



ORIGINAL

Gastrostomía descompresiva para pacientes con obstrucción intestinal maligna: serie de casos

Claudia Jimena Cárdenas Rey^{*1,2}, Juan Esteban Correa-Morales^{1,2}, Luisa Fernanda Rodríguez Campos¹ y Bilen Margarita Molina Arteta²

¹Programa de Dolor y Cuidados Paliativos de la Universidad de la Sabana. Bogotá D.C., Colombia. ²Instituto Nacional de Cancerología. Bogotá D.C., Colombia

Recibido el 5 de junio de 2023

Aceptado el 30 de agosto de 2024

PALABRAS CLAVE

Obstrucción intestinal maligna, gastrostomía descompresiva, fin de vida, cuidados paliativos.

Resumen

Introducción: La obstrucción intestinal maligna es una complicación oncológica frecuente, limita la supervivencia y afecta la calidad de vida de los pacientes. Las opciones de manejo quirúrgico suelen ser más efectivas que las estrategias médicas, pero conllevan una mayor tasa de complicaciones. Consensos recientes proponen la gastrostomía descompresiva percutánea como una alternativa para síntomas refractarios al manejo médico.

Pacientes y métodos: Se llevó a cabo un estudio observacional retrospectivo tipo serie de casos de los pacientes con obstrucción intestinal maligna llevados a gastrostomía descompresiva con intención paliativa, atendidos entre los años 2015 y 2022 en el Instituto Nacional de Cancerología en Bogotá, Colombia. Los pacientes fueron identificados mediante la Clasificación Única de Procedimientos en Salud registrada en las historias clínicas y extraídas de la base de datos del centro oncológico. Para los pacientes que cumplían con los criterios de inclusión, 2 investigadores documentaron las variables sociodemográficas, oncológicas y clínicas extraídas de las historias clínicas.

Resultados: Se revisaron un total de 426 historias clínicas. Se encontraron 3 pacientes con diagnóstico de obstrucción intestinal maligna que recibieron tratamiento quirúrgico paliativo con gastrostomía descompresiva. Los pacientes tenían un rango de edad entre los 27 y los 43 años, a todos se les realizó un abordaje quirúrgico abierto y en promedio recibieron valoración por cuidados paliativos al undécimo día de haber ingresado. Requirieron una dosis promedio de 73 mg de dosis equivalente de morfina oral al día, permanecieron una media de 23 días hospitalizados y fallecieron aproximadamente 14 días después de la intervención.

*Autor para correspondencia:

Claudia Jimena Cárdenas Rey
Instituto Nacional de Cancerología, Cl. 1#9-85, Bogotá, Colombia
Correo electrónico: claudia.cardenas.rey@gmail.com

<http://dx.doi.org/10.20986/medpal.2024.1419/2023>

e-ISSN: 2340-3292/© 2024 Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Publicado por Inspira Network. Todos los derechos reservados.

Conclusión: La obstrucción intestinal maligna es una patología compleja, con una alta carga sintomática para la cual el manejo médico puede no ser suficiente. La gastrostomía descompresiva es un procedimiento poco utilizado que podría ser de gran utilidad si se realiza de manera percutánea en pacientes idóneos.

Decompressive gastrostomy for patients with malignant bowel obstruction: case review

KEYWORDS

Malignant intestinal obstruction, decompressive gastrostomy, end of life, palliative cares.

Abstract

Background: Malignant intestinal obstruction is a common oncological complication; it limits survival and impairs the quality of life of patients. Surgical management options are often more effective than medical strategies but carry a higher complication rate. Recent consensus proposes percutaneous decompressive gastrostomy as an alternative for refractory symptoms to medical management.

Patients and methods: A retrospective observational case series study was conducted on patients with malignant intestinal obstruction who underwent decompressive gastrostomy with palliative intent, and were treated between the years 2015 and 2022 at the National Cancer Institute in Bogotá, Colombia. Patients were identified through the Universal Procedure Point Code registered in medical records and extracted from the oncology center's database. For patients meeting inclusion criteria, sociodemographic, oncological, and clinical variables were documented by 2 investigators based on their medical records.

Results: A total of 426 medical records were reviewed, revealing 3 patients diagnosed with malignant intestinal obstruction who underwent palliative surgical management with decompressive gastrostomy. The patients ranged in age from 27 to 43 years; all underwent open surgical procedures, and on average received palliative care assessment on the eleventh day after admission. They required an average dose of 73 mg of morphine equivalent per day, stayed hospitalized for a mean of 23 days, and succumbed approximately 14 days after the procedure.

Conclusion: Malignant bowel obstruction is a complex pathology with high symptomatic burden. Decompressive gastrostomy is a rarely used procedure in the Global South that may be useful if performed promptly, percutaneously, in patients who want to be treated at home or whose symptoms are refractory to medical management.

Cárdenas Rey CJ, Esteban Correa-Morales J, Rodríguez Campos LF, Molina Arteta BM. Gastrostomía descompresiva para pacientes con obstrucción intestinal maligna: serie de casos. *Med Paliat.* 2024;31:80-86.

INTRODUCCIÓN

La obstrucción intestinal maligna (OIM) se define como la oclusión del lumen intestinal por una neoplasia abdominal o extraabdominal¹. Se presenta globalmente en el 3-15 % de los pacientes con cáncer y conlleva una alta carga sintomática debido a la acumulación de líquido intestinal que produce distensión abdominal, dolor, náuseas y vómito². Las neoplasias de origen abdominal son las que con más frecuencia provocan OIM en este orden: colon (40-25 %), ovario (29-16 %), estómago (19-6 %), páncreas (13-6 %), vejiga urinaria (10-3 %) y endometrio (11-3 %). Las neoplasias extrabdominales como el cáncer de mama y el melanoma también pueden

causar OIM por infiltración peritoneal metastásica. El compromiso de la obstrucción suele distribuirse principalmente en el intestino delgado (61 %), menos frecuentemente en el intestino grueso (33 %) y en algunos casos en ambos (20 %)². En los pacientes con enfermedad avanzada, el 80 % de los casos presentan múltiples niveles de obstrucciones y en el 65 % de los casos se documenta carcinomatosis peritoneal asociada². La supervivencia media en estos pacientes es de 4 a 6 semanas^{1,2}.

La literatura médica identifica 3 pilares de manejo para la OIM: las intervenciones farmacológicas, las intervenciones percutáneas, dentro de las cuales están incluidos los procedimientos endoscópicos, y las intervenciones quirúrgicas³. Las

medidas farmacológicas y la colocación de stent son útiles en aproximadamente el 50 % de los casos para el control de los síntomas de la OIM⁴. En los casos de OIM refractarios a manejo médico, la gastrostomía descompresiva por vía percutánea ha cobrado especial relevancia por su efectividad en el control sintomático (un 90 % en la mayoría de series de casos a los 2,2 días de colocación), por la mejoría en la calidad de vida de los pacientes, por su coste-efectividad y su seguridad²⁻⁶. Pinard y cols. encontraron que la colocación de la gastrostomía descompresiva percutánea en OIM no disminuye la supervivencia de los pacientes y, en cambio, su realización permite un alivio instantáneo y a la vez sostenido de los síntomas^{6,7}. Además, esta técnica quirúrgica ha reportado en los últimos 5 años un aumento en su realización del 35 % en los pacientes con OIM, por agilizar el alta temprana, facilitar el cuidado en domicilio, y por tener menor costo (\$28,872 vs. \$18,528, $p < 0,001$) y menor tasa de complicaciones postoperatorias que los procedimientos derivativos gastrointestinales (46 vs. 69 %; OR 2,5; IC 95 %: 1,8-3,7)^{7,8}. Las guías sobre OIM señalan que el manejo multidisciplinario entre oncólogos, gastroenterólogos oncólogos, cirujanos oncólogos, ginecólogos oncólogos y médicos paliativistas es la piedra angular para la adecuada selección de los pacientes para este procedimiento^{3,4}. Estos lineamientos clínicos están basados en la experiencia de los países del norte global y no necesariamente son un reflejo fidedigno de la práctica clínica en los países del sur global⁴. Este estudio pretende recopilar y describir la experiencia en la atención paliativa de pacientes con OIM a quienes se les realizó gastrostomía descompresiva en un centro especializado en pacientes oncológicos de cuarto nivel entre 2015 y 2022 en Colombia.

PACIENTES Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Estudio epidemiológico observacional tipo serie de casos retrospectivo. Su diseño y conducción fue concertado y supervisado por un grupo de expertos clínicos y metodológicos en cuidados paliativos e investigación. El estudio fue aprobado por el Comité de ética del Instituto Nacional de Cancerología, con el número 0014.

Población de estudio

Se revisaron todas las historias clínicas de pacientes llevados a gastrostomías en el Instituto Nacional de Cancerología (INC) en Bogotá, Colombia, entre enero 2015 y julio 2022, verificando cuántos de estos procedimientos correspondían a un manejo quirúrgico o percutáneo paliativo para la OIM. El presente estudio fue aprobado por el comité de ética institucional del INC y la Universidad de La Sabana. No se requirió consentimiento informado dada la naturaleza del estudio.

Criterios de inclusión y exclusión

Los pacientes fueron incluidos en el estudio si cumplían con cada uno de los siguientes criterios: a) pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de OIM; b) haber sido sometido a gastrostomía descompresiva por vía percutánea o abierta en

el INC; c) recibir valoración en el INC entre el año 2015 y el 2022. Se excluyeron pacientes que tuvieran datos incompletos en la historia clínica o fueran remitidos para continuar su tratamiento médico en otra institución. Dos investigadores revisaron el listado de pacientes recopilados, asegurándose de que cumplieran con los criterios mencionados.

Variables del estudio

Las variables sobre las que se recogió información fueron agrupadas en 3 grupos. El primer grupo está en relación con variables sociodemográficas (edad, género, lugar de residencia, nivel educativo, estrato). El segundo grupo, con variables oncológicas (tipo de tumor, estadio patológico de la enfermedad neoplásica, etiología de la obstrucción, patología metastásica, *Eastern Cooperative Oncology Group* (ECOG)⁹). Y el tercer grupo con variables clínicas (motivo de hospitalización en la que se llevó a cabo la colocación de la gastrostomía, motivo de la gastrostomía descompresiva, servicio tratante, complicaciones secundarias al procedimiento, motivo de interconsulta al servicio de cuidados paliativos y tiempo que transcurre hasta la valoración, tipo de cirugía para la realización de la gastrostomía, mortalidad, readmisión, control sintomático, opioide, dosis efectiva en morfina oral, plan domiciliario).

Recolección de datos

El área de planificación del instituto entregó un listado de todos los pacientes que, durante el tiempo especificado, fueron llevados a gastrostomía por vía quirúrgica o percutánea en el INC de manera programada en el ámbito ambulatorio o por decisión intrahospitalaria; estos fueron identificados por medio de Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS: 431001, 431002, 431003). Cada una de las historias en el listado fue revisada electrónicamente por los investigadores (C.C y J.E.C) para verificar si el procedimiento se había realizado con el fin de dar tratamiento paliativo a un paciente con diagnóstico de OIM o no. En caso de cumplir con los criterios de inclusión, se extrajeron los datos de las historias seleccionadas de manera independiente por ambos investigadores mediante un formulario de Excel con todas las variables del estudio. Se contrastaron ambos registros para garantizar la adecuada identificación de los datos y consolidar un registro único definitivo. En caso de discrepancias, se revisó nuevamente la historia clínica y se deliberó al respecto hasta llegar a un acuerdo. El registro consolidado fue sometido a una tercera y última verificación por un supervisor del INC quien avaló su veracidad y adecuada extracción.

Análisis de datos

Se empleó estadística descriptiva calculada con el programa Excel para presentar las variables cuantitativas tales como: días de hospitalización, tiempo de espera para la valoración por cuidado paliativo, consumo de morfina, tiempo de supervivencia posterior al egreso. Este proceso fue supervisado y verificado por un experto estadístico del INC quien avaló su veracidad.

RESULTADOS

Se revisaron un total de 426 historias clínicas entre el año 2015 y el 2022 de pacientes que fueron llevados a gastrotomía percutánea o abierta en el INC en Bogotá, Colombia. Las 426 historias clínicas corresponden a episodios únicos de pacientes diferentes. Del total identificado, 423 procedimientos fueron excluidos dado que no se realizaron en el contexto de OIM. Ninguna historia clínica fue descartada por falta de datos. Se encontraron 3 pacientes con diagnóstico de OIM en quienes sí se llevó a cabo gastrotomía descompresiva paliativa. Los pacientes tenían un rango de edad entre los 27 y los 43 años, y se caracterizaban por presentar un grado moderado a severo de dependencia funcional, malnutrición y tener un tamizaje positivo para fragilidad. En promedio, recibieron valoración por cuidados paliativos al undécimo día de haber consultado, requirieron una dosis promedio de 73 mg dosis equivalente de morfina oral al día (DEMODO), permanecieron una media de 23 días hospitalizados y fallecieron aproximadamente 14 días posteriores a la colocación de la gastrotomía, la nutrición parenteral fue iniciada por el servicio de gastroenterología previo a los procedimientos quirúrgicos, el servicio de dolor y cuidados paliativos no inició ningún tipo de soporte nutricional en los pacientes analizados. Dado el pequeño número de casos encontrados, a continuación se reporta de manera detallada el manejo que recibió cada paciente. La Tabla 1 presenta las principales características sociodemográficas, oncológicas y clínicas de los 3 pacientes.

Paciente 1

Mujer de 27 años, con diagnóstico de adenocarcinoma del colon izquierdo en estadio IV por compromiso metastásico de duodeno, páncreas, bazo, riñón izquierdo y carcinomatosis peritoneal, el cual comenzó en mayo de 2019 al presentar OIM, que resolvió con manejo médico. No inició tratamiento oncológico propuesto y en junio de 2019 presenta un nuevo episodio de obstrucción intestinal. En la valoración de urgencias, se observa a una paciente con síntomas dados por ansiedad, náuseas intermitentes, emesis fecaloide, distensión abdominal, insomnio, hiporexia y dolor abdominal de características viscerales con intensidad según la escala numérica de dolor (ENA) 8/10; en el examen físico, hay hallazgos de caquexia, deshidratación y desorientación en tiempo. La tomografía de abdomen evidenciaba dilatación de las asas intestinales. Recibió hidratación intravenosa y repleción nutricional por vía parenteral para posteriormente ser llevada a cirugía con el propósito de realizar una derivación tipo gastroyeyunoanastomosis. Intraoperatoriamente, ante el hallazgo del extenso compromiso neoplásico se prefirió realizar una gastrotomía descompresiva la cual no presentó complicaciones inmediatas. Durante su recuperación postoperatoria fue valorada por el servicio de dolor y cuidados paliativos quienes se encargaron de lograr una transición del manejo sintomático intrahospitalario a domicilio con el fin de impactar en su calidad de vida, así como ajuste de medicamentos analgésicos y antieméticos. Se inició manejo por vía subcutánea con hidratación, bromuro de hioscina e hidromorfona con una DEMODO de 75 mg. Posteriormente al procedimiento, la paciente refirió la ENA 2/10, resolución

Tabla 1. Características de los pacientes con obstrucción intestinal.

N.º caso	Edad/Sexo Diagnóstico Funcionalidad	ENA ingreso	ENA egreso	N.º de días de hospitalización	N.º de días desde el ingreso para valoración por cuidado paliativo	DEMODO	Tipo de cirugía	Complicaciones postoperatorias	N.º de días hasta la cirugía desde el ingreso	Tiempo de fallecimiento posterior a cirugía	Tiempo de fallecimiento posterior al egreso
1	27/Femenino Adenocarcinoma de colon con carcinomatosis peritoneal ECOG 3	8/10	2/10	23	1	75 mg	Abierta	Ninguna	21	Se desconoce fecha de muerte	Se desconoce fecha de muerte
2	30/Femenino Adenocarcinoma de apéndice con carcinomatosis peritoneal ECOG 3	9/10	0/10	29	23	108 mg	Abierta	Ninguna	25	15 días	13 días
3	43/Masculino Adenocarcinoma de colon con carcinomatosis peritoneal ECOG 3	7/10	3/10	18	9	36 mg	Abierta	Infección de sitio quirúrgico de tejidos superficiales	9	23 días	11 días

DEMODO: dosis equivalente de morfina oral en un día. ECOG: Eastern Cooperative Oncology Group. ENA: escala numérica de dolor.

de las náuseas y mejoría del patrón del sueño. La paciente egresó en condiciones estables con un plan de atención domiciliaria coordinado por el servicio de cuidado paliativo sin ningún tipo de nutrición.

Paciente 2

Mujer de 30 años, quien en agosto de 2020 fue diagnosticada con un adenocarcinoma de apéndice estadio IV por carcinomatosis peritoneal. El 28 de septiembre de 2020 consulta al servicio de urgencias por presentar síntomas como emesis incoercible, ausencia de deposiciones de varios días y dolor abdominal de características viscerales con intensidad en la ENA 9/10; en el examen físico se evidencia deshidratación y distensión abdominal. El servicio de gastroenterología decide hospitalizar a la paciente ante el resultado de la tomografía de abdomen que mostraba signos de obstrucción intestinal con zona de transición en íleon distal, secundario a extensa carcinomatosis peritoneal. Fue llevada a laparoscopia exploratoria, previo curso de repleción nutricional con soporte parenteral, con el objetivo de realizar ileostomía. El 21 de octubre de 2020 fue llevada a tiempo quirúrgico donde intraoperatoriamente se optó por realizar gastrostomía descompresiva, la cual no presentó complicaciones postoperatorias inmediatas. La paciente fue valorada por el servicio de dolor y cuidados paliativos quienes realizan intervención integral en el manejo sintomático farmacológico y no farmacológico con los objetivos de lograr un alta temprana por lo que recibió manejo vía subcutánea con hidratación cristaloides, bromuro de hioscina, ondansetrón, hidromorfona para una DEMOD de 108 mg, haloperidol y acetaminofén; no requirió de ningún tipo de nutrición. El dolor al egreso según la ENA fue 0/10, acompañado de resolución de los episodios eméticos. La paciente fue dada de alta y vinculada a un plan de atención domiciliaria coordinado por el servicio de cuidado paliativo.

Paciente 3

Hombre de 43 años, quien en septiembre de 2020 fue diagnosticado con un adenocarcinoma de colon derecho en estadio IV por carcinomatosis peritoneal. Se le realizó una hemicolectomía derecha y una anastomosis ileotransversa. Recibió quimioterapia con intención paliativa con capecitabina y oxaliplatino hasta enero de 2021. Consulta en febrero de ese mismo año por presentar síntomas: emesis biliosa, náuseas, dolor abdominal de características viscerales con intensidad en la ENA 7/10, distensión abdominal, y ausencia de flatos y deposiciones. Se colocó una sonda nasogástrica, sin mejoría de síntomas y a pesar del manejo médico, gastroenterología ordenó una tomografía de abdomen que confirmó la sospecha diagnóstica de OIM y se inició nutrición parenteral y se programó una laparotomía para derivación intestinal. Intraoperatoriamente se encontró compromiso peritoneal de los 4 cuadrantes y se optó por realizar gastrostomía descompresiva el 10 de marzo de 2021 sin complicaciones postoperatorias inmediatas. Posterior a procedimiento quirúrgico, el paciente fue valorado por dolor y cuidados paliativos, con el fin de lograr un ajuste sintomático y un egreso temprano colocando un catéter subcutáneo por donde

recibió hidratación, bromuro de hioscina, ondansetrón, haloperidol y morfina para una DEMOD de 36 mg, no siendo candidato a soporte nutricional de ningún tipo. Durante los días posteriores al procedimiento, el paciente tuvo resolución de las náuseas y el vómito, y una mejoría considerable del dolor, el cual fue reportado en la ENA en 3/10. Se documentó que presentaba una infección leve del sitio operatorio para lo cual recibió un ciclo de 7 días de antibioticoterapia y fue valorado por la clínica de heridas. Egresó del hospital vivo, vinculado a un plan domiciliaria coordinado por el servicio de cuidado paliativo.

DISCUSIÓN

Este estudio reporta el uso de gastrostomía descompresiva para pacientes con OIM en el mayor centro oncológico de Colombia. De los aproximadamente 400 pacientes atendidos por OIM en el INC cada año, solo 3 en 8 años recibieron este tratamiento de manera no intencional. La búsqueda exhaustiva en el registro del hospital evidenció que esta intervención rara vez es considerada en su dimensión paliativa por los cirujanos oncológicos. Su uso estuvo limitado a casos en los que el procedimiento programado para el manejo de OIM no fue posible. Sin embargo, una junta interdisciplinaria entre cuidados paliativos y los servicios de cirugía oncológica, que hubiera considerado el historial de obstrucciones previas, la condición clínica, los deseos y el pronóstico vital de los pacientes, podría haber ofrecido alternativas más proporcionales, como la descompresión por vía percutánea. La ausencia de guías por sociedades científicas con indicaciones claras y precisas sobre los beneficios, desenlaces y riesgos de las diferentes intervenciones quirúrgicas y percutáneas es un vacío en la literatura paliativa que requiere ser investigado con prioridad. En los casos reportados, el procedimiento fue viable a pesar de la condición oncológica avanzada, permitió una mejoría de los síntomas refractarios al manejo médico y facilitó la transición de los pacientes a su domicilio. Nuestros hallazgos son acordes con revisiones sistemáticas de más de mil pacientes, en las que la tasa de éxito del procedimiento fue del 91 % y su efectividad en el control sintomático del 95,2 %^{10,11}.

La práctica clínica aquí reportada es una oportunidad de aprendizaje y mejora a la luz de la evidencia internacional. Primero, el servicio de gastroenterología no tuvo como objetivo un abordaje quirúrgico paliativo desde el inicio. Esta omisión condujo al redireccionamiento de la intervención quirúrgica, a la elección subóptima de un abordaje abierto en vez de percutáneo, y a una hospitalización prolongada debido al tiempo de recuperación y al uso de terapias inocuas y costosas, como la repleción nutricional por vía parenteral. La revisión de Olson y cols. evidenció que el manejo paliativo con gastrostomía descompresiva tiene una ventaja por vía percutánea; pero cuando se realiza de manera abierta, la mortalidad aumenta un 32 % y el paciente permanece hospitalizado el 61 % de su tiempo de vida restante¹². Segundo, la elección inadecuada de los pacientes que se encontraban en fin de vida y no fueron reconocidos como tales por el equipo quirúrgico. Series de casos similares han encontrado una supervivencia promedio entre 17 y 74 días en esta población, lo cual resalta la dificultad de la toma de decisiones y la necesidad de un grupo interdisciplinario que lleve a cabo

la elección de los pacientes que pueden beneficiarse con esta intervención¹⁰. Este ejercicio médico de toma de decisiones en pacientes con enfermedad oncológica avanzada, en donde se persigue un beneficio clínico con el procedimiento de la gastrostomía descompresiva, está enmarcado y debe ser guiado por un ejercicio ético donde se tengan presentes las expectativas y prioridades de los pacientes. El bienestar del paciente es uno de los principales objetivos por los cuales se deben buscar opciones terapéuticas que impacten en calidad de vida, y esto se puede evaluar teniendo en cuenta un egreso temprano a su domicilio, posibilidades de uso de dieta confort, evitar reingresos hospitalarios, y disminución de carga sintomática gastrointestinal. Solo así se logrará identificar acertadamente a los pacientes idóneos para recibir esta intervención, tanto en los aspectos médicos prácticos como en los humanos y personales¹³. Es pertinente ahondar sobre este respecto por medio de un estudio cualitativo sobre la percepción de los gastroenterólogos oncológicos para identificar barreras científicas o administrativas que influyan sobre su toma de decisiones. Tercero, la tardía valoración por el equipo de cuidado paliativo que se dio en 2 de los 3 casos. Asimismo, la falta de trabajo interdisciplinario entre ambos servicios para analizar el curso de la enfermedad de los pacientes y haber concertado un mejor plan de manejo a la cirugía abierta.

Nuestro estudio tiene varias limitaciones que se deben considerar. La primera es la naturaleza retrospectiva del mismo y la ausencia de registro de datos en las historias clínicas que nos impidió la caracterización de ciertas variables propuestas en la metodología del estudio. Además, la no existencia de un código CIE-10 específico para OIM conlleva que la búsqueda se haya tenido que llevar a cabo por medio del registro de los procedimientos realizados. Otro diseño hubiera podido usar el código K56 para filtrar por diagnóstico de obstrucción intestinal con el fin de aumentar el número de potenciales pacientes, pero este no aborda el contexto de patología maligna ni el procedimiento de interés. Consideramos que el bajo número de casos encontrados es un resultado en sí mismo, que denota la poca integración y la poca implementación de la gastrostomía descompresiva percutánea como una opción paliativa en Colombia. Tercero, el manejo médico actual disponible en nuestra institución no incluye el octreotido, que según la guía de la Asociación Multinacional de Atención de Apoyo en Cáncer (MASCC) es el medicamento de elección para esta patología. Por tanto, los pacientes aquí reportados con manejo médico refractario no recibieron la primera línea de tratamiento médico y por ello no es posible establecer si el procedimiento quirúrgico estaba plenamente indicado y hasta qué punto podrían haber sido manejados únicamente con el tratamiento farmacológico¹⁴. Las guías actuales recomiendan esta intervención con un nivel de evidencia IV B por vía endoscópica, ya que es menos invasiva, tiene una menor tasa de complicaciones y acarrea menor tiempo quirúrgico¹⁵. La guía no menciona cuáles son los criterios puntuales para considerar el procedimiento en los pacientes con OIM¹⁵. Cuarto, los datos aquí reportados son de un solo centro oncológico y no necesariamente reflejan la experiencia o práctica clínica del país, a pesar de ser un centro oncológico de referencia a nivel nacional. Cinco, las historias clínicas no registraron síntomas psicológicos sobre la imposibilidad de la alimentación, que suele ser una fuente de malestar emocional para

los pacientes y los cuidadores¹⁶. A pesar de estas limitaciones y la pequeña muestra reportada, nuestro estudio resalta la necesidad de un mayor trabajo multidisciplinario, el potencial de la cirugía paliativa para el control sintomático y la brecha en el manejo de la OIM entre los centros oncológicos del norte y el sur global.

CONCLUSIONES

La OIM es una complicación oncológica de mal pronóstico, con alta carga de sufrimiento asociado, y un requerimiento de atención médica multidisciplinaria en el escenario intra-hospitalario y domiciliario. Nuestros datos sugieren que, a pesar de que la gastrostomía percutánea es un procedimiento viable y seguro, en la práctica clínica puede existir una falta de claridad con respecto a su efectividad y a la identificación de los pacientes que se benefician del procedimiento. La descripción de la experiencia en el INC en Colombia es un primer paso para llamar la atención sobre esta área poco investigada del cuidado paliativo, que puede ser una herramienta útil para aliviar el sufrimiento de los pacientes con OIM.

FUENTES DE FINANCIACIÓN

Se trabajó con recursos propios de los autores.

CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores declaran que no tienen conflicto de intereses.

REFERENCIAS

1. Huang X, Xue J, Gao M, Qin Q, Ma T, Li X, et al. Medical management of inoperable malignant bowel obstruction. *Ann Pharmacother*. 2021;55:1134-45.
2. Cárdenas J, Agamez C, Parra S. Obstrucción intestinal maligna. Revisión de tema. *Rev Colomb Cancerol*. 2013;17:77-85.
3. Merchant SJ, Brogly SB, Booth CM, Goldie C, Peng Y, Nanji S, et al. Management of cancer-associated intestinal obstruction in the final year of life. *J Palliat Care*. 2020;35:84-92.
4. Gauvin G, Do-Nguyen CC, Lou J, O'Halloran EA, Selesner LT, Handorf E, et al. Gastrostomy tube for nutrition and malignant bowel obstruction in patients with cancer. *J Natl Compr Canc Netw*. 2021;19:48-56.
5. Lee YC, Jivraj N, O'Brien C, Chawla T, Shlomovitz E, Buchanan S, et al. Malignant bowel obstruction in advanced gynecologic cancers: An updated review from a multidisciplinary perspective. *Obstet Gynecol Int*. 2018;2018:1867238.
6. Bleicher J, Lambert LA, Scaife CL, Colonna A. Current management of malignant bowel obstructions: A survey of acute care surgeons and surgical oncologists. *Trauma Surg Acute Care Open*. 2021;6:e000755.
7. Pinard K-A, Goring TN, Egan BC, Koo DJ. Drainage percutaneous endoscopic gastrostomy for malignant bowel obstruction in gastrointestinal cancers: Prognosis and implications for timing of palliative intervention. *J Palliat Med*. 2017;20:774-8.
8. Suidan RS, He W, Sun CC, Zhao H, Ramondetta LM, Badgwell BD, et al. Treatment patterns, outcomes, and costs for bowel obstruction in ovarian cancer. *Int J Gynecol Cancer*. 2017;27:1350-9.

9. Oken MM, Creech RH, Tormey DC, Horton J, Davis TE, McFadden ET, Carbone PP. Toxicity and response criteria of the Eastern Cooperative Oncology Group. *Am J Clin Oncol*. 1982;5:649-55.
10. Thampy S, Najran P, Mullan D, Laasch H-U. Safety and efficacy of venting gastrostomy in malignant bowel obstruction: A systematic review. *J Palliat Care*. 2020;35:93-102.
11. Peiró I, Milla J, Arribas L, Hurtós L, González-Tampán AR, Bellver M, et al. Venting percutaneous radiologic gastrostomy in malignant bowel obstruction: safety and effectiveness in a comprehensive cancer centre. *BMJ Support Palliat Care*. 2022;13(e851):e851-4.
12. Olson TJP, Pinkerton C, Brasel KJ, Schwarze ML. Palliative surgery for malignant bowel obstruction from carcinomatosis A systematic review. *JAMA Surg*. 2014;149:383-92.
13. Schofield G, Dittborn M, Huxtable R, Brangan E, Selman LE. Real-world ethics in palliative care: A systematic review of the ethical challenges reported by specialist palliative care practitioners in their clinical practice. *Palliat Med*. 2021;35:315-34.
14. Davis M, Hui D, Davies A, Ripamonti C, Capela A, DeFeo G, et al. Medical management of malignant bowel obstruction in patients with advanced cancer: 2021 MASCC guideline update. *Support Care Cancer*. 2021;29:8089-96.
15. Madariaga A, Lau J, Ghoshal A, Dzierżanowski T, Larkin P, Sobocki J, et al. MASCC multidisciplinary evidence-based recommendations for the management of malignant bowel obstruction in advanced cancer. *Support Care Cancer*. 2022;30:4711-28.
16. Amano K, Baracos VE, Hopkinson JB. Integration of palliative, supportive, and nutritional care to alleviate eating-related distress among advanced cancer patients with cachexia and their family members. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2019;143:117-23.