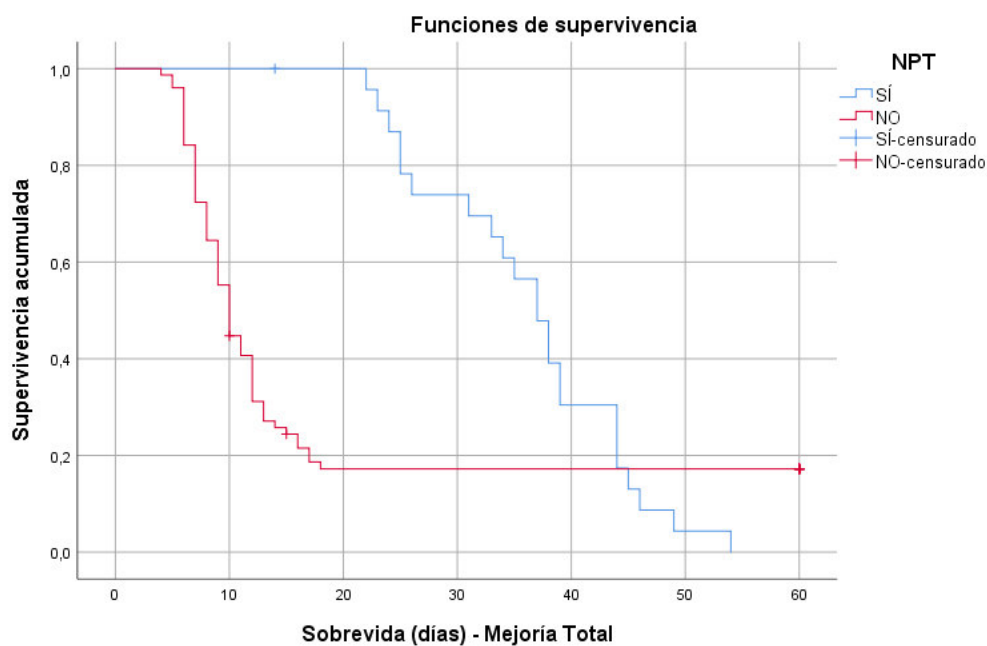


La mediana de la supervivencia global de los pacientes con obstrucción intestinal maligna que recibieron NPT fue de 37 días en comparación a los pacientes sin NPT que fue de 10 días (Tabla 9, Figura 8). Se encontró diferencia estadísticamente significativa entre las curvas de supervivencia global de pacientes con obstrucción intestinal maligna según recepción de NPT (Prueba de Log-rank; $p=0,016$).

Tabla 9. Supervivencia global de pacientes con obstrucción intestinal maligna según recepción de NPT

SUPERVIVENCIA SEGÚN RECEPCIÓN DE NPT	MEDIANA (días)	LÍMITE INFERIOR (días)	LÍMITE SUPERIOR (días)
Recibió NPT	37,0	33,5	40,5
No recibió NPT	10,0	8,9	11,1
Supervivencia global	12,0	9,8	14,2

Figura 8. Curva de Kaplan Meier de supervivencia global de pacientes con obstrucción intestinal maligna según recepción de NPT



La mediana de la supervivencia global de los pacientes con obstrucción intestinal maligna que recibieron quimioterapia fue de 27 días en comparación a los pacientes que no recibieron fue de 12 días (Tabla 10, Figura 9). No se encontró diferencia estadísticamente significativa entre las curvas de supervivencia global de pacientes con obstrucción intestinal maligna según recepción de NPT (Prueba de Log-rank; $p=0,077$).

Tabla 10. Supervivencia global de pacientes con obstrucción intestinal maligna según recepción de quimioterapia

SUPERVIVENCIA SEGÚN RECEPCIÓN DE QUIMIOTERAPIA	MEDIANA (días)	LÍMITE INFERIOR (días)	LÍMITE SUPERIOR (días)
Sí	24,0	0,120	47,9
No	12,0	10,3	13,7
Supervivencia global	12,0	9,8	14,2

Figura 9. Curva de Kaplan Meier de supervivencia global de pacientes con obstrucción intestinal maligna según recepción de quimioterapia

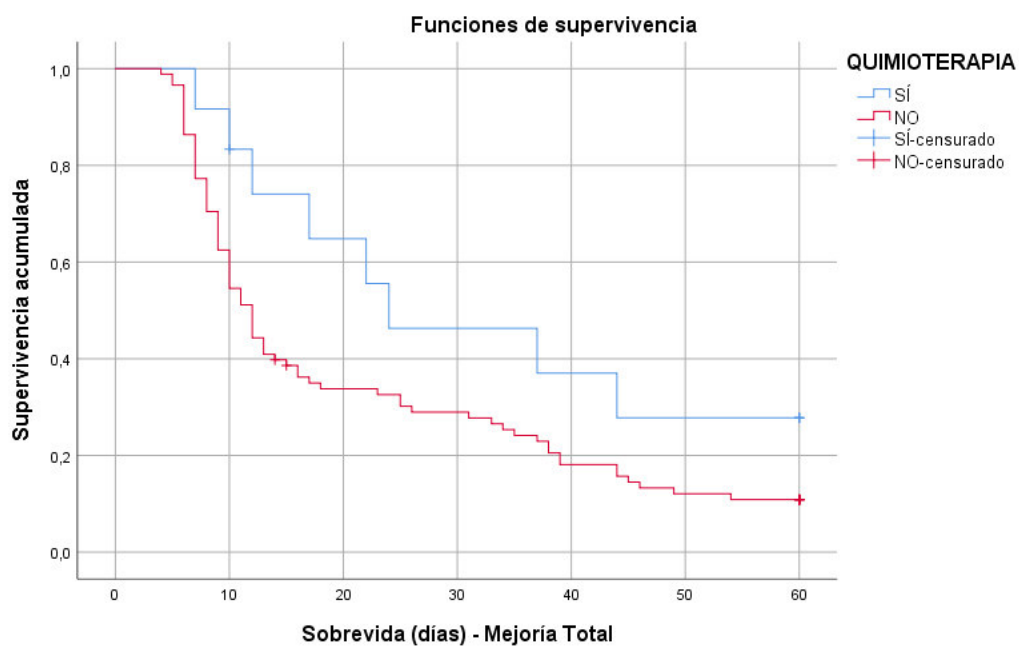
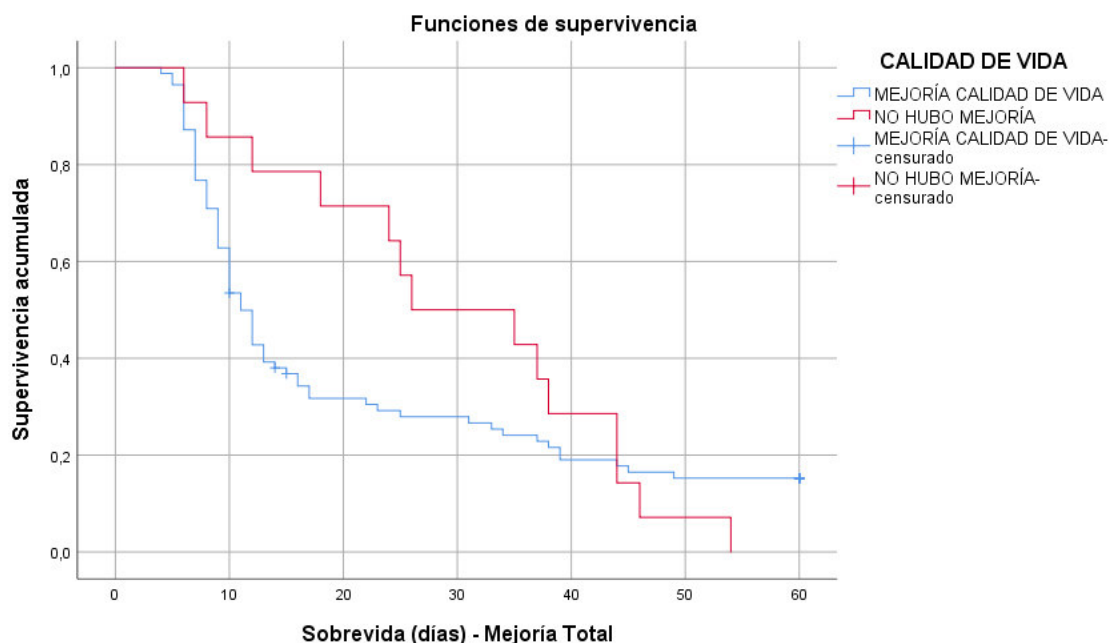


Tabla 11. Supervivencia global de pacientes con obstrucción intestinal maligna según calidad de vida

SUPERVIVENCIA SEGÚN CALIDAD DE VIDA	MEDIANA (días)	LÍMITE INFERIOR (días)	LÍMITE SUPERIOR (días)
Mejoría de la calidad de vida	11,0	9,4	12,6
No mejoría	26,0	7,7	44,3
Global	12,0	9,8	14,2

La mediana de la supervivencia global de los pacientes con obstrucción intestinal maligna según la calidad de vida fue de 11 días para los que tuvieron mejoría en comparación a 26 días en quienes no hubo mejoría (Tabla 11, Figura 10). No se encontró diferencia estadísticamente significativa entre las curvas de supervivencia global de pacientes con obstrucción intestinal maligna según calidad de vida. (Prueba de Log-rank; $p=0,468$).

Figura 10. Curva de Kaplan Meier de supervivencia global de pacientes con obstrucción intestinal maligna según calidad de vida



El análisis multivariado con el modelo de riesgos proporcionales de Cox encontró que el tipo de manejo estuvo asociado a la supervivencia de los pacientes con obstrucción intestinal maligna observándose que el manejo quirúrgico redujo en 97% el riesgo de muerte en comparación con el manejo

médico (HR=0,03; IC 95%: 0,01 – 0,08). Otras variables que tuvieron impacto estadísticamente significativo en la supervivencia de los pacientes fueron la edad que estuvo asociada a mayor riesgo de muerte y la administración de NPT que tuvo un efecto protector. Esto se muestra en la tabla 12.

Tabla 12. Tipo de manejo como factor asociado para la supervivencia de pacientes con obstrucción intestinal maligna. Modelo de riesgos proporcionales de Cox.

FACTOR	HR	I.C 95%
Tipo de manejo Quirúrgico Médico (Ref)	0,03 1	0,01 – 0,08
Edad De 65 a más años Menor de 65 años (Ref)	4,22 1	1,79 – 9,96
Sexo Masculino Femenino (Ref)	1,42 1	0,86 – 2,36
Cáncer gastrointestinal Sí No (Ref)	0,76 1	0,34 – 1,72
Cáncer ginecológico Sí No (Ref)	1,24 1	0,47 – 3,29
Comorbilidades Sí No (Ref)	0,65 1	0,26 – 1,65
NPT Sí No (Ref)	0,31 1	0,12 – 0,82
Quimioterapia Sí No (Ref)	1,32 1	0,60 – 2,90
Calidad de vida Hubo mejoría No hubo mejoría (Ref)	1.205 1	0.593 - 2.449

4.2 Análisis, interpretación y discusión de los resultados

La finalidad de la presente investigación fue evaluar a la población de pacientes con obstrucción intestinal maligna (OIM) que recibieron tratamiento médico o tratamiento quirúrgico y relacionar la supervivencia global (SG) de enfermedad con respecto a la calidad de vida.

En ese sentido, el presente estudio demostró diferencia estadísticamente significativa en la mediana de la SG de los pacientes con mejoría de la calidad de vida con cirugía de 38 días en comparación con los que recibieron manejo médico de 8 días (Prueba de Log-rank; $p < 0,001$).

De acuerdo con la hipótesis general: La supervivencia global y la calidad de vida es significativa en pacientes con OIM sometidos a manejo médico versus quirúrgico en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (HNERM). Se puede decir no se encontró diferencia estadísticamente significativa entre las curvas de SG de pacientes con obstrucción intestinal maligna según calidad de vida (Prueba de Log-rank; $p = 0,468$), independiente de que el manejo haya sido médico o quirúrgico. Por lo que la hipótesis general fue rechazada.

Y según los resultados obtenidos se evidencia mayor SG en el tratamiento quirúrgico de la obstrucción intestinal maligna mientras que el tratamiento médico es corto, pudiendo explicarse además por la presencia de las variables como edad (mientras menos edad) y la administración de NPT (nutrición parenteral), identificadas en el análisis multivariado del modelo de riesgos proporcionales de Cox como protectoras. Correspondiéndose a lo hallado en la literatura es que la NPT prolongan la supervivencia, incluso en pacientes inoperables (Ventafridda et al., 2003, Santangelo et al., 2017, Guerra et al., 2017, Sowerbutts et al., 2018).

En relación con la Hipótesis específica 1: La SG de los pacientes con OIM sometidos a manejo médico es corta en el HNERM.

En ese sentido, se coincidió con lo planteado por Dean et al. (2017), el cual afirma que la SG fue inferior para manejo paliativo (45 días) en comparación con la quimioterapia (152 días) o la cirugía (124 días; $p < 0,001$). Que utilizó el puntaje Manchester Bowel Obstruction Score y ECOG. Incluso comparándolo con nuestro estudio se ve que la SG es más corta (8 días) en pacientes de manejo paliativo médico.

De acuerdo con la Hipótesis específica 2: La supervivencia de los pacientes con OIM a manejo quirúrgico es más larga en el HNERM. Coincidiendo con ello, Santangelo et al. (2017), obtuvo en sus resultados que la mediana de supervivencia fue mayor en pacientes quirúrgicos que en aquellos que recibieron terapia conservadora (8–34 versus 4–5 semanas). Los factores asociados con el fracaso de la cirugía fueron un mal estado general, carcinomatosis difusa, radioterapia previa y obstrucción del intestino delgado. Conclusiones: la paliación quirúrgica puede proporcionar alivio de los síntomas obstructivos, así como una mejor supervivencia en pacientes bien seleccionados, incluso si son ancianos.

Además de lo planteado por Dean et al. (2017), con SG para el manejo de cirugía (124 días; $p < 0,001$), comparado al manejo paliativo (45 días) y con quimioterapia (152 días). Y según Miller et al. (2004), encontró una supervivencia media de 7 meses (2-12 meses).

En el estudio realizado se ha visto que la SG es más larga 38 días en pacientes de manejo quirúrgico comparando con el manejo médico, pero sigue siendo corto a comparación de otros estudios.

En base a la Hipótesis específica 3: La calidad de vida de los pacientes con OIM sometidos a manejo médico es mejor en el HNERM.

Los hallazgos fueron que no se encontró diferencia estadísticamente significativa entre las curvas de supervivencia global de pacientes con OIM según calidad de vida. (Prueba de Log-rank; $p = 0,468$). Por lo que esta hipótesis también fue rechazada. Y en la revisión de otros estudios como Selby et al. (2010), encontró que el puntaje total de ESAS mejoró en 7.5, 11.5 y 11.0 puntos respectivamente en una semana, un mes y

tres meses ($p < 0.05$, $p < 0.01$, NS) de tratamiento (37% sólo manejo médico, 28.6% quimioterapia y 34.3% de manejo quirúrgico), aunque no compara los puntajes en los distintos manejos por separado.

En la Hipótesis específica 4: La calidad de vida de los pacientes con OIM sometidos a manejo quirúrgico es peor en el HNERM.

Los hallazgos fueron que no se encontró diferencia estadísticamente significativa entre las curvas de supervivencia global de pacientes con OIM según calidad de vida. (Prueba de Log-rank; $p=0,468$). Por lo que esta hipótesis al igual que la 3 también fue rechazada. Y de la misma forma comparamos con el estudio de Selby et al. (2010), en donde el puntaje total de ESAS mejoró en 7.5, 11.5 y 11.0 puntos respectivamente en una semana, un mes y tres meses ($p < 0.05$, $p < 0.01$, NS) de tratamiento (37% sólo manejo médico, 28.6% quimioterapia y 34.3% de manejo quirúrgico), aunque no compara los puntajes en los distintos manejos por separado.

Entre otros datos obtenidos en la presente investigación se obtuvo:

La mediana de la SG de los pacientes con OIM que recibieron quimioterapia fue de 27 días en comparación a los pacientes que no recibieron fue de 12 días (Tabla 10, Figura 9). No siendo una diferencia estadísticamente significativa entre las curvas de supervivencia global de pacientes con obstrucción intestinal maligna según recepción de NPT (Prueba de Log-rank; $p=0,077$).

En contraste con el estudio de Guerra et al. (2017), que sostuvo que el tratamiento antitumoral activo y el uso de la nutrición parenteral aumentan la supervivencia.

La mediana de la edad de los pacientes que recibieron manejo médico fue significativamente mayor que en aquellos que recibieron manejo quirúrgico (75 versus 57; prueba de U mann Withney, $p < 0,001$); de este modo, la proporción de adultos mayores fue significativamente mayor en el grupo sometido a manejo médico en comparación con el que recibió manejo quirúrgico (90,2% versus 28,6%; prueba Chi cuadrado,

$p < 0,001$). Y de que la edad (mayor edad) constituye un factor de riesgo de mayor mortalidad, expresado como menor SG. Los resultados obtenidos coinciden con lo descrito en la literatura donde los factores de pobre pronóstico son justamente la edad avanzada (Olatunyi et al, 2015, Santangelo et al, 2017), predomina pacientes mayores de 60 años (57%) como en el estudio de Selby et al (2010).

Concerniente al género, se encontró que el 66% (66) de los pacientes fueron del sexo femenino y 34% (34) del sexo masculino, pero comparando la distribución de ambas cohortes no mostró diferencias estadísticamente significativas (prueba Chi cuadrado, $p = 0,780$). Y en la literatura se reporta una incidencia mayor en el sexo masculino, así como una mayor mortalidad en dicho género (Simion et al, 2014, Pameijer et al, 2005).

Acerca del diagnóstico oncológico se encontró que en ambas cohortes se observó predominio de los cánceres gastrointestinales en el diagnóstico oncológico (85,7% en la cohorte quirúrgica versus 76,5% en la de manejo médico), corroborando lo que se reporta en la literatura, en la cual predomina los cánceres gastrointestinales, como encuentran: cáncer de páncreas, estómago, intestino delgado, colon y vesícula biliar. (Pameijer et al, 2005, Ripamonti et al, 2008, Tuca et al, 2008, Tuca et al, 2012), en un porcentaje de 49.5% de cáncer colorrectal y 21.9% ginecológico (Bento de Sousa et al, 2019).

Con relación a las características clínicas, se observó predominio significativo de la obstrucción multinivel en la cohorte que recibió manejo médico en comparación con la que recibió manejo quirúrgico (100,0% versus 46,9%; Test exacto de Fisher, $p < 0,001$) así como de la obstrucción paralítica en la cohorte que recibió manejo médico en comparación con la que recibió manejo quirúrgico (98,0% versus 0,0%; Test exacto de Fisher, $p < 0,001$). Observándose en la literatura que la obstrucción médica se daba justamente en las características mencionadas de ser multinivel y por evolución de la obstrucción terminaban infiltrando el plexo nervioso intestinal generando íleo

paralítico (Jatoi et al, 2004, Tuca et al, 2008, Tuca et al, 2012, Laval et al, 2014, Dean et al, 2017)

Se observó una distribución similar de obstrucción intrínseca y extrínseca en la cohorte que recibió manejo quirúrgico.

No se observaron diferencias estadísticamente significativas en la frecuencia de comorbilidades ni en los antecedentes quirúrgicos entre ambas cohortes (Figura 7, tabla 8). En contraste con el estudio de Olatunji et al. (2015), concluyó que las enfermedades médicas concurrentes son importantes al igual que la edad, además de la falta de cobertura de seguro, la pérdida de peso significativa y el manejo quirúrgico ya que parecen estar asociados con una mayor mortalidad en esta población. Y no se encontró estudios que correlacionen el antecedente quirúrgico con respecto al manejo de los pacientes con OIM.

Se observó un predominio del estado funcional 40 (55,1%) en la cohorte que recibió manejo quirúrgico en comparación con los que recibieron manejo médico en los que predominó el estado funcional 30 (70,6%), en correlación a los hallazgos encontrados por Bento de Sousa (2019) en el cual el deterioro del estado funcional, la alta concentración sérica de urea y los bajos niveles de albúmina se asociaron a una mayor tasa de mortalidad. Dean (2017), que correlacionó el puntaje Manchester Bowel Obstruction Score con ECOG para ayudar a la estratificación del tratamiento. Guerra (2015) que encontró un ECOG basal de $1,5 \pm 0,5$. En ninguno menciona otra escala funcional como el realizado en nuestro estudio con Karnofsky.

CONCLUSIONES

- Según Prueba de Log-rank salió no significativo estadísticamente ($p=0,468$), por lo que se puede concluir que no existe relación entre la calidad de vida y la supervivencia global en pacientes con tratamiento médico y quirúrgico en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins en el 2020.
- De acuerdo con la mediana de SG, se determinó que el promedio estimado es de 38 días para los pacientes que fueron sometidos a cirugía, por otro lado, para los que recibieron tratamiento médico es de 8 días, evidenciando una diferencia significativa ($p<0.05$) entre los dos.
- En la revisión de otros estudios, ninguno compara la relación entre SG y calidad de vida, por lo que lo hallado constituye una información valiosa a tomar en cuenta para próximas investigaciones

RECOMENDACIONES

- Se recomienda realizar la aplicación de la propuesta de manejo médico para los pacientes con el diagnóstico de obstrucción intestinal maligna con edad avanzada, obstrucción multinivel y paralítico, con el objetivo de mantener la calidad de vida en ellos, ya que, en esta etapa avanzada, no tienen la opción de curación.
- Mientras que el manejo quirúrgico se daría cuando sea menor de 60 años, obstrucción uninivel y de tipo mecánico, como orientadores y que se acortaría los tiempos evaluatorios por servicio de medicina, cirugía y oncología, lo cual debería ser objeto de estudio en lo posterior.
- Valorar la necesidad de uso de nutrición parenteral en pacientes con manejo médico, con el objetivo de mejorar la calidad de vida.
- Para la toma de decisión del manejo de la obstrucción intestinal maligna (OIM) se torna fundamental valorar la calidad de vida del paciente, más que la supervivencia.
- Este estudio es de utilidad quedando como antecedente para poder realizar trabajos de cohorte prospectiva de manejo quirúrgico o médico, determinar predictores de pronóstico, pertinencia del uso de nutrición parenteral y sobre la calidad de vida.

LIMITACIONES

Se realizó en un solo centro hospitalario.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aaron, F., Atif, J., Jason, S., Rajesh, N. & Thomas, G. (2017, July). Management of Malignant Bowel Obstruction Associated With GI Cancers. *Journal of Oncology Practice*, 13 (7), 426-434. DOI: 10.1200/JOP.2017.022210
- Alberta Health Services (2019). Edmonton Symptom Assessment System – Revised (ESAS-r) Administration Manual. Edmonton Zone Palliative Care Program. P.17. <https://www.albertahealthservices.ca/assets/info/peolc/if-peolc-ed-esasr-admin-manual.pdf>
- Anthony T, Baron T, Mercadante S, et al. Report of the clinical protocol committee: development of randomized trials for malignant bowel obstruction. *J Pain Symptom Manage* 2007;34:S49–59.
- Anthony, T., Baron, T., Mercadante, S., Green, S., Chi, D., Cunningham, J., ... Krouse, R. (2007, July). Report of the Clinical Protocol Committee: Development of Randomized Trials for Malignant Bowel Obstruction. *Journal of Pain and Symptom Management*, 34 (1S), S49-S59. doi:10.1016/j.jpainsymman.2007.04.011
- Arezzo, A., Passera, R., Lo Secco G. et al.(2017). Stent as bridge to surgery for left-sided malignant colonic obstruction reduces adverse events and stoma rate compared with emergency surgery: results of a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Gastrointestinal Endoscopy*, 86(3). 416–426.
- Aslakson, R., Sydney, M., Renee, W., Waldfogel, J., Zhang, A., Isenberg, ... Sixon, J., Robinson, K. (May, 2017). Assessment Tools for Palliative Care. Johns Hopkins University Evidence-based Practice Center Baltimore. Technical Brief Number 30.
- Badia X, García F. (2000). La medición de la calidad de vida relacionada con la salud y las preferencias en estudios de investigación de resultados en salud. En Badia, X. (Ed.) La

Investigación de Resultados en Salud. De la evidencia a la práctica clínica. Barcelona, Edimac

- Baines M, Oliver DJ, Carter RL (1985) Medical management of intestinal obstruction in patients with advanced malignant disease: a clinical and pathological study. *Lancet II* :990–993
- Bateni, S., Gingrich, A., Stewart, S. et al. (2018). Hospital utilization and disposition among patients with malignant bowel obstruction: a population-based comparison of surgical to medical management. *BMC Cancer*, 18, 1166.
- Bento de Sousa, J., Tales, E., Tustumi, F., Leonardi, P., Ribeiro, U. & Ceconello, I. (May-June 2019). Surgical Management of Malignant Intestinal Obstruction: Outcome and Prognostic Factors. *Chirurgia* (2019), 114, 343-351.
<http://dx.doi.org/10.21614/chirurgia.114.3.343>
- Blair, SL., Chu, DZ. & Schwarz, E. (2001). Outcome of palliative operations for malignant bowel obstruction in patients with peritoneal carcinomatosis from nongynecological cancer. *Ann Surg Oncol.*, 8(8), 632-637.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11569777>
- Bozzetti, F. (17 July 2019). The role of parenteral nutrition in patients with malignant bowel obstruction. *Supportive Care in Cancer*, 1-7. <https://doi.org/10.1007/s00520-019-04948-1>
- Campagnutta, E., Cannizzaro, R., Gallo, A. et al. (1996). Palliative treatment of upper intestinal obstruction by gynecological malignancy: the usefulness of percutaneous endoscopic gastrostomy. *Gynecol Oncol*, 32(1), 103-105.
- Cancer (s.f). *Diccionario de Cáncer*.
<https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/def/cancer>
- Carvajal, A., Martínez, M. y Centeno, C. (2013). Versión española del Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): un instrumento de referencia para la valoración sintomática del paciente con cáncer avanzado. *Med Paliat.* 2013; 20(4): 143-149. <http://dx.doi.org/10.1016/j.medipa.2013.02.001>

- Celaya, S, 1999. Nutricion parenteral. Capítulo XII Soporte Nutricional en el Paciente Oncológico.
http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/infopublico/publicaciones/soporteNutricional/pdf/cap_12.pdf
- Chan, A. & Woodruff, RK.(1992). Intestinal obstruction in patients with widespread intra-abdominal malignancy. *J Pain Symptom Manage*, 7(6), 339-342. DOI: 10.1016/0885-3924(92)90086-w.
- Clark, K, Lam, L. & Currow, D. (Dec 2009). Reducing gastric secretions a role for histamine 2 antagonists or proton pump inhibitors in malignant bowel obstruction ¿. *Support Care Cancer*, 17(12), 1463-1468.
<https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00520-009-0609-3>
- Clark, K, Lam, L.,Gibson, S. & Currow, D. (2009). The effect of ranitidine versus proton pump inhibitors on gastric secretions: a meta-analysis of randomised control trials. *Anaesthesia*, 64(4), 652-657. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2044.2008.05861.x>
- Comorbilidad. (s.f). Asociación de academias de la lengua española.
[.https://dle.rae.es/comorbilidad](https://dle.rae.es/comorbilidad)
- Cousins, S., Tempest, E. & Feuer, D. (2016, January 4). Surgery for the resolution of symptoms in malignant bowel obstruction in advanced gynaecological and gastrointestinal cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, (1), 1-72
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD002764>
- De Kock, I, Mirhosseini, M, Lau, F, Thai, V, Downing, M, Quan H, et al. Conversion of Karnofsky Performance Status (KPS) and Eastern Cooperative Oncology Group Performance Status (ECOG) to Palliative Performance Scale (PPS), and the interchangeability of PPS and KPS in prognostic tools. *J Palliat Care* 2013; 29: 163-9.
- Dean, E., Khoja, L. Clamp, A., Jayson, G., Goonetilleke, D., Conway, A. & Hasan, J. (18 January 2017). Malignant bowel obstruction in

- advanced ovarian cancer. *Future Oncology* 2017; 13(6), 513-521. <https://doi.org/10.2217/fon-2016-0431>
- Definición de género. (s.f). <https://definicion.de/genero/>
- Definiciones de sexo y sexualidad. (s.f).
<https://www.plannedparenthood.org/planned-parenthood-massachusetts/local-training-education/educacion-para-padres/informacion-acerca-de-la-pubertad-y-entendimiento-de-la-sexualidad/definiciones-de-sexo-y-sexualidad>
- Easson AM, Lee KF, Brasel K, et al. Clinical research for surgeons in palliative care: challenges and opportunities. *J Am Coll Surg* 2003;196:141–51.
- Edad. (s.f). Real Academia de la Lengua. <https://dle.rae.es/edad>.
- Escajadillo-Luck, A. (2022). Complicaciones médico quirúrgico en la evolución del paciente paliativo oncológico. *Diagnóstico Vol. 61(2) 2022*. DOI:
<https://doi.org/10.33734/diagnostico.v61i2.366>
- Estadios del cáncer. (s.f). Cancernet.
<https://www.cancer.net/es/desplazarse-por-atenci%C3%B3n-del-c%C3%A1ncer/diagn%C3%B3stico-de-c%C3%A1ncer/estadios-del-c%C3%A1ncer>
- Feuer DJ & Broadley KE. (2000). Corticosteroids for the resolution of malignant bowel obstruction in advanced gynaecological and gastrointestinal cancer. *Cochrane Database Syst Rev* 2000:CD001219.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD001219>
- Feuer, DJ., Broadley, KE., Sthepherd, JH. & Barton, DP. (1999) Systematic review of surgery in malignant bowel obstruction in advanced gynecological and gastrointestinal cancer. *Gynecol Oncol*, 75(3), 313-322.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD002764>
- Fiori, E., Lamazza, A., Volpino, P. et al. (2004). Palliative management of malignant antro-pyloric strictures. Gastroenterostomy versus endoscopic stenting. A randomized prospective trial. *Anticancer Research*, 24(1), 269–271.

- Fonseca, M., Schlack, C., Mera, E., Muñoz, O., Peña, J. (Agosto 2013)
Evaluación de la calidad de vida en pacientes con cáncer terminal. *Rev Chil Cir*, 65(4), 321-328.
<https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchcir/v65n4/art06.pdf>
- Font, A. (1994). Cáncer y calidad de vida. *Anuario de Psicología*, Universitat de Barcelona, 61, 41-50.
- Guerra, E., Cortes, A., Mateo, R., Nattero, L., Riveiro, J., Vega, B., ...Botella, J. (2015, September 1) Role of parenteral nutrition in oncologic patients with intestinal occlusion and peritoneal carcinomatosis. *Nutricion Hospitalaria*, 32(3), 1222-1227.
DOI:10.3305/nh.2015.32.3.9184
- Hank, GW., Conno, F., Cherny, N., Hanna, M., Kalso, E., McQuay, H.,... Ventafridda, V. (2001 March). For Expert Working Group of the Research Network of the European Association for Palliative Care. Morphine and alternative opioids in cancer pain: the EAPCA recommendations. *Br J Cancer*, 84(5), 587-593. doi: 10.1054/bjoc.2001.1680
- Hardy JR., Ling, PJ., Mansi, J., Isaacs, R., Bliss, J., A'Hern, R., Blake, P., Gore, M., Shepherd, J. & Hanks, G. (September 1, 1998). Pitfalls in placebo controlled trials in palliative care: dexamethasone for the palliation of malignant bowel obstruction. *Palliat Med*, 12(16), 437-443.
<https://doi.org/10.1191/026921698666334766>
- Higashi H, Shida H, Ban K, et al. Factors affecting successful palliative surgery for malignant bowel obstruction due to peritoneal dissemination from colorectal cancer. *Jpn J Clin Oncol* 2003;33:357-9
- Hui, D., Bruera, E. (2018). The Edmonton Symptom Assessment System 25 Years Later: Past, Present and Future Developments. *J Pain Symptom Manage*. 2017 Mar; 53(3): 630-643. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2016.10.370
- Intestino (s.f). *Diccionario de cáncer*. Instituto Nacional del cáncer.
<https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/def/intestino>

- Jatoi, A., Podratz, KC., Gill, P. & Hartmann, LC. (2004, July). Pathophysiology and palliation of inoperable bowel obstruction in patients with ovarian cancer. *The Journal of Supportive Oncology*; 2(4):323-334.
- Krouse RS. The international conference on malignant bowel obstruction: a meeting of the minds to advance palliative care research. *J Pain Symptom Manage* 2007;34:S1–6
- Krouse, R. 2019. Malignant bowel obstruction. *J Surg Oncol*. 2019; 120:74-77. <https://doi.org/10.1002/jso.25451>
- Laval, G., Girardier, J., Lassauumiere, JM., Leduc, B., Haond, C. & Schaerer, R. (January 1, 2000) The use of steroids in the management of inoperable intestinal obstruction in terminal cancer patients: do they remove the obstruction?. *Palliat Med*, 14(1), 3-10. <https://doi.org/10.1191/026921600669298725>
- Laval, G., Marcelin-Benazech, B., Guirimand, F., Chauvenet, L., Copel, L., Durand, A., ... Arvieux, C. (2014, July). Recommendations for Bowel Obstruction With Peritoneal Carcinomatosis. *Journal of Pain and Symptom Management*; 48(1), 75-91. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2013.08.022
- Lee, Y., Jivraj, N., O'Brien, C., Chawla, T., Shlomovitz, E., Buchanan, S., Lau, J., Croke, J., Allard, J., Dhar, P., Laframboise, S., Ferguson, S., Dhani, N., Butler, M., Ng, P., Stuart-McEwan, T., Savage, P., Tinker, L., M. Oza, A. & Lheureux, S. (2018). Malignant Bowel Obstruction in Advanced Gynecologic Cancers: An Updated Review from a Multidisciplinary Perspective. *Obstetrics and Gynecology International*, 2018, ID 1867238, 1-10. <https://doi.org/10.1155/2018/1867238>
- Mangili, G., Aletti, G., Frigerio, L. et al. (2005). Palliative care for intestinal obstruction in recurrent ovarian cancer: a multivariate analysis. *Int J Gynecol Cancer*, 15, 830-835.
- McCahill LE, Krouse RS, Chu DZ, et al. Decision making in palliative surgery. *J Am Coll Surg* 2002;195:411–22.

- Miller, G., Boman, J., Shrier, I. & Gordon, PH. (2004 October). Small bowel obstruction secondary to malignant disease: an 11 year audit. *Can J Surg.*, 43(5), 353-358. PMID: PMC3695141. PMID: 11045093
- Moinpour CM, Feigl P, Metch B. (1989). Quality of life end points in cancer clinical trials: review and recommendations. *J Natl Cancer Inst.*;81:485-95.
- Montalvo Mingot, L. y Vargas Carbajal, E. Obstrucción Intestinal. 2008. https://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/medicina/cirugia/tomo_i/Cap_13_Obstruccion%20intestinal.htm
- Nabal, M. (2021). Cómo valorar al paciente terminal desde la perspectiva de los cuidados paliativos. Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC). <https://www.siicsalud.com/des/expertoimpreso.php/98605>
- Nagula, S., Ishill, N., Nash, C. et al.(2010). Quality of life and symptom control after stent placement or surgical palliation of malignant colorectal obstruction. *Journal of the American College of Surgeons*, 210(1), 45–53.
- Navarro, J. Enfermedad Terminal: Concepto Y Factores Pronósticos, Cuidados Paliativos No Oncológicos. Secpal. <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/navarro-cuidadospaliativos-01.pdf>
- Nellgard, P., Bojo, L. & Cassuto, J. (1995 April). Importance of vasoactive intestinal peptide and somatostatin for fluid losses in small bowel obstruction. *Scand J Gastroenterol*, 30(5), 464-469. <https://doi.org/10.3109/00365529509093308>
- Neville, R., Fielding, P., Cambria, RP. & Modlin, I. (1991 Mar). Vascular responsiveness in obstructed gut. *Dis Colon Rectum*, 34(3), 229-235. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1999129>
- Nutricion parenteral (s.f).. https://www.pisa.com.mx/publicidad/porta/enfermeria/manual/4_3_2.htm

- Olatunji, B., Sungjin, K., Zhengjia, C., Taofeek, K. & Bassel, F. (2015, March 4). Management Patterns and Predictors of Mortality Among US Patients With Cancer Hospitalized For Malignant Bowel Obstruction. *Cancer*, 121(11), 1772-1778.
<https://doi.org/10.1002/cncr.29297>
- Osteen RT, Guyton S, Steele G Jr & Wilson RE. (1980, june). Malignant intestinal obstruction. *Surgery*;87(6), 611-615. PMID: 7376072
- Pameijer, C., Mahvi, D., Stewart, J. & Weber, S.(Apr 1 2005). Bowel obstruction in patients with metastatic cáncer Does intervention influence outcome?. *Journal International of Gastrointestinal Cancer*, 35(2), 127-133.
<https://www.scholars.northwestern.edu/en/publications/bowel-obstruction-in-patients-with-metastatic-cancer-does-interve>
- Perez, P. Escalas de estado funcional (o performance status) en cáncer. *Gastroenterol. latinoam* 2014; Vol 25, N° 3: 219-226.
<http://gastrolat.org/DOI/PDF/10.0716/gastrolat2014n300007.pdf>
- Ripamonti, C. & Bruera, E. (2002, June 19). Palliative Management of Malignant Bowel Obstruction. *International Journal of Gynecological Cancer*; 12, 135-143.
<https://doi.org/10.1046/j.1525-1438.2002.01103.x>
- Ripamonti, C., Easson, AM. & Gerdes, H. (2008). Management of malignant bowel obstruction. *Eur J Cancer*, 44(8), 1105-1115.
 DOI: 10.1016/j.ejca.2008.02.028
- Ripamonti C, Mercadante S, Groff L, Zecca E, De Conno F, Casuccio A (2000) Role of octreotide, scopolamine butylbromide and hydration in symptom control of patients with inoperable bowel obstruction having a nasogastric tube. A prospective randomized clinical trial. *J Pain Symptom Manage* 19:23–34
- Ripamonti, C., Twycross, R., Baines, M., et al. (2001). For Working Group of the European Association for Palliative Care. Clinical-practice recommendations for management of bowel obstruction in patients with end-stage cancer. *Support Care*

- Cancer, 9(4), 223-233.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11430417>
- Ruiz F. (Enero-abril 2003). Síndrome de obstrucción intestinal Revista del Hospital General “La Quebrada”, 2(1), 36-43.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/quebra/lq-2003/lq031i.pdf>
- Santangelo, M., Grifasi, C., Criscitiello, C., Giuliano, M., Calogero, A., Dodaro, C.,... Carlomagno, N. (February 2017). Bowel obstruction and peritoneal carcinomatosis in the elderly. A systematic review. *Aging Clinical and Experimental Research*, 29(1), p 73–78. DOI :10.1007/s40520-016-0656-9.
- Santarpia, L., Alfonsi, L., Pasanisi, F., De Caprio, C., Scafì, L & Contaldo, F. (April 2006). Predictive factors of survival in patients with peritoneal carcinomatosis on home parenteral nutrition. *Nutrition* 22, 355–360. DOI: 10.1016/j.nut.2005.06.011
- Selby, D., Wright, F., Stilos, K., Daines, P., Moravan, V., Gill, A, Chakraborty, A (2010). Room for improvement? A quality-of-life assessment in patients with malignant bowel obstruction. *Palliative Medicine*, 24(1), 38–45
- Simion, L., Straja, N., Alecu, M., Poroach, V., Moşoiu, D., Panti, C., ... Brătucu, E.(July – August 2014). Intestinal obstruction management in patients with advanced abdominal neoplasia. *Chirurgia (Bucur)*, 109(4),527-33.
<http://revistachirurgia.ro/pdfs/2014-4-527.pdf>
- Sorensen, J., Klee, M., Palshof, T., Hansen, H. Performance status assessment in cancer patients. An inter-observer variability study. *Br J Cancer* 1993; 67: 773-5.
- Soriano A. & Davis M. (March, 2011). Malignant bowel obstruction: Individualized treatment near the end of life. *Cleveland Clinic Journal Of Medicine*, 78(3), 197-206.
 doi:10.3949/ccjm.78a.10052
- Sowerbutts, A., Lal, S., Sremanakova, J., Clamp, A., Todd, C., Jayson, G.,... Burden, S. (2018). Home parenteral nutrition for people with inoperable malignant bowel obstruction. *Cochrane*

- Database of Systematic Reviews 2018, 8, CD012812, 1-55.
DOI: 10.1002/14651858.CD012812.pub2.
- Sun, X. & Li, X.(1995). Management of bowel obstruction in advanced ovarian cancer: an analysis of 57 cases. *Zhonghua Zhong Liu Za Zhi*, 17(1), 39-42.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7656786>
- Supervivencia global (s.f). Diccionario médico. Clínica Universidad de Navarra. <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/supervivencia-global>
- Sydney, Dy. (October/November 2006). Enteral and Parenteral Nutrition in Terminally Ill Cancer Patients: A Review of the Literature. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 23(5) 369-377. DOI: 10.1177/1049909106292167
- Tassinari, D., Sartori, S., Tamburini, E. et al. (2009). Transdermal fentanyl as a front-line approach to moderate-severe pain: a meta-analysis of randomized clinical trials. *J Palliat Care*, 25(3), 172-180.
<https://reference.medscape.com/medline/abstract/19824278>
- Teriaky, A., Gregor, J. & Nilesh Chande. (2012 Mar-Apr). Percutaneous Endoscopic Gastrostomy Tube Placement for End-stage Palliation of Malignant Gastrointestinal Obstructions. *Saudi J Gastroenterol.*, 18(2), 95–98. doi: 10.4103/1319-3767.93808
- Thampy, S., Mullan, D., Najran, P. & Laasch, HU. (2019). Safety and Efficacy of Venting Gastrostomy in Malignant Bowel Obstruction:A Systematic Review, Vol. XX(X), 1-10. DOI: 10.1177/0825859719864915
- Tomiki, Y., Watanabe, T., Ishibiki, Y. et al. (2004). Comparison of stent placement and colostomy as palliative treatment for inoperable malignant colorectal obstruction. *Surgical Endoscopy*, 18 (11), 1572–1577.
- Tuca, A., Cordorniu, N., Garzon & Serrano, G. (May 2008). Malignant bowel obstruction due to advanced cancer in palliative care: Observational and descriptive study. 5th Research Forum of

- European Association for Palliative Care. Poster:462.
Trodheim, Norway
- Tuca, A., Guell, E., Martinez-Losada, E. & Codorniu, N. (2012, June 12). Malignant bowel obstruction in advanced cancer patients: epidemiology, management, and factors influencing spontaneous resolution. *Cancer Management and Research*, (4), 159-169. doi: 10.2147/CMAR.S29297
- Tuca, A., Roca, R., Sala, C., Porta, J., Serrano, G., González, J. & Gómez, X. (February 2009). Efficacy of granisetron in the antiemetic control of nonsurgical intestinal obstruction in advanced cancer: a phase II clinical trial. *J Pain Symptom Manage*, 37(2), 259-270.
<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2008.01.014>
- Urzúa, A., Caqueo, A. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia psicológica* 2012, Vol. 30, Nº 1, 61-71.
<https://scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v30n1/art06.pdf>
- Vashi, P., Dahlk, S., Popiel, B., Lammersfeld, C., Ireton-Jones, C., and Gupta, D. (2014). A longitudinal study investigating quality of life and nutritional outcomes in advanced cancer patients receiving home parenteral nutrition. *BMC Cancer*, 14(1).
- Vázquez JM. Protocolo diagnóstico y terapéutico del síndrome de obstrucción intestinal. *Medicine* 2004; 9 (6): 421-6.
- Ventafriidda V, Ripamonti C, Caraceni A, Spoldi E, Messina L (1990) The management of inoperable gastrointestinal obstruction in terminal cancer patients. *Tumori* 76:389–393
- Woolfson R., Jennings, K. & Whalen, G. (1997). Management of bowel obstruction in patients with abdominal cancer. *Arch Surg*.132:1093-1097.

ANEXO A. Matriz de consistencia

Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Metodología
<p>¿Cuál es la supervivencia global y calidad de vida de pacientes con obstrucción intestinal maligna sometidos a manejo médico versus quirúrgico en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins?</p> <p>Específicos</p> <p>¿Cuál es la supervivencia de los pacientes con obstrucción intestinal maligna sometidos a manejo médico en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins?</p> <p>¿Cuál es la supervivencia de los pacientes con obstrucción intestinal maligna sometidos a manejo quirúrgico en el</p>	<p>Determinar la supervivencia global y la calidad de vida de pacientes con obstrucción intestinal maligna sometidos a manejo médico versus quirúrgico en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins</p> <p>Específicos:</p> <p>Identificar la supervivencia de los pacientes con obstrucción intestinal maligna sometidos a manejo médico en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins</p> <p>Identificar la supervivencia de los pacientes con obstrucción intestinal maligna sometidos a manejo</p>	<p>La supervivencia global y la calidad de vida es significativa en pacientes con obstrucción intestinal maligna sometidos a manejo médico versus quirúrgico en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.</p> <p>Hipótesis específicas:</p> <p>La supervivencia de los pacientes con obstrucción intestinal maligna sometidos a manejo médico es corta en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins</p> <p>La supervivencia de los pacientes con obstrucción intestinal maligna sometidos a manejo quirúrgico es más</p>	<p>Variable Independiente:</p> <p>-Manejo médico de la obstrucción Intestinal maligna</p> <p>-Manejo quirúrgico de la obstrucción Intestinal maligna</p> <p>Variable Dependiente:</p> <p>-Supervivencia</p> <p>-Calidad de vida</p> <p>Variable interviniente:</p> <p>-Edad</p> <p>-Género</p> <p>-Tipo de Cáncer</p> <p>-Funcionalidad</p> <p>-Nutrición parenteral</p> <p>-Tratamiento oncológico activo</p>	<p>Tipo de Investigación</p> <p>No experimental, cohorte retrospectivo</p> <p>Unidad de análisis</p> <p>Paciente con obstrucción intestinal maligna en emergencia.</p> <p>Instrumento</p> <p>Ficha de recolección de datos ESAS</p> <p>Técnicas de recolección de Datos</p> <p>Se hará la búsqueda en la base de datos de la Unidad de Soporte de la Enfermedad Crónica, de los pacientes con diagnósticos que cumpla criterios de inclusión y exclusión.</p> <p>Se realizará el llenado de la ficha de recolección de datos</p>

<p>Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins? ¿Cómo es la calidad de vida de los pacientes con obstrucción intestinal maligna sometidos a manejo médico en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins? ¿Cómo es la calidad de vida de los pacientes con obstrucción intestinal maligna sometidos a manejo quirúrgico en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins?</p>	<p>quirúrgico en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins Identificar la calidad de vida de los pacientes con obstrucción intestinal maligna sometidos a manejo médico en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins Identificar la calidad de vida de los pacientes con obstrucción intestinal maligna sometidos a manejo quirúrgico en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins</p>	<p>larga en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins La calidad de vida de los pacientes con obstrucción intestinal maligna sometidos a manejo médico es mejor en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins La calidad de vida de los pacientes con obstrucción intestinal maligna sometidos a manejo quirúrgico es peor en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins</p>		<p>sobre aspectos sociodemográficos y propios del cáncer y la obstrucción intestinal de la historia clínica y de síntomas mediante la escala de evaluación de síntomas de Edmonton (ESAS), la cual será considerada dos evaluaciones con una separación mínima de 24-48 horas, la primera será la basal, la segunda el seguimiento después de manejo médico o quirúrgico. Una vez en el registro, se anotará el tiempo de supervivencia.</p>
--	--	--	--	--

**ANEXO B. OPERACIONALIZACIÓN DE
VARIABLES**

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	TIPO VARIABLE	VALOR FINAL
Manejo Médico	Manejo farmacológico mediante el uso de medicación analgésica, antiemético, antiespasmódico, corticoides, hidratación y uso SNG descompresiva.	En la que se realiza manejo farmacológico, hidratación y/o de uso de sonda nasogástrica a gravedad, sin llegar a la cirugía a	Analgesia:	Uso de tramadol, morfina	Cualitativa Nominal dicotómica	Sí No
			Antiemético	Uso dimenhidrinato, haloperidol, ondansetron		
			Antiespasmódico	Hioscina		
			Glucocorticoides	Dexametasona		
			Hidratación	endovenosa o subcutánea		
		Sonda nasogástrica a gravedad	Presencia o ausencia de la colocación de sonda nasogástrica			
Manejo quirúrgico	Cirugías paliativas como ostomias (ileostomías, colostomía), anastomosis y/o resección intestinal o bypass	En la que se ha realizado cirugías de intensidad paliativa, como ostomía, derivaciones	Ostomía	Ileostomía: conecta el ileon con la pared abdominal	Cualitativa Nominal dicotómica	Sí No
				Colostomía: conecta el colon con la pared abdominal		
			Derivaciones intestinales	Operación que moviliza el asa intestinal obstruida y desvía a otra área intestinal no obstruida, restablecimiento el tránsito intestinal		

Supervivencia Global	Tiempo transcurrido entre la fecha de inicio del tratamiento de la paciente y su muerte o hasta el último control realizado o el fallecimiento del paciente	Tiempo transcurrido entre la fecha de inicio de tratamiento de la paciente y la fecha registrada de muerte o evaluación	Número de días	Número de días desde el diagnóstico hasta la muerte Número de días desde el diagnóstico hasta la última evaluación	Cuantitativa Razón	Numero natural
Calidad de vida	Calidad de vida general definida como el bienestar personal derivado de la satisfacción o insatisfacción con áreas que son importantes para él o ella.	Puntaje obtenido por la escala de ESAS	Basal: Primera evaluación	Se considera mejoría si disminuye de 3 puntos a más del puntaje total o en la escala física si disminuye de 3 puntos a más o en la escala emocional disminuye de 2 punto a más. Si no existiera una disminución del puntaje o aumentara entonces se considerará que no ha habido mejoría.	Cualitativa	Sí
			Seguimiento: Segunda evaluación		Nominal	No
Tipo Cáncer	Nombre dado a las enfermedades en las que hay células anormales que se multiplican sin control y pueden invadir los tejidos cercanos. Las células de	El cáncer diagnosticado mediante imágenes, pudiendo saberse según la localización y el estadio clínico	Localización del cáncer	Abdominal: Páncreas, Estómago, Intestino delgado, Colon, Vesícula Biliar	Cualitativa	Según localización Metástasis
				Extra abdominal: Mama, Pulmón, Próstata	Nominal	
			Histología	Según biopsia del primario o metástasis o no teniendo ninguna	Politómica	

	cáncer también se pueden diseminar hasta otras partes del cuerpo a través del torrente sanguíneo y el sistema linfático		Metástasis	otras metástasis además de la carcinomatosis, pudiendo ser hígado, pulmón, hueso, cerebro, bazo y otros,		
Nutrición Parenteral	La nutrición parenteral es el suministro de nutrientes como: Carbohidratos, proteínas, grasas, vitaminas, minerales y oligoelementos que se aportan al paciente por vía intravenosa	La nutrición parenteral total colocada por vía catéter venoso central o PICC	Coadyuvante al tratamiento quirúrgico	Uso de la NPT previo a la cirugía	Cualitativa Nomina Dicotómica	Sí No
			Coadyuvante al tratamiento médico	Uso de la NPT con intención paliativa, en conjunto con el tratamiento medico		
Funcionalidad	El estado funcional o performance status (PS) de un paciente se define como el nivel de actividad que puede realizar un individuo y su capacidad para autocuidado	La funcionalidad evaluada PPS	PPS	Según el puntaje que varía de 0 a 100	Cualitativa Ordinal	0-100

Tratamiento oncológico activo previo	Tratamiento que se da cuando se diagnostica el cáncer, pudiendo ser cirugía, quimioterapia y/o radioterapia	Tratamiento de quimioterapia neoadyuvante o adyuvante Radioterapia paliativa	Quimioterapia Neoadyuvante Quimioterapia Adyuvante Radioterapia paliativa	Que se da previo a la cirugía Quimioterapia con intención paliativa Que se da con intención paliativa	Cualitativa Nominal Dicotomica	Sí No
Edad	Tiempo de vida de paciente desde el nacimiento hasta la fecha	Tiempo de vida del paciente al momento de la evaluación	-Años cumplidos	18-40 años 41-65 años 66-75 años mayor 75 años	Cuantitativo o razón	Años cumplidos
Género	género está vinculado a la sexualidad y a los valores y conductas que se atribuyen de acuerdo al sexo	Genero del paciente que distingue entre femenino y masculino	-Sexo	Hombre Mujer	Cualitativo Nominal	Femenino Masculino

FICHA DE DATOS

Ficha N°

I. Datos Generales

a) Filiación:

• Género:

Hombre () Mujer ()

• Edad:

18-40 años () 66-75 años ()

41-65 años () mayor 75 años ()

II. Datos de Contenido

b) Funcionalidad: PPS: _____

c) Diagnostico Oncológico:

• Tipo de cáncer según primario: _____

• Metástasis: Sí__ No__ Localización _____

d) Obstrucción intestinal maligna

Tiempo aproximado de inicio de la sintomatología: _____

Antecedente de cirugías previas: Sí () No()

Tipos de cirugía previas: _____

Tipo de Obstrucción:

Un solo nivel () Mecánico () Intrínseco() Extrínseco()

Multinivel () Paralítico: ()

e) Tratamiento establecido:

Quirúrgico: Sí() No ()

Médico: Sí () No ()

Tratamiento Quirúrgico

Tipo de cirugía realizada: _____

Diagnostico postoperatorios:

Días de estancia postoperatoria: _____

Complicaciones postoperatorias: Sí () No()

Hemorragia ()

Infección urinaria()

Infección quirúrgica()

Re obstrucción()

Neumonía()

Otros _____

Uso previo de tratamientos oncológicos activos:

Quimioterapia: Sí () No () Radioterapia: Sí() No()

Uso NPT: Sí () No ()

Motivo inicio: Cirugía () Paliativo ()

Duración: _____

Complicaciones: _____

Retiro: Sí () No ()

Motivo: _____

Mortalidad: Sí() No()

Destino: Alta a domicilio () Falleció en Hospital ()

SUPERVIVENCIA GLOBAL: _____

ESAS: Puntaje

Fechas		
Dolor		
Cansancio		
Náuseas		
Tristeza y depresión		
Nerviosismo, ansiedad		
Somnolencia		
Apetito		
Bienestar		
Dificultad para respirar		
Dificultad para dormir		