



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

SISTEMA DE POSGRADO

**ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS**

TEMA:

**“Factores determinantes de la supervivencia en pacientes
con obstrucción intestinal maligna en cuidados paliativos”**

AUTORA:

Estrella Lima Adriana Elizabeth

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
ESPECIALISTA EN CUIDADOS PALIATIVOS**

TUTOR:

Dra. Bonilla Sierra Patricia

Guayaquil, Ecuador

26 de mayo 2025



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Estrella Lima Adriana Elizabeth**, como requerimiento para la obtención del título de **Especialista en Cuidados Paliativos**.

TUTOR (A)

f. _____
Dra. Patricia Bonilla Sierra

DIRECTORA DEL POSGRADO

f. _____
Dra. Mariana Vallejo Martínez

Guayaquil, a los 26 días del mes de mayo del año 2025



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Adriana Elizabeth Estrella Lima**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, “**Factores determinantes de la supervivencia en pacientes con obstrucción intestinal maligna en cuidados paliativos**” previo a la obtención del título de **Especialista en Cuidados Paliativos**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 26 días del mes de mayo del año 2025

LA AUTORA:

f. _____
Adriana Elizabeth Estrella Lima



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS

AUTORIZACIÓN

Yo, **Adriana Elizabeth Estrella Lima**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, “**Factores determinantes de la supervivencia en pacientes con obstrucción intestinal maligna en cuidados paliativos**”, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 26 días del mes de mayo del año 2025

LA AUTORA:

f. _____
Adriana Elizabeth Estrella Lima

REPORTE COMPILATIO



Factores determinantes de la supervivencia en pacientes con obstrucción intestinal maligna en cuidados paliativos



Nombre del documento: Factores determinantes de la supervivencia en pacientes con obstrucción intestinal maligna en cuidados paliativos.pdf
ID del documento: 9600466a5b81bac8b1542883b9149b6d38ac49cb
Tamaño del documento original: 2,29 MB

Depositante: Mariana Concepción Vallejo Martínez
Fecha de depósito: 6/6/2025
Tipo de carga: Interface
Fecha de fin de análisis: 6/6/2025

Número de palabras: 16,393
Número de caracteres: 117,417

Ubicación de las similitudes en el documento:



Agradecimiento

A la Dra. Mariana Vallejo Martínez, por su respaldo constante y la confianza depositada en mí a lo largo de este proceso.

A la Dra. Patricia Bonilla Sierra, por su dirección y guía, no solo como directora de este trabajo de titulación, sino también como docente a lo largo de toda mi formación.

A mis compañeros posgradistas, por compartir este camino de aprendizaje y por los lazos de amistad contruidos durante esta etapa.

A SOLCA, a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, y a todos quienes han contribuido en mi formación, compartiendo su experiencia y demostrando su apoyo en cada etapa del proceso.

Cada uno ha sido parte importante para alcanzar este logro, y por ello les expreso mi sincero agradecimiento.

Dedicatoria

A mi esposo, Luis Javier, por acompañarme en cada paso y sostenerme con amor y paciencia.

A mi hija, Noelia Margarita, luz y mayor inspiración; eres y serás siempre mi impulso para seguir adelante.

A mis padres, primer ejemplo de esfuerzo y dedicación; gracias por enseñarme el valor del trabajo y la vocación de servicio. Sin su apoyo, este logro no habría sido posible.

A todos ustedes, con gratitud, dedico este logro, porque su presencia hizo este camino posible.

Índice

RESUMEN.....	XIV
ABSTRACT	XV
INTRODUCCIÓN.....	1
FORMULACION DEL PROBLEMA.....	2
OBJETIVOS	2
MARCO TEORICO	3
1. Antecedentes de la investigación	3
1.1. Antecedentes Internacionales	3
1.2. Antecedentes Nacionales.....	3
2. Obstrucción Intestinal Maligna (OIM)	4
3.1. Definición	4
3.2. Epidemiología	4
3.3. Fisiopatología.....	5
3.4. Presentación clínica	5
3.5. Diagnóstico	6
3.6. Tratamiento.....	7
3.6.1. Manejo Farmacológico	7
3.6.2. Manejo Quirúrgico	9
3.6.3. Otras medidas no farmacológicas	10
4. Cuidados paliativos y su relación con la OIM	11
4.1. Definición de cuidados paliativos	11

4.2.	Principios de los cuidados paliativos.....	11
4.3.	Impacto en la calidad de vida	12
4.4.	Planificación anticipada de cuidados (PAC).....	12
METODOLOGIA.....		14
RESULTADOS		18
1.	Características de la población	18
1.1.	Características sociodemográficas	18
1.2.	Estado funcional y nutricional	18
1.3.	Comorbilidad	20
1.4.	Características oncológicas	20
1.5.	Tipo de Obstrucción intestinal.....	21
2.	Supervivencia global	22
2.1.	Supervivencia según características demográficas	24
2.2.	Supervivencia según estado funcional y nutricional.....	27
2.3.	Supervivencia según comorbilidad según Índice de Charlson	29
2.4.	Supervivencia según características oncológicas	31
2.5.	Supervivencia según tipo de obstrucción intestinal.....	35
2.6.	Supervivencia según rangos clínicos de parámetros de laboratorio al ingreso	36
3.	Supervivencia y factores terapéuticos asociados	42
3.1.	Intervenciones terapéuticas realizadas.....	42
3.2.	Supervivencia asociada a intervenciones terapéuticas	44
3.3.	Eventos posteriores a las intervenciones en obstrucción Intestinal maligna	48

DISCUSIÓN.....	50
CONCLUSIONES	54
RECOMENDACIONES.....	55
BIBLIOGRAFÍA.....	56
GLOSARIO DE ABREVIATURAS.....	61
ANEXOS	62

Índice de tablas

Tabla 1. Operacionalización de variables	15
Tabla 2. Factores demográficos de la muestra en estudio	18
Tabla 3: Palliative performance Scale, índice de masa corporal y albúmina sérica al ingreso	18
Tabla 4. Comorbilidad según índice de Charlson	20
Tabla 5: Sitio primario y tratamientos recibidos previamente	20
Tabla 6: Tipo y lugar de la obstrucción intestinal maligna	22
Tabla 7. Media y mediana de supervivencia (días) desde el diagnóstico de la OIM.....	22
Tabla 8. Supervivencia acumulada a 30, 60 y 90 días según Kaplan-Meier	23
Tabla 9. Medias y medianas para el tiempo de supervivencia por grupo etario	24
Tabla 10. Prueba de igualdad de distribuciones de supervivencia para los distintos niveles de Rango de Edad.....	24
Tabla 11. Medias y medianas para el tiempo de supervivencia por sexo	26
Tabla 12. Prueba de igualdad de distribuciones de supervivencia para los distintos niveles de Sexo	26
Tabla 13. Supervivencia mediana según estado funcional y nutricional.....	28
Tabla 14. Correlación de Spearman entre la supervivencia (días) y los parámetros funcionales-nutricionales	29
Tabla 15. Medias y medianas para el tiempo de supervivencia según comorbilidad	30
Tabla 16. Prueba de igualdad de distribuciones de supervivencia para los distintos niveles de Comorbilidad según índice de Charlson.....	30

Tabla 17. Supervivencia mediana según tipo y sitio primario del tumor	31
Tabla 18. Supervivencia mediana y prueba log-rank según características oncológicas y tratamientos recibidos antes de la obstrucción intestinal maligna	32
Tabla 19. Asociación entre factores demográficos y clínicos con el riesgo de mortalidad según análisis de Cox multivariado	34
Tabla 20. Supervivencia mediana según grado y localización anatómica de la obstrucción intestinal maligna (prueba log-Rank)	36
Tabla 21. Supervivencia mediana según rangos clínicos de parámetros de laboratorio en pacientes con obstrucción intestinal maligna (prueba log-Rank)	36
Tabla 22. Asociación entre parámetros de laboratorio y riesgo de mortalidad según análisis de Cox multivariado.....	40
Tabla 23: Distribución de intervenciones y tratamientos según edad y sexo	42
Tabla 24. Mediana de supervivencia y prueba Log-Rank según intervenciones terapéuticas en pacientes con obstrucción intestinal maligna	44
Tabla 25. Restitución de tránsito intestinal y cirugía paliativa	46
Tabla 26. Asociación entre intervenciones terapéuticas y riesgo de mortalidad según análisis de Cox multivariado.....	47
Tabla 27. Eventos posteriores a las intervenciones en obstrucción Intestinal maligna.....	48

Índice de Gráficos

Gráfico 1. Curva de supervivencia global estimada por el método de Kaplan-Meier	23
Gráfico 2. Curva Kaplan Meier de supervivencia en OIM por grupo etario ...	25
Gráfico 3. Curva Kaplan Meier de supervivencia en OIM por sexo	27

Gráfico 4. Curvas Kaplan-Meier de supervivencia en OIM, estratificadas por categorías de índice de masa corporal (IMC)	28
Gráfico 5. Curvas Kaplan-Meier de supervivencia en OIM, estratificadas por categorías de comorbilidad según índice de Charlson	30
Gráfico 6. Función de supervivencia (Kaplan–Meier) estratificada por sitio primario del tumor	32
Gráfico 7. Supervivencia acumulada en pacientes con OIM según antecedente de quimioterapia	33
Gráfico 8. Forest plot del modelo de regresión de Cox multivariado de factores clínicos y demográficos asociados a la supervivencia	35
Gráfico 9. Curva Kaplan Meier de supervivencia según conteo leucocitario	38
Gráfico 10. Curva Kaplan Meier de supervivencia según porcentaje linfocitario	39
Gráfico 11. Curva Kaplan Meier de supervivencia según niveles de urea sérica	40
Gráfico 12. Forest plot del modelo de regresión de Cox multivariado de parámetros de Laboratorio.....	41
Gráfico 13. Curvas de Kaplan-Meier de supervivencia según restitución de tránsito intestinal.....	45
Gráfico 14. Forest plot del modelo de regresión de Cox multivariado de intervenciones terapéuticas	47
Gráfico 15. Flujograma de inclusión y exclusión de historias clínicas	66

RESUMEN

La obstrucción intestinal maligna (OIM) constituye una complicación frecuente en pacientes con cáncer avanzado, generando alta carga sintomática y reducida supervivencia. Este estudio tuvo como objetivo identificar los factores clínicos, demográficos y terapéuticos asociados a la supervivencia de pacientes con OIM atendidos en hospitalización paliativa del Instituto Oncológico Nacional SOLCA Guayaquil, entre octubre de 2020 y enero de 2025. Se realizó un estudio observacional, retrospectivo y analítico, basado en el análisis de 85 historias clínicas. La mediana de supervivencia fue de 18 días. La linfopenia y uremia elevada se asociaron con menor supervivencia. La quimioterapia previa y la restitución del tránsito intestinal mostraron relación significativa con mayor supervivencia, al igual que el uso de opioides. La cirugía paliativa redujo el riesgo de mortalidad, mientras que los corticoides se asociaron con mayor riesgo. El índice de masa corporal en rango de sobrepeso y un mejor estado funcional (medido por PPS) también se correlacionaron con mayor supervivencia. Estos hallazgos resaltan la importancia de una evaluación integral que incluya variables clínicas y funcionales para individualizar el abordaje terapéutico en pacientes con OIM en cuidados paliativos.

Palabras clave: Obstrucción intestinal maligna; Cuidados paliativos; Supervivencia; Cirugía paliativa; Pronóstico; Índice de masa corporal; funcionalidad.

ABSTRACT

Malignant bowel obstruction (MBO) is a common complication in patients with advanced cancer, associated with high symptom burden and limited survival. This study aimed to identify clinical, demographic, and therapeutic factors associated with survival in patients with MBO treated in the palliative care unit at the National Oncology Institute SOLCA Guayaquil, from October 2020 to January 2025. An observational, retrospective, analytical study was conducted using data from 85 medical records. Median survival was 18 days. Lymphopenia and elevated urea levels were linked to poorer survival. Previous chemotherapy and restoration of bowel transit were significantly associated with longer survival, as was opioid use. Palliative surgery reduced the risk of mortality, while corticosteroid use was linked to higher risk. A body mass index in the overweight range and better functional status (measured by PPS) were also positively correlated with longer survival. These findings emphasize the relevance of comprehensive assessments that integrate clinical and functional variables to personalize therapeutic strategies in patients with MBO receiving palliative care.

Keywords: Malignant bowel obstruction; Palliative care; Survival; Palliative surgery; Prognosis; Body mass index; functionality.

INTRODUCCIÓN

La Obstrucción Intestinal Maligna (OIM) es un estado clínico adverso frecuente en pacientes con enfermedad oncológica avanzada, mayoritariamente de origen gastrointestinal y ginecológico, con una incidencia global que varía entre el 3 y el 15% [1]. Los síntomas referidos habitualmente incluyen náuseas, vómitos, ausencia de evacuaciones, distensión y dolor abdominal severo, que afectan de manera negativa la calidad de vida y limitan las opciones terapéuticas [2,3].

En pacientes con cáncer avanzado, la indicación de cirugía debe evaluarse cuidadosamente debido a la alta tasa de mortalidad y morbilidad quirúrgica. La esperanza de vida de los pacientes con OIM inoperable es corta, con una tasa de supervivencia media no mayor a 4 semanas. Entre los factores que intervienen en el estado oclusivo se describen la edad avanzada, la desnutrición previa, la oclusión en múltiples niveles, la enfermedad metastásica extra abdominal, la ascitis, el estado funcional deteriorado, el tratamiento recibido, entre otros [4].

Determinar el manejo de OIM en cuidados paliativos puede ser complejo y debe ser pensado cuidadosamente de forma individual dependiendo del estado clínico, la extensión de la enfermedad o las expectativas de cuidado del paciente o su familia [5]. Se han identificado algunas intervenciones, que incluyen medidas conservadoras como el uso de corticosteroides o derivados de la somatostatina, hasta procedimientos más invasivos como cirugías paliativas; sin embargo, estas estrategias y su efectividad aún se encuentran en estudio, ya que, según la evidencia actual, sus beneficios en la supervivencia pueden ser limitados en ciertos casos [6,7].

La OIM compromete la funcionalidad, con un gran impacto en la calidad de vida del paciente, y familia [4]. En la fase avanzada de la enfermedad, el abordaje debe orientarse hacia el alivio del sufrimiento y la mejora de la calidad de vida. En este contexto, la valoración paliativa integral, basada en

un enfoque multidimensional (físico, psicológico, social y espiritual), es esencial para establecer planes de tratamiento centrados en el paciente y sus objetivos de cuidado [3], [8]. Pese a su relevancia clínica, existe una heterogeneidad considerable en el manejo de la OIM en cuidados paliativos, lo cual se traduce en variaciones significativas en la supervivencia, los síntomas y la toma de decisiones médicas. Identificar los factores que influyen en la supervivencia de estos pacientes puede proporcionar evidencia clave para mejorar las estrategias terapéuticas, optimizar el uso de recursos en las unidades de cuidados paliativos y diseñar protocolos clínicos más eficientes y personalizados [9].

FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Cómo influyen los factores demográficos, clínicos y terapéuticos en la supervivencia de los pacientes con obstrucción intestinal maligna que reciben atención en Hospitalización Paliativa del Instituto Oncológico Nacional “Dr. Juan Tanca Marengo” SOLCA – Guayaquil, ¿desde octubre de 2020 a enero de 2025?

OBJETIVOS

Objetivo general:

Determinar los factores que influyen en la supervivencia global de los pacientes con obstrucción intestinal maligna en cuidados paliativos.

Objetivos Específicos:

1. Identificar factores demográficos y clínicos que influyen en la supervivencia de este grupo de pacientes
2. Evaluar el impacto de las intervenciones terapéuticas en la supervivencia.
3. Determinar la influencia del estado nutricional y funcional en la supervivencia.

MARCO TEORICO

1. Antecedentes de la investigación

1.1. Antecedentes Internacionales

La incidencia y mortalidad asociadas al cáncer están experimentando un incremento acelerado a nivel global en los últimos años. Se calcula que durante el año 2020 se identificaron 19,3 millones de casos nuevos de cáncer y alrededor de 10,0 millones de fallecimientos asociados a esta causa. Se anticipa que la incidencia global de cáncer ascenderá a 28,4 millones de casos en 2040, lo que representa un incremento del 47% en comparación con 2020[10].

En las Américas, el cáncer constituye uno de los principales factores de mortalidad. En el año 2022, produjo 1,4 millones de fallecimientos, con un 45,1% correspondiente a individuos de 69 años o menores. Se calculó que la incidencia de cáncer ascendió a 4,2 millones en 2022 y se anticipa un incremento hasta alcanzar los 6,7 millones en el año 2045 [11].

1.2. Antecedentes Nacionales

En 2020, Ecuador registró 29.273 casos nuevos de cáncer. De ellos, 76.062 son prevalentes y 15.123 pacientes fallecieron. El cáncer de mama, próstata, colon o recto, estómago, tiroides, cuello uterino, linfoma no Hodgkin, leucemia, pulmón, hígado son los diez principales tipos de esta enfermedad en la población ecuatoriana. En relación a mortalidad los primeros en la lista son el cáncer de mama, próstata y cuello uterino, según datos de Globocan, de la Organización Mundial de la Salud [12].

En 2020 se registraron 29.273 casos nuevos y 76.062 son prevalentes, es decir, llevan aproximadamente 5 años de padecimiento, pero recién son detectados. En el año 2019, se registraron 16.851 muertes derivadas del

cáncer, siendo el cáncer de estómago, próstata, pulmón, colon y cérvix los más comunes. Respecto al total de defunciones, el cáncer representó un 22.3% del total de fallecimientos a nivel nacional. En 2021, 15.123 pacientes fallecieron por cáncer [13].

2. Obstrucción Intestinal Maligna (OIM)

3.1. Definición

La obstrucción intestinal maligna (OIM) se define de manera general como una obstrucción mecánica, funcional y/o radiológica del intestino que ocurre en relación con un cáncer primario o metastásico que ya se conoce, ya sea dentro del abdomen, en la parte posterior del abdomen o en la pelvis[14].

A partir del informe del Subcomité de Protocolo Clínico de la Conferencia Internacional sobre OIM sobre el establecimiento de ensayos clínicos para OIM, se propuso la siguiente definición para garantizar un diagnóstico preciso para la comparación de resultados [14]:

- a) evidencia clínica de una obstrucción intestinal a través de la historia clínica, el examen físico o el examen radiográfico;
- b) obstrucción intestinal más allá del ligamento de Treitz;
- c) cáncer primario intraabdominal con enfermedad incurable; o,
- d) cáncer primario no intraabdominal con enfermedad intraperitoneal[14].

3.2. Epidemiología

La OIM afecta entre el 10% y el 30% de los pacientes con neoplasias malignas avanzadas gastrointestinales y hasta el 60% de aquellos con neoplasias malignas ginecológicas de forma más prevalente en cáncer de ovario, presagiando un mal pronóstico. Con menor frecuencia, las lesiones metastásicas de cánceres extraabdominales (mama, pulmón, melanoma) también pueden causar OIM. En pacientes con enfermedad obstructiva inoperable, la supervivencia media es de 4 a 5 semanas, mientras que en

pacientes aptos para cirugía y con detección temprana, es de 8 a 10 meses [15]. La OIM se presenta con mayor incidencia en el intestino delgado en un 64% en comparación con el intestino grueso, que representa el 20% [16].

3.3. Fisiopatología

Las OIM pueden ser de origen mecánico o funcional, la obstrucción mecánica, a su vez, se puede categorizar en dos grupos: intrínsecas o extrínsecas. Las obstrucciones intrínsecas tienden a ser el resultado de una lesión intraluminal originada en la pared intestinal y pueden manifestarse tras intervenciones quirúrgicas por estenosis debido a la cicatrización, la radioterapia o una perfusión insuficiente en las anastomosis. En contraste, las obstrucciones extrínsecas son consecuencia de una compresión intestinal derivada de metástasis peritoneales, implantes tumorales, invasión de neoplasias extraintestinales o el desarrollo de neoplasias originarias de otros órganos [5]. Mientras que, la obstrucción funcional que resulta en una disfunción motriz puede ser el producto de la infiltración tumoral en el plexo nervioso entérico [15].

A pesar del mecanismo inicial, la OIM a menudo induce un ciclo que se autoperpetúa. La persistente distensión intestinal propicia la acumulación de líquidos y gases en la vía intraluminal, lo que incrementa la presión endoluminal y las contracciones peristálticas, y, de mayor relevancia, induce la liberación de mediadores inflamatorios, vasoactivos y nociceptivos. La hiperemia y el edema derivados de la pared intestinal propician la hipersecreción y la acumulación de líquidos, lo que subsecuentemente intensifica la distensión intestinal[15].

3.4. Presentación clínica

La OIM comúnmente se distingue por un síndrome clínico de intolerancia a la vía oral caracterizado por náuseas, vómitos y/o dolor abdominal en el marco de una neoplasia maligna abdominopélvica primaria y/o metastásica identificada, con o sin evidencia radiográfica correlacionada de obstrucción

intestinal; y, el patrón de presentación clínica está determinado por el sitio de obstrucción [14].

Las obstrucciones en el intestino delgado con frecuencia se manifiestan con cólicos abdominales, dolor y náuseas. El aumento de las secreciones gastrointestinales y la acumulación de gas pueden causar distensión, intolerancia oral y vómitos biliosos en fases avanzadas. La pérdida excesiva de líquidos puede llevar a un desequilibrio metabólico con hipocloremia e hipocalemia [5].

Por otro lado, las obstrucciones en el intestino grueso pueden presentarse con síntomas similares a los del intestino delgado, pero con una evolución más insidiosa. Los pacientes pueden experimentar dolor abdominal progresivo, distensión, reducción del calibre de las heces y estreñimiento. En casos avanzados, la obstrucción completa puede generar vómitos fecaloides [5].

El grado de severidad influye en la sintomatología: las obstrucciones leves pueden presentar solo dolor y cólicos, mientras que las más severas generan síntomas más intensos y riesgo de complicaciones graves como isquemia mesentérica, perforación intestinal, peritonitis o sepsis [5].

Esta sintomatología provoca la incapacidad para alimentarse, afectando la absorción de nutrientes, lo que conduce a un deterioro más significativo del estado nutricional. Las repercusiones de esta desnutrición constituyen el motivo de fallecimiento en el 10 al 20% de los pacientes diagnosticados con cáncer [17].

3.5. Diagnóstico

El diagnóstico de OIM se basa principalmente en pruebas radiológicas junto con un historial médico conocido. La radiografía simple de abdomen realizada en posición de pie utilizando medio de contraste puede revelar el lugar y el grado de oclusión, la distensión del asa intestinal proximal con presencia de niveles hidroaéreos es un referente habitual en los estudios de imagen para

el diagnóstico. Por otro lado, la tomografía computarizada tiene la capacidad de alcanzar una especificidad significativamente superior (100%) para determinar el nivel de obstrucción [1].

El diagnóstico requiere además una evaluación paliativa multidimensional que integre los síntomas físicos, emocionales, sociales y espirituales [8]. La valoración funcional se realiza mediante escalas como índice de Karnofsky o el Palliative Performance Scale lo que permite estimar la capacidad del paciente para tolerar determinadas intervenciones y orientar la planificación de cuidados [18]. Asimismo, existen otras herramientas pronósticas como el PapScore, Palliative Pronostic Index, Henry Score que contribuyen a predecir la mortalidad a corto plazo facilitando decisiones terapéuticas [6,19]. Este abordaje requiere la intervención activa del equipo interdisciplinario y una toma de decisiones centrada en el paciente, donde se priorice su calidad de vida [2].

3.6. Tratamiento

El abordaje terapéutico de la OIM se encuentra condicionado por diversos factores, entre los que se incluyen las preferencias y metas del paciente, su estado funcional y factores pronósticos como la cantidad de puntos de obstrucción, la presencia de ascitis o carcinomatosis, así como otras comorbilidades. Las alternativas de manejo oscilan entre intervenciones quirúrgicas hasta tratamiento conservador o farmacológico [16].

3.6.1. Manejo Farmacológico

De acuerdo a los mecanismos fisiopatológicos propuestos, se sugiere que una combinación de agentes propulsores o procinéticos, antiinflamatorios se asocia con mejoría clínica en pacientes con OIM[20].

Analgésicos: El manejo del dolor moderado a severo en paciente con OIM se basa principalmente en el uso de opioides y la morfina es el fármaco de elección. La hidromorfona y el fentanilo son otras alternativas, siendo el

fentanilo el que menos estreñimiento provoca, pero que no reemplaza a la morfina como tratamiento de primera línea. El uso de opioides, según estudios, no ha mostrado un impacto negativo sobre la tasa de resolución de la OIM[2].

Antieméticos: Los anti dopaminérgicos son ampliamente utilizados para controlar las náuseas y los vómitos. La metoclopramida se prescribe como fármaco de elección en casos de obstrucción incompleta por sus efectos procinéticos; sin embargo, su uso no está recomendado en obstrucción completa debido a que puede agravar el dolor abdominal y aumentar el riesgo de perforación. El haloperidol y las fenotiazinas (levomepromazina y clorpromazina) también son útiles para manejar esta sintomatología en Cuidados Paliativos, se prefiere el haloperidol por ocasionar menos somnolencia y efectos secundarios[2,20].

Corticosteroides: tienen un efecto antiemético posiblemente de acción central, antiinflamatorio al reducir el edema peritumoral y de la pared intestinal y como coadyuvantes en la analgesia. La dexametasona es un medicamento esencial en la terapia para la OIM, al combinarse con otros fármacos como metoclopramida u octreotide, mejora el tránsito intestinal y controla síntomas como náuseas y dolor [2,21].

Antisecretores: Los anticolinérgicos, como n-butil-bromuro de hioscina, son frecuentemente utilizados como antisecretores, antiespasmódicos y antieméticos; se prefiere ante la escopolamina debido a su menor costo relativo y menor incidencia de efectos secundarios centrales. El Octreotide es un análogo de la somatostatina que tiene un papel importante en la recuperación del tránsito intestinal y funciona inhibiendo la secreción del péptido intestinal vasoactivo, lo que le permite reducir secreciones gástricas y pancreáticas, así como la motilidad y el contenido intestinal favoreciendo la absorción de agua y electrolitos y es el fármaco de elección para el tratamiento de la OIM[2,21]. Otros agentes, como los Inhibidores de la bomba de protones (IBPs) y la ranitidina, reducen las secreciones gástricas. La ranitidina se

considera un antagonico H2 útil en el tratamiento de la OIM, demostrando ser efectiva en comparación con los IBPs [2].

Se puede complementar el manejo con fluidoterapia o nutrición parenteral según el caso [2]. Este soporte nutricional parenteral, en pacientes con enfermedad oncológica avanzada en fase terminal, es muy controvertida dado el escaso beneficio que ofrece. Sin embargo, puede ser de utilidad en centros donde su uso está disponible, o en domicilio, tomando en cuenta criterios clínicos como: esperanza de vida mayor a 3 meses, aceptable estado funcional y adecuadas condiciones sociofamiliares [19].

3.6.2. Manejo Quirúrgico

Las intervenciones quirúrgicas y procedimentales deben ser meticulosamente evaluadas y adaptadas a las necesidades de cada paciente [22]. A pesar de que la cirugía continúa siendo la modalidad terapéutica principal para ciertos pacientes con OIM su consideración debe ser cautelosa, particularmente en aquellos que presentan indicadores pronósticos adversos como carcinomatosis peritoneal, estado funcional comprometido y ascitis extensa [6]. La colaboración entre equipos interdisciplinarios especializados es fundamental para la optimización del cuidado del paciente y conseguir resultados positivos en la obstrucción intestinal maligna [8].

La finalidad del tratamiento quirúrgico en el contexto de la OIM es esencialmente paliativa y busca lograr alivio de la obstrucción, controlar síntomas, permitir reiniciar la ingesta oral si es posible y en algunos casos recibir tratamiento oncoespecífico paliativo [6].

Las técnicas quirúrgicas descritas incluyen:

- Resección de la obstrucción indicada cuando se identifica un segmento intestinal único obstruido con márgenes resecables [1,23].
- Derivaciones o Bypass donde se realizan anastomosis por encima y debajo del punto obstruido evitando la resección por riesgo [23,24].

- Ostomías para permitir la descompresión de la obstrucción y aliviar la sintomatología, es útil en afectaciones de gran extensión [6,23].
- Otros procedimientos complementarios como liberación de adherencias, drenaje de ascitis masiva, biopsias [2,6].

Las opciones para los pacientes que no son candidatos a cirugía incluyen medidas menos invasivas como la descompresión a través de una sonda nasogástrica o la colocación de una gastrostomía por vía endoscópica [22,25].

3.6.3. Otras medidas no farmacológicas

En el contexto paliativo de la OIM, donde la vía oral suele estar contraindicada y el acceso venoso puede ser difícil, la hipodermocclisis o hidratación subcutánea podría considerarse como una opción segura y eficaz para mantener un aporte hídrico mínimo [26]. Aunque la evidencia es limitada, se presenta como una alternativa útil en el control de síntomas como la deshidratación, el delirium y la fatiga, sin interferir con el confort del paciente al final de la vida [26,27].

Otra medida frecuentemente utilizada para evitar la exacerbación de síntomas es el ayuno terapéutico, o suspensión de la ingesta oral. Este accionar forma parte de un abordaje paliativo enfocado en el confort cuando la alimentación no aporta beneficio clínico significativo. Su aplicación debe ir acompañada de una adecuada comunicación con el paciente y la familia, asegurando que se comprenden los objetivos del cuidado y se respeten las preferencias de la persona [19].

Los cuidados de confort son esenciales para aliviar el sufrimiento y los síntomas asociados a la OIM. Incluyen medidas como higiene, cuidados de la boca y de la piel, cambios de posición, acompañamiento emocional y espiritual, priorizando la dignidad y el bienestar del paciente en etapas avanzadas de la enfermedad adaptadas a sus necesidades individuales y sus preferencias, para garantizar una atención integral y humanizada [1,19].

4. Cuidados paliativos y su relación con la OIM

4.1. Definición de cuidados paliativos

Según la definición consensuada de cuidados paliativos propuesta por la IAHPC 2020, estos se refieren a “la asistencia activa, holística, de personas de todas las edades con sufrimiento grave relacionado con la salud debido a una enfermedad severa, y especialmente de quienes están cerca del final de la vida. Su objetivo es mejorar la calidad de vida de los pacientes, sus familias y sus cuidadores” [28].

4.2. Principios de los cuidados paliativos

La atención paliativa, que se ofrece de forma integral a pacientes con enfermedades amenazantes para la vida y sus familias, está centrada en la prevención y alivio del sufrimiento a través de la identificación oportuna, evaluación exhaustiva y manejo del dolor y otros síntomas tanto físicos, psicosociales y espirituales. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), estos cuidados se deben ofrecer tan pronto como se diagnostique la enfermedad grave y no solo en fases avanzadas o terminales, priorizando el confort y la dignidad del paciente [8,29].

Para un abordaje integral, holístico y centrado en la persona, se requiere de un equipo multidisciplinario para atender las necesidades multidimensionales en el paciente con OIM. Es importante discutir de manera clara el pronóstico, las alternativas terapéuticas y los objetivos de cuidado permitiendo al paciente participar en la toma de decisiones fortaleciendo su autonomía [8].

La OIM se asocia con una supervivencia limitada que oscila entre uno y cuatro meses [23]. Factores como la presencia de ascitis, carcinomatosis peritoneal, hipoalbuminemia, leucocitosis y la obstrucción intestinal completa han demostrado estar asociados a mayor mortalidad a corto plazo [30]. En este sentido, también es importante utilizar escalas pronósticas validadas como IK, PPI, HS, entre otras [6]. Utilizar estas herramientas e identificar factores de

mal pronóstico es fundamental para orientar las decisiones y evitar intervenciones fútiles [30].

4.3. Impacto en la calidad de vida

La calidad de vida relacionada con la salud es una valoración subjetiva individual de la vida como buena o satisfactoria, no asociada exclusivamente a la ausencia de enfermedad y es el principal resultado de las intervenciones de cuidados paliativos [18,31].

Debido a su alta carga sintomática, la OIM afecta significativamente la calidad de vida (CV) y puede persistir durante varias semanas o meses hasta su fallecimiento [32]. En este sentido, la OMS y otros organismos internacionales, han definido el sufrimiento grave relacionado con la salud como *“aquel sufrimiento físico o emocional asociado a una enfermedad o lesión que no puede aliviarse sin intervención profesional, y que compromete gravemente el bienestar físico, psicológico, social o espiritual de la persona”* [29]. Al elegir un tratamiento con el objetivo de mejorar la CV, se deben considerar diversos factores como el estado nutricional, la extensión de la enfermedad oncológica, la edad, los antecedentes de radioterapia o quimioterapia, las expectativas terapéuticas, las comorbilidades, la situación económica y la tolerancia a los medicamentos [17,32].

4.4. Planificación anticipada de cuidados (PAC)

El propósito de la planificación anticipada es asegurar que las personas con enfermedades crónicas avanzadas reciban atención médica y cuidados acorde a sus preferencias. La PAC tiene un impacto positivo en la calidad de la atención sobre todo al final de la vida y contribuye a la disminución de ingresos hospitalarios y a una mejor adaptación de los cuidadores o familias a la pérdida de un ser querido [33].

Esta planificación es especialmente relevante para alinear los objetivos terapéuticos con la situación clínica y evitar intervenciones fútiles [34]. El

pronóstico estimado en pacientes con OIM, pese a ser inexacto, podría determinar qué procedimientos son clínicamente aceptados [8].

Una PAC bien implementada respeta la autonomía del paciente, disminuye la aparición de conflictos éticos al permitir obtener sus preferencias en etapas tempranas y orientar las decisiones según sus deseos y valores [35]. Este proceso debe incluir discusiones sobre los objetivos de cuidado, tratamientos deseados o rechazados y la designación de representantes legales [21].

Son diversos los dilemas éticos que plantea la OIM en pacientes con cáncer avanzado, especialmente cuando el pronóstico es limitado y la opciones terapéuticas son principalmente paliativas [36]. Se debe entonces, considerar la proporcionalidad de las intervenciones médicas propuestas, evitando la obstinación terapéutica, es decir, tratamientos fútiles que prolonguen el sufrimiento y no representen un beneficio significativo. La limitación del esfuerzo terapéutico representa una práctica ética y compasiva, sustentada en los principios de beneficencia y no maleficencia [8,36].

En este contexto, la comunicación efectiva adquiere un rol principal entre el equipo de salud interdisciplinario, el paciente y la familia. Esta comunicación debe ser clara, empática, sensible, continua, teniendo en cuenta las expectativas temores y necesidades emocionales de todos los participantes y que favorezca la toma de decisiones informadas, humanas y coherentes con el final de la vida [16,36].

METODOLOGIA

1. Diseño del estudio

Se realizó un estudio observacional, analítico, retrospectivo de cohorte única basado en la revisión de historias clínicas electrónicas. El período de estudio estuvo comprendido entre el 1 de octubre de 2020 hasta el 31 de enero de 2025.

2. Lugar y población de estudio

El trabajo tuvo lugar en área de Hospitalización de Cuidados Paliativos (HCP), del Instituto Oncológico Nacional “Dr. Juan Tanca Marengo” SOLCA – Guayaquil (Ecuador).

El universo estuvo constituido por todos los pacientes atendidos con diagnóstico de obstrucción intestinal maligna (OIM) durante el período de estudio.

3. Criterios de elegibilidad

Inclusión:

- Edad $\geq$ 18 años.
- Confirmación clínica y/o radiológica de OIM secundaria a cáncer gastrointestinal o ginecológico avanzado sin opción de tratamiento curativo.
- Registro completo de las variables de interés.

Exclusión:

- Obstrucción intestinal de causa no oncológica o benigna.
- Historias clínicas con información crucial incompleta.

4. Recolección y manejo de datos

La información clínica fue solicitada formalmente al Departamento de Estadística de SOLCA-Guayaquil, el cual facilitó el listado de historias electrónicas correspondientes a pacientes con cáncer gastrointestinal o ginecológico atendidos en el área de HCP entre octubre 2020 y enero 2025. Tras aplicar los criterios de elegibilidad, los expedientes seleccionados se revisaron en detalle y sus variables se registraron en un formulario estructurado de Microsoft Forms diseñado ad hoc.

Finalizada la recolección, la base resultante se descargó en formato Excel, se anonimizó y se envió nuevamente al Departamento de Estadística para la autorización institucional del uso de datos con fines de investigación. Una vez concedida la aprobación, el archivo se convirtió a formato “.sav” y se almacenó en un directorio seguro para su análisis con IBM SPSS Statistics, versión 30.0.0.0 (172).

4.1. Variables recogidas

Tabla 1. Operacionalización de variables

Variable	Indicador	Unidades, Categorías o Valor Final	Tipo/Escala
<i>Variable dependiente, de respuesta o de supervisión*</i>			
Supervivencia	Días	Días	Númerica
<i>Variables independientes, predictivas o asociadas*</i>			
Demográficas	Sexo	Hombre Mujer	Nominal
	Edad	18-39 40-59 60-79 Mas de 80	Númerica
Clínicas	Diagnostico oncológico primario	Gastrointestinal Ginecológico	Nominal
	Índice de Charlson	Ausencia de comorbilidad Comorbilidad baja Comorbilidad alta	Nominal
Parámetros de laboratorio	Leucocitos células/ μ L	3.999 o menos 4,000 - 11,000 11.1001 o mas	Númerica
	Neutrófilos	49% o menos	Númerica
	Porcentaje del total de leucocitos.	50 -70% 71% o mas	Númerica
	Linfocitos	19% o menos	
	Porcentaje del total de leucocitos.	20-40% 41% o mas	

		Creatinina mg/dL	0.5 o menos 0.6 - 1.3 1.4 o más	Numérica
		Urea mg/dL	9 o menos 10 - 50 51 o más	Numérica
		Bilirrubina total mg/dL	0.1 - 1.2 1.3 o más	Numérica
		Bilirrubina Directa mg/dL	0 - 0.3 0.4 o más	Numérica
		Bilirrubina Indirecta mg/dL	0.1 - 1.0 1.1 o más	Numérica
		TGO U/L	9 o menos 10 - 40 41 o más	Numérica
		TGP U/L	6 o menos 7 - 56 57 o más	Numérica
		Albúmina g/dL.	3.4 o menos 3.5 - 5.0 5.1 o más	Numérica
		Proteínas totales g/dL.	5.9 o menos 6.0 - 8.3 8.4 o más	Numérica
Parámetros clínicos		Ascitis	Si No	Nominal
		Carcinomatosis	Si No	Nominal
		Obstrucción completa	Si No	Nominal
		Lugar de obstrucción	I. Grueso I. Delgado	Nominal
		Número de intervenciones quirúrgicas anteriores	1-2 3-4 5 o más	Numérica
		Quimioterapia	Si No	Nominal
		Radioterapia	Si No	Nominal
Funcionalidad		PPS	0-30 40-	Numérica
Estado nutricional		IMC	Menor 18 18 - 25 25 -30 Mas de 30	Numérica
Intervenciones farmacológicas	no	Sonda nasogástrica	Si No	Nominal
Intervenciones Terapéuticas		Cirugía Paliativa	Si No	Nominal
		Terapia farmacológica	Corticoides Antieméticos Enemas Laxantes orales	Nominal
		Terapia analgésica	Opioides Anticolinérgicos	Nominal
Evolución de la patología		Restitución del tránsito intestinal	Si No	Nominal
		Nueva obstrucción intestinal	Si No	Nominal

Lugar de fallecimiento	Domicilio Hospital Otro	Nominal
------------------------	-------------------------------	---------

FUENTE: Investigación directa (2025)
ELABORACIÓN: La autora

5. Análisis estadístico

Se describieron las variables demográficas, clínicas y terapéuticas mediante frecuencias, porcentajes, medias o medianas según correspondiera. La supervivencia se estimó mediante curvas de Kaplan Meier y se compararon los grupos con la prueba de rango logarítmico. Para identificar factores independientes asociados al riesgo de mortalidad se ajustó un modelo de riesgos proporcionales de Cox; se reportaron Hazard Ratios (HR) e intervalos de confianza al 95%. Además, se evaluó la relación entre la supervivencia en días y el estado funcional (PPS), el índice de masa corporal y la albúmina sérica mediante correlación de Spearman. Todos los análisis se realizaron en IBM SPSS Statistics v 30.0.0.0 (172); se aceptó $p < 0,05$ como significativo.

6. Consideraciones éticas

Los datos fueron codificados, se preservó la confidencialidad siguiendo la Declaración de Helsinki (última revisión 2013) y las normas ecuatorianas vigentes.

RESULTADOS

1. Características de la población

La muestra, tomando en cuenta la población objetivo con la que se trabajó presenta las siguientes características:

1.1. Características sociodemográficas

Tabla 2. Factores demográficos de la muestra en estudio

Variables	Frecuencia	Porcentaje
Edad		
18 a 39 años	11	12,9
40 a 59 años	36	42,3
60 a 79 años	36	42,3
80 años y más	2	2,4
Total	85	100,0
Promedio		56,3
Mediana		56
Mínimo		20
Máximo		88
Sexo		
Hombre	25	29,4
Mujer	60	70,6
Total	85	100,0

FUENTE: Investigación directa (2025)

ELABORACIÓN: La autora

La muestra estuvo conformada por 85 pacientes con una edad promedio de 56,3 años (rango 20-88); la distribución por rangos etarios mostró una concentración en los grupos de 40-59 y 60-79 años (42,4 % cada uno). Solo el 2,4 % superaba los 80 años. Predominó el sexo femenino (70,6 %).

1.2. Estado funcional y nutricional

Tabla 3: Palliative performance Scale, índice de masa corporal y albúmina sérica al ingreso

Variables	Frecuencia	Porcentaje
Funcionalidad según Palliative Performance Scale		
10 - 40	44	51,76
50 - 70	40	47,06
80 - 100	1	1,18
Total	85	100,00

Índice de masa corporal		
18 o menos	45	52,94
19 a 25	31	36,47
26 a 30	8	9,41
31 o más	1	1,18
Total	85	100,00
Albúmina Sérica		
<2,5 g/dL	27	31,80
2,5 – 3,4 g/dL	43	50,60
>3,5 g/dL	15	17,6
Total	85	100,00
Media		2,86
Desviación estándar		0,68
Mediana		2,83
Mínimo		1,2
Máximo		4,8

FUENTE: Investigación directa (2025)

ELABORACIÓN: La autora

De los 85 pacientes con obstrucción intestinal maligna incluidos en el estudio, la funcionalidad medida mediante la escala Palliative Performance Scale (PPS) mostró que la mayoría (51,8 %) presentó puntuaciones entre 10 y 40, que corresponde a pacientes en cama más del 50 % del día, con escasa capacidad para el autocuidado y un pronóstico generalmente limitado.

En cuanto al índice de masa corporal (IMC), se evidenció un perfil predominantemente desnutrido: el 52,9 % mostró un IMC ≤ 18 kg/m². El 36,5 % presentó un IMC dentro del rango normal (19-25 kg/m²), mientras que los niveles de sobrepeso (26-30 kg/m²) y obesidad (≥ 31 kg/m²) fueron poco frecuentes, representando el 9,4 % y el 1,2 % de la muestra, respectivamente.

Respecto a los niveles de albúmina sérica, el 31,8 % de los pacientes presentó valores inferiores a 2,5 g/dL, correspondiente a hipoalbuminemia severa, indicativa de mal estado nutricional o inflamación sistémica marcada. El 50,6 % se ubicó en el rango de 2,5 a 3,4 g/dL, como hipoalbuminemia moderada. Solo el 17,6 % presentó valores superiores a 3,5 g/dL, considerados dentro del rango normal de albúmina sérica.

El valor medio fue de 2,86 g/dL, con una mediana de 2,83 g/dL, y una desviación estándar de 0,68 g/dL, lo que indica una dispersión moderada de

los datos. Los valores individuales oscilaron entre 1,2 g/dL (mínimo) y 4,8 g/dL (máximo).

1.3. Comorbilidad

Tabla 4. Comorbilidad según índice de Charlson

Variables	Frecuencia	Porcentaje
Comorbilidad según Índice de Charlson		
6 – 9 (alta)	66	77,6
10 – 13 (muy alta)	19	22,4
Total	85	100

FUENTE: Investigación directa (2025)

ELABORACIÓN: La autora

En conjunto, la totalidad de los casos (N = 85) se ubicó en los rangos alto o muy alto de comorbilidad, sin presencia de categorías bajas o ausentes. Se observó que 66 pacientes (77,6%) presentaron puntajes entre 6 y 9, correspondientes al estrato de comorbilidad alta, mientras que los 19 pacientes restantes (22,4%) alcanzaron puntajes 10-13, que se categorizaron como comorbilidad muy alta.

1.4. Características oncológicas

Tabla 5: Sitio primario y tratamientos recibidos previamente

Variables	Frecuencia	Porcentaje
Diagnóstico oncológico (sitio primario)		
Estómago	17	20,00
Colon	17	20,00
Recto y ano	9	10,60
Páncreas	4	4,70
Duodeno	3	3,50
Hígado y vías biliares	3	3,50
Otros digestivos	1	1,20
Cérvix	15	17,65
Ovario	9	10,60
Endometrio	7	8,20
Total	85	100,00
Tipo de tumor		
Gastrointestinal	54	65,53
Ginecológico	31	36,47
Total	85	100,00

Ascitis		
Si	61	71,76
No	24	28,24
Total	85	100,00
Carcinomatosis		
Si	74	87,06
No	11	12,94
Total	85	100,00
Quimioterapia		
Si	69	81,18
No	16	18,82
Total	85	100,00
Radioterapia		
Si	33	38,82
No	52	75,58
Total	85	100,00
Intervenciones Quirúrgicas previas		
Ninguna	16	18,82
1 - 2	60	71,76
3 - 4	9	10,59
Total	85	100,00

FUENTE: Investigación directa (2025)

ELABORACIÓN: La autora

El diagnóstico oncológico primario más frecuente fue el cáncer de estómago y de colon, ambos con una prevalencia del 20,0%, seguidos por los tumores de cérvix (17,65%), recto, ano y ovario (10,6%) y endometrio (8,2%). En términos de agrupación por tipo, el 62,4 % de los tumores fueron de origen gastrointestinal y el 37,6% ginecológicos. Respecto a la presencia de ascitis, se identificó en el 71,8% de los pacientes y de carcinomatosis en el 87,1 % de los casos.

En cuanto al tratamiento oncológico recibido, el 81,2% de los pacientes recibió quimioterapia, el 38,8% radioterapia y el 71,76% de los pacientes había sido sometido a entre una y dos intervenciones quirúrgicas previas.

1.5. Tipo de Obstrucción intestinal

Tabla 6: Tipo y lugar de la obstrucción intestinal maligna

Variables	Frecuencia	Porcentaje
Obstrucción completa		
Si	52	61,18
No	33	38,82
Total	85	100,00
Lugar de obstrucción		
Intestino delgado	25	29,41
Intestino grueso	34	40,00
Ambas	26	30,59
Total	85	100,00

FUENTE: Investigación directa (2025)

ELABORACIÓN: La autora

El 61,2 % de los pacientes presentó obstrucción intestinal completa, mientras que el 38,8 % tuvo una obstrucción parcial. En cuanto al lugar de la obstrucción, el 40,0 % correspondió al intestino grueso, el 29,4 % al intestino delgado y el 30,6 % presentó compromiso de ambos segmentos.

2. Supervivencia global

El cálculo de los días vividos desde el diagnóstico de la obstrucción intestinal maligna (OIM) hasta el fallecimiento o última valoración arrojó los siguientes resultados:

Tabla 7. Media y mediana de supervivencia (días) desde el diagnóstico de la OIM

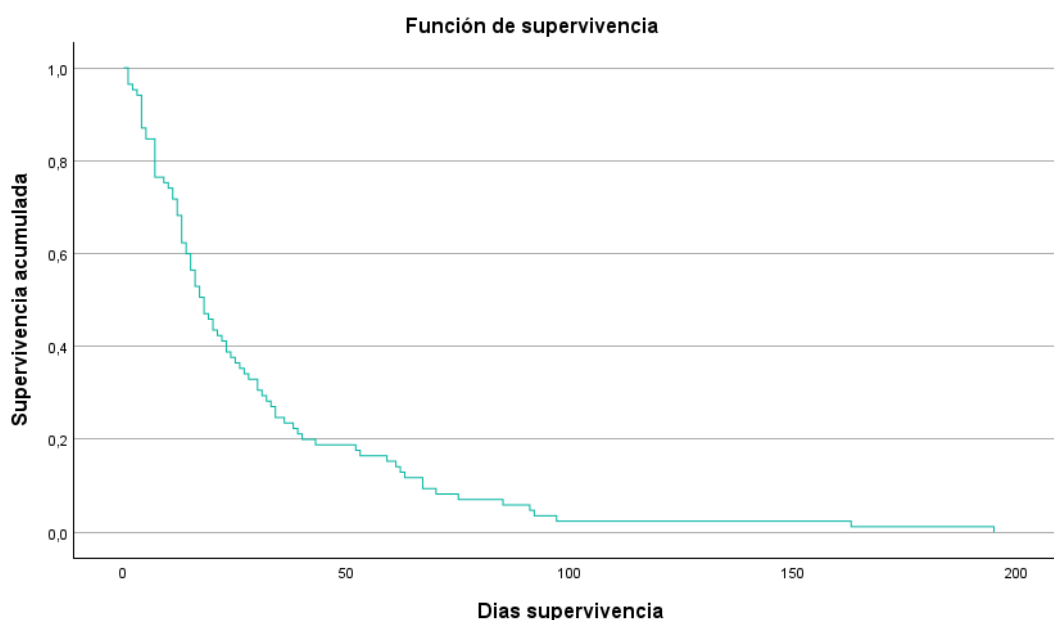
Media ^a				Mediana			
Estimación	Desv. Error	Intervalo de confianza de 95 %		Estimación	Desv. Error	Intervalo de confianza de 95 %	
		Límite inferior	Límite superior			Límite inferior	Límite superior
29,318	3,589	22,283	36,352	18,000	2,092	13,900	22,100

^a. La estimación está limitada al tiempo de supervivencia más largo, si está censurado.

FUENTE: Investigación directa (2025)

ELABORACIÓN: La autora

Gráfico 1. Curva de supervivencia global estimada por el método de Kaplan-Meier



FUENTE: Investigación directa (2025)

ELABORACIÓN: La autora

Se observa una caída rápida de la función de supervivencia en los primeros días posteriores al diagnóstico de obstrucción intestinal maligna, con una mediana de supervivencia de 18 días (IC 95%: 13,9 – 22,1) y una media de 29,3 días (IC 95%: 22,3 – 36,4). La mayoría de los eventos ocurrieron dentro de los primeros 30 días

Tabla 8. Supervivencia acumulada a 30, 60 y 90 días según Kaplan-Meier

Tiempo (días)	Supervivencia acumulada	Error estándar
30	30,6 %	±5,0 %
60	15,3 %	±3,9 %
90	4,7 %	±2,3 %

FUENTE: Investigación directa (2025)

ELABORACIÓN: La autora

La supervivencia acumulada estimada mediante el método de Kaplan-Meier mostró un importante descenso durante los primeros meses posteriores al diagnóstico de la obstrucción intestinal maligna. A los 30 días, la supervivencia fue del 30,6 % (±5 %), reduciéndose al 15,3 % (±3,9 %) a los 60 días, y al 4,7 % (±2,3 %) a los 90 días.

2.1. Supervivencia según características demográficas

Tabla 9. Medias y medianas para el tiempo de supervivencia por grupo etario

Rango de Edad	Media ^a				Mediana			
	Estimación	Desv. Error	Intervalo de confianza de 95 %		Estimación	Desv. Error	Intervalo de confianza de 95 %	
			Límite inferior	Límite superior			Límite inferior	Límite superior
18 a 39 años	33,4545	6,1161	21,4670	45,4421	30,0000	4,9543	20,2895	39,7105
40 a 59 años	24,2222	3,9318	16,5159	31,9285	15,0000	3,0000	9,1200	20,8800
60 a 79 años	29,9167	6,2402	17,6858	42,1475	16,0000	2,2500	11,5900	20,4100
80 años y más	87,5000	75,5000	0,0000	235,4800	12,0000			
Global	29,3176	3,5889	22,2834	36,3519	18,0000	2,0917	13,9002	22,0998

a. La estimación está limitada al tiempo de supervivencia más largo, si está censurado.

FUENTE: Investigación directa (2025)

ELABORACIÓN: La autora

Tabla 10. Prueba de igualdad de distribuciones de supervivencia para los distintos niveles de Rango de Edad.

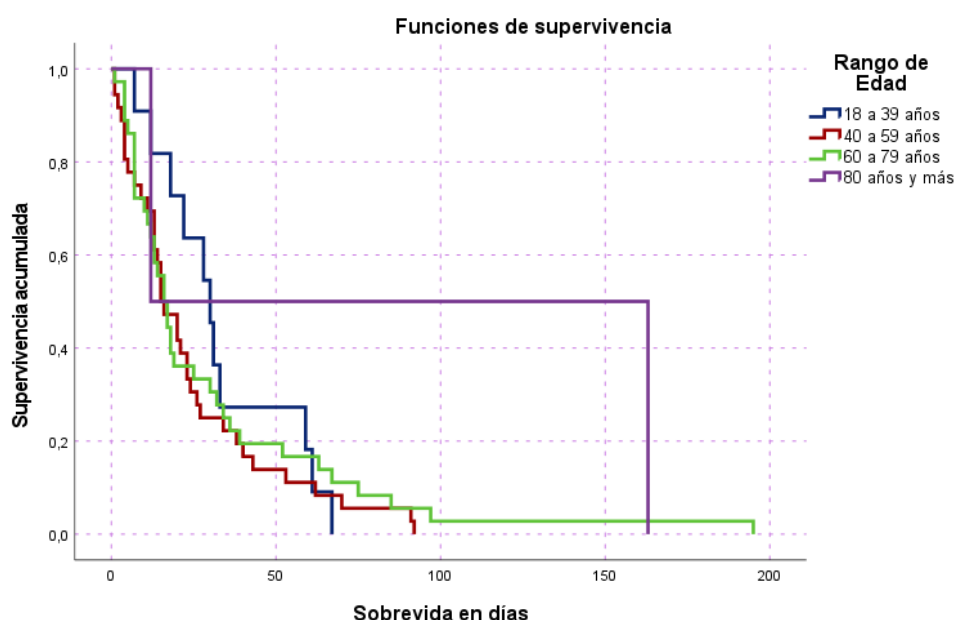
Comparaciones globales			
	Chi-cuadrado	gl	Sig.
Log Rank (Mantel-Cox)	2,533	3	0,469

FUENTE: Investigación directa (2025)

ELABORACIÓN: La autora

Al estratificar por edad, como se muestra en la tabla 7 se observaron medianas de 30 días (IC 20,3-39,7) para 18-39 años, 15 días (IC 9,1-20,9) para 40-59 años, 16 días (IC 11,6-20,4) para 60-79 años y 12 días para el grupo de ≥ 80 años. Las medias correspondientes fueron $33,5 \pm 5,0$; $24,2 \pm 3,0$; $29,9 \pm 2,3$ y $87,5$ días, respectivamente. La comparación entre curvas no evidenció diferencias estadísticamente significativas (Log-Rank $\chi^2 = 2,53$; gl = 3; p = 0,469).

Gráfico 2. Curva Kaplan Meier de supervivencia en OIM por grupo etario



FUENTE: Investigación directa (2025)

ELABORACIÓN: La autora

Las cuatro curvas presentan un descenso significativo en los primeros 10–15 días, reflejando una mortalidad temprana elevada. La pendiente inicial es algo menos pronunciada en el grupo de 18-39 años, lo que se traduce en una probabilidad de supervivencia ligeramente mayor durante las primeras cuatro semanas (supervivencia a 30 días $\approx$ 45%). A partir del día 35 las curvas de 40-59 años y 60-79 años se superponen casi por completo, con supervivencias a 60 días próximas al 20 %. El grupo $\geq$ 80 años, pese a su escaso tamaño muestral ($n = 2$), exhibe la mayor variabilidad: un paciente fallece de forma temprana, mientras que el otro prolonga la curva hasta cerca de los 90 días, originando un tramo final horizontal que explica su media elevada. No se observan cruces entre curvas, pero las bandas de confianza se solapan ampliamente, lo que concuerda con la ausencia de significación estadística en la prueba de Log-Rank ($\chi^2 = 2,53$; $p = 0,469$).

Tabla 11. Medias y medianas para el tiempo de supervivencia por sexo

Sexo	Media ^a				Mediana			
	Estimación	Desv. Error	Intervalo de confianza de 95 %		Estimación	Desv. Error	Intervalo de confianza de 95 %	
			Límite inferior	Límite superior			Límite inferior	Límite superior
Hombre	40,4400	9,5023	21,8155	59,0645	30,0000	11,6573	7,1516	52,8484
Mujer	24,6833	3,0720	18,6623	30,7044	16,0000	1,9365	12,2045	19,7955
Global	29,3176	3,5889	22,2834	36,3519	18,0000	2,0917	13,9002	22,0998

a. La estimación está limitada al tiempo de supervivencia más largo, si está censurado.

FUENTE: Investigación directa (2025)

ELABORACIÓN: La autora

Tabla 12. Prueba de igualdad de distribuciones de supervivencia para los distintos niveles de Sexo

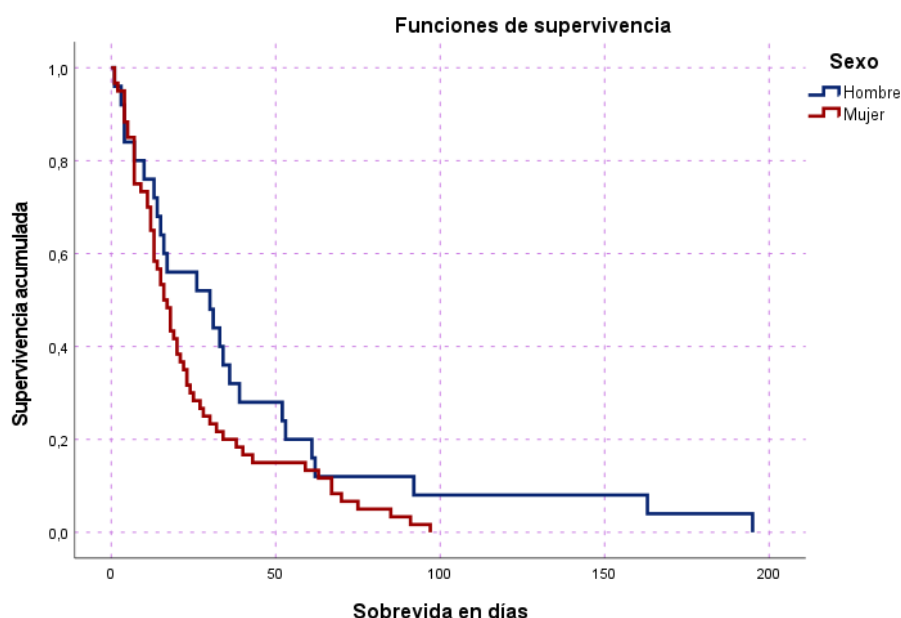
Comparaciones globales			
	Chi-cuadrado	gl	Sig.
Log Rank (Mantel-Cox)	2,769	1	0,096

FUENTE: Investigación directa (2025)

ELABORACIÓN: La autora

Según el sexo, los hombres presentaron una mediana de supervivencia de 30 días (IC 7,2-52,8) y una media de $40,4 \pm 11,7$ días, mientras que las mujeres mostraron una mediana de 16 días (IC 12,2-19,8) y una media de $24,7 \pm 1,9$ días. La prueba de Log-Rank no alcanzó significancia ($\chi^2 = 2,77$; gl = 1; p = 0,096).

Gráfico 3. Curva Kaplan Meier de supervivencia en OIM por sexo



FUENTE: Investigación directa (2025)

ELABORACIÓN: La autora

Las curvas de hombres y mujeres comparten una caída inicial pronunciada; sin embargo, a partir del día 20 la curva masculina mantiene un declive más lento, de modo que su supervivencia a 30 días ronda el 50%, frente al 35% en mujeres. Esta brecha se amplía discretamente hasta el día 60, momento en el cual la probabilidad de vida en hombres se aproxima al 25% y en mujeres al 15%. Las bandas de confianza de ambos grupos se solapan durante todo el seguimiento, especialmente después de los 50 días, indicando considerable incertidumbre y explicando la no significancia del Log-Rank ($\chi^2 = 2,77$; $p = 0,096$).

2.2. Supervivencia según estado funcional y nutricional

Tabla 13. Supervivencia mediana según estado funcional y nutricional

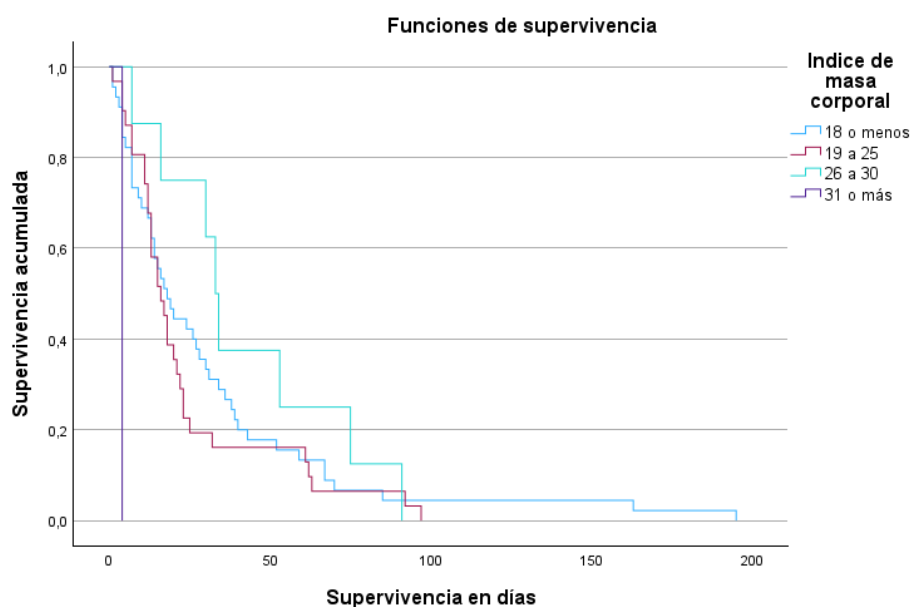
Rango	n	Mediana supervivencia	χ² log-rank	p valor
Funcionalidad según Palliative Performance Scale				
10 - 40	44	13	2,143	0,343
50 - 70	40	22		
80 - 100	1	53		
Estado Nutricional según índice de masa corporal				
18 o menos	45	18	7,975	0,047
19 - 25	31	16		
26 - 30	8	33		
31 o más	1	4		
Albúmina				
<2.5 g/dL	27	15	2,900	0,089
2.5–3.4 g/dL	42	18		
≥3.5 g/dL	16	17		

FUENTE: Investigación directa (2025)

ELABORACIÓN: La autora

En el análisis univariado, el estado nutricional medido por IMC mostró asociación significativa con la supervivencia ($\chi^2 = 7,98$; $p = 0,047$), destacando un incremento de la mediana a 33 días en pacientes con IMC 26-30 kg/m². Ni el nivel de Albúmina (< 2,5 g/dL vs ≥ 3,5 g/dL) ni la funcionalidad basal (PPS) alcanzaron significación estadística

Gráfico 4. Curvas Kaplan-Meier de supervivencia en OIM, estratificadas por categorías de índice de masa corporal (IMC)



FUENTE: Investigación directa (2025)

ELABORACIÓN: La autora

La categoría sobrepeso moderado mostró la curva más prolongada, mientras que desnutrición y obesidad severa presentaron menor supervivencia.

Tabla 14. Correlación de Spearman entre la supervivencia (días) y los parámetros funcionales-nutricionales

		Sobrevida en días	Funcionalidad	Índice de masa corporal	Albúmina
Rho de Spearman	Sobrevida en días	Coeficiente de correlación	1,000	,259*	0,041
		Sig. (bilateral)	-	0,017	0,710
		N	85	85	85
	Funcionalidad	Coeficiente de correlación	,259*	1,000	-0,033
		Sig. (bilateral)	0,017	-	0,763
		N	85	85	85
	Índice de masa corporal	Coeficiente de correlación	0,041	-0,033	1,000
		Sig. (bilateral)	0,710	0,763	-
		N	85	85	85
	Albúmina	Coeficiente de correlación	0,120	0,131	0,091
		Sig. (bilateral)	0,275	0,232	0,409
		N	85	85	85

FUENTE: Investigación directa (2025)

ELABORACIÓN: La autora

Por otro lado, a través de correlación de Spearman, se encontró una correlación positiva, aunque débil, entre la supervivencia y la funcionalidad basal medida por el Palliative Performance Scale ($\rho = 0,259$; $p = 0,017$), lo que indica que mayores niveles de funcionalidad se relacionaron con un mayor tiempo de sobrevida. Con este método, ni el índice de masa corporal ($\rho = 0,041$; $p = 0,710$) ni la albúmina sérica ($\rho = 0,120$; $p = 0,275$) mostraron asociaciones estadísticamente significativas con la supervivencia.

2.3. Supervivencia según comorbilidad según Índice de Charlson

Tabla 15. Medias y medianas para el tiempo de supervivencia según comorbilidad

Índice de Charlson	Media ^a				Mediana			
	Estimación	Desv. Error	Límite inferior	Límite superior	Estimación	Desv. Error	Límite inferior	Límite superior
10 - 13 (muy alta)	44,211	12,569	19,576	68,845	21,000	7,980	5,359	36,641
6 - 9 (alta)	25,030	2,753	19,635	30,426	17,000	2,031	13,019	20,981
Global	29,318	3,589	22,283	36,352	18,000	2,092	13,900	22,100

FUENTE: Investigación directa (2025)

ELABORACIÓN: La autora

Los pacientes con comorbilidad muy alta (Charlson 10-13; n = 19) presentaron una mediana de 21 días (IC 95 %: 5,4–36,6) y una media de $44,2 \pm 12,6$ días. En contraste, quienes se ubicaron en el estrato de comorbilidad alta (Charlson 6-9; n = 66) mostraron una mediana de 17 días (IC 95 %: 13,0–21,0) y una media de $25,0 \pm 2,8$ días.

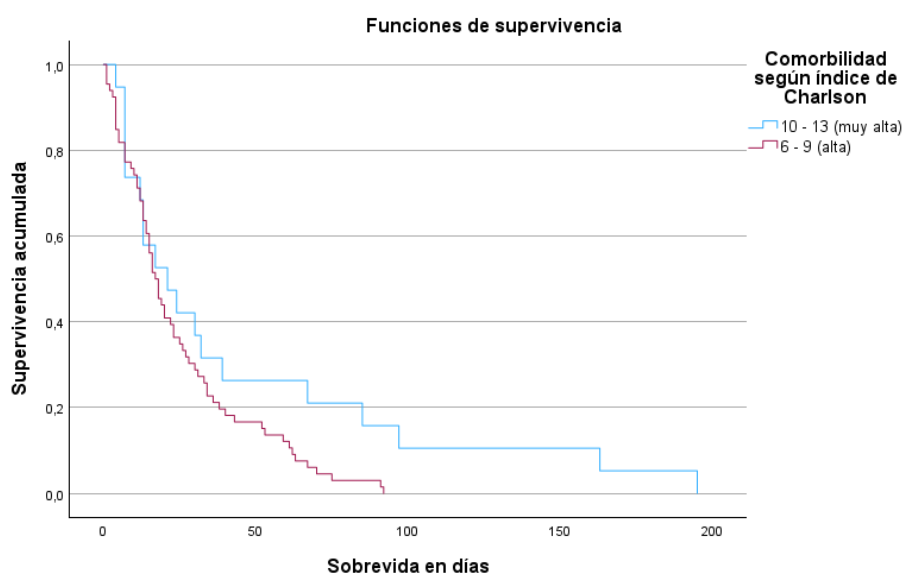
Tabla 16. Prueba de igualdad de distribuciones de supervivencia para los distintos niveles de Comorbilidad según índice de Charlson

	Chi-cuadrado	gl	Sig.
Log Rank (Mantel-Cox)	3,442	1	0,064

FUENTE: Investigación directa (2025)

ELABORACIÓN: La autora

Gráfico 5. Curvas Kaplan-Meier de supervivencia en OIM, estratificadas por categorías de comorbilidad según índice de Charlson



FUENTE: Investigación directa (2025)

ELABORACIÓN: La autora

La comparación global de las curvas Kaplan–Meier mediante la prueba de Log-Rank no alcanzó significancia estadística ($\chi^2 = 3,442$; gl = 1; p = 0,064), aunque evidenció una tendencia a mayor supervivencia en el subgrupo con puntuaciones 10-13, posiblemente influida por su menor tamaño muestral.

2.4. Supervivencia según características oncológicas

Tabla 17. Supervivencia mediana según tipo y sitio primario del tumor

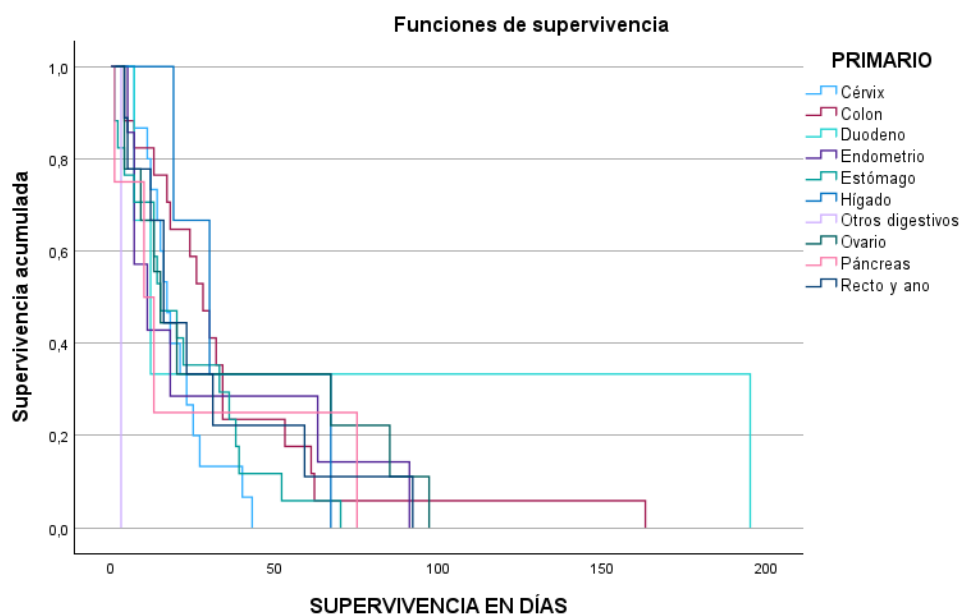
Variable	n	Mediana supervivencia (días)	χ^2 log-rank	p valor
Tipo de tumor				
Gastrointestinal	54	19	0,27	0,6
Ginecológico	31	16		
Sitio Primario				
Cérvix	15	17	20,71	0,014
Colon	17	28		
Duodeno	3	12		
Endometrio	9	11		
Estómago	17	15		
Hígado	3	30		
Otros digestivos	1	3		
Ovario	9	15		
Páncreas	4	10		
Recto y ano	9	16		

FUENTE: Investigación directa (2025)

ELABORACIÓN: La autora

En relación con el tipo de tumor, no se observaron diferencias significativas en la supervivencia tras la obstrucción intestinal maligna (OIM) cuando los pacientes se agruparon en tumores gastrointestinales (n = 54; mediana = 19 días) frente a ginecológicos (n = 31; mediana = 16 días) ($\chi^2 = 0,27$; p = 0,60). Sin embargo, al desagregar por sitio primario, la supervivencia varió de manera significativa ($\chi^2 = 20,71$; p = 0,014). Las medianas más prolongadas se registraron en tumores de colon (28 días) e hígado (30 días), mientras que las más breves correspondieron a neoplasias de páncreas (10 días), endometrio (11 días) y duodeno (12 días).

Gráfico 6. Función de supervivencia (Kaplan–Meier) estratificada por sitio primario del tumor



FUENTE: Investigación directa (2025)

ELABORACIÓN: La autora

Las curvas evidencian una mayor probabilidad de supervivencia en tumores de colon e hígado durante los primeros 90 días, en contraste con las neoplasias de páncreas, endometrio y duodeno, que muestran un descenso más rápido. Este patrón coincide con la heterogeneidad observada en las medianas (colon = 28 d; hígado = 30 d frente a páncreas = 10 d).

Tabla 18. Supervivencia mediana y prueba log-rank según características oncológicas y tratamientos recibidos antes de la obstrucción intestinal maligna

Variable	n	Mediana supervivencia (días)	χ^2 log-rank	p valor
Ascitis				
Si	61	18	0,29	0,59
No	24	18		
Carcinomatosis peritoneal				
Si	74	18	0,21	0,65
No	11	16		
Quimioterapia previa				
Si	69	20	14,18	0,0002
No	16	12,5		
Radioterapia previa				
Si	33	22	3,01	0,083
No	52	15,5		

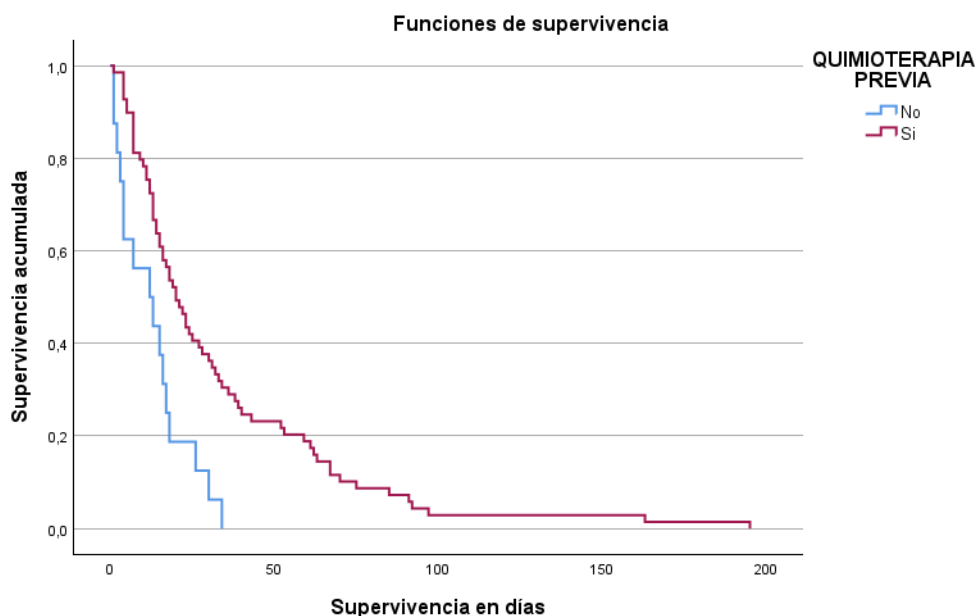
Cirugías previas				
1 a 2	60	18		
3 a 4	9	53	4,72	0,094
Ninguna	16	13		

FUENTE: Investigación directa (2025)

ELABORACIÓN: La autora

Al comparar la supervivencia tras la OIM, ni la ascitis (18 d vs 18 d; $p = 0,59$) ni la carcinomatosis peritoneal (18 d vs 16 d; $p = 0,65$) mostraron influencia significativa. En contraste, los pacientes que habían recibido quimioterapia específica presentaron una supervivencia mediana superior (20 d) frente a los que no la recibieron (12,5 d), diferencia estadísticamente significativa ($\chi^2 = 14,18$; $p = 0,0002$). La radioterapia se asoció a una supervivencia algo mayor (22 d vs 15,5 d), aunque la diferencia no alcanzó significación ($p = 0,083$). Finalmente, el número de cirugías previas no modificó de forma concluyente la supervivencia ($p = 0,094$), pese a la mediana más alta observada en quienes tuvieron 3–4 intervenciones (53d), resultado probablemente influenciado por el reducido tamaño de ese subgrupo.

Gráfico 7. Supervivencia acumulada en pacientes con OIM según antecedente de quimioterapia



FUENTE: Investigación directa (2025)

ELABORACIÓN: La autora

La curva del grupo sin quimioterapia descendió con mayor pendiente, alcanzando la supervivencia cero antes del día 60, mientras que en el grupo con quimioterapia se mantuvo una proporción de supervivientes hasta casi los 90 días.

Tabla 19. Asociación entre factores demográficos y clínicos con el riesgo de mortalidad según análisis de Cox multivariado

Variable	HR	95,9% IC para Exp(B)		p
		Límite inferior	Límite superior	
Sexo	1,941	1,154	3,263	0,012
Funcionalidad según PPS	0,691	0,441	1,084	0,107
Índice de masa corporal	0,740	0,529	1,035	0,079
Quimioterapia	4,322	2,087	8,952	0,000
Radioterapia	0,782	0,465	1,315	0,353
Número de intervenciones quirúrgicas	0,719	0,481	1,075	0,108

Logaritmo de la verosimilitud -2	Global (puntuación)			Cambiar respecto al paso anterior			Cambiar respecto al bloque anterior		
	Chi-cuadrado	df	Sig.	Chi-cuadrado	df	Sig.	Chi-cuadrado	df	Sig.
571,152	23,706	6	0,001	22,906	6	0,001	22,906	6	0,001

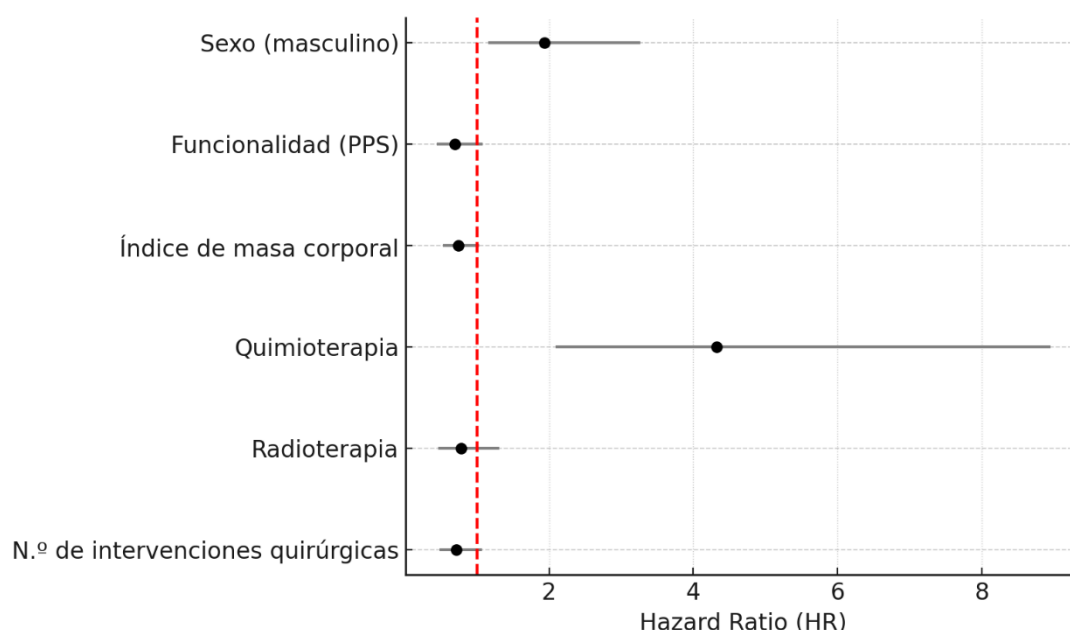
FUENTE: Investigación directa (2025)

ELABORACIÓN: La autora

Se ajustó un modelo de regresión de Cox con seis variables predictoras. El modelo resultó globalmente significativo ($\chi^2 = 22,91$; gl = 6; p = 0,001). En el análisis multivariado, el sexo masculino se asoció con mayor riesgo de mortalidad (HR = 1,94; IC 95 %: 1,15–3,26; p = 0,012), al igual que la quimioterapia previa, que se comportó como factor protector, asociándose a una reducción significativa del riesgo (HR = 4,32; IC 95 %: 2,09–8,95; p < 0,001).

Otras variables como el índice de masa corporal (HR = 0,74; p = 0,079), la funcionalidad según PPS (HR = 0,69; p = 0,107) y el número de intervenciones quirúrgicas (HR = 0,72; p = 0,108) mostraron tendencias no significativas, pero clínicamente relevantes. La radioterapia no se asoció significativamente con la supervivencia (HR = 0,78; p = 0,353).

Gráfico 8. Forest plot del modelo de regresión de Cox multivariado de factores clínicos y demográficos asociados a la supervivencia



FUENTE: Investigación directa (2025)

ELABORACIÓN: La autora

La figura muestra los Hazard ratios (HR) estimados para las variables incluidas en el modelo de regresión de Cox, junto con sus respectivos intervalos de confianza al 95 %. El análisis identificó a la quimioterapia previa como el predictor más significativo, asociada a una reducción del riesgo de mortalidad (HR = 4,32; IC 95 %: 2,09–8,95; $p < 0,001$), así como al sexo masculino, que se relacionó con una mayor supervivencia (HR = 1,94; IC 95 %: 1,15–3,26; $p = 0,012$). Otras variables como el índice de masa corporal, la funcionalidad basal según el Palliative Performance Scale y el número de intervenciones quirúrgicas mostraron asociaciones no significativas, pero clínicamente relevantes, con HR inferiores a 1, lo que sugiere un posible efecto protector. La radioterapia, en cambio, no presentó una relación significativa con la supervivencia. La línea vertical roja representa el punto de referencia (HR = 1), correspondiente a la ausencia de efecto sobre el riesgo.

2.5. Supervivencia según tipo de obstrucción intestinal

Tabla 20. Supervivencia mediana según grado y localización anatómica de la obstrucción intestinal maligna (prueba log-Rank)

Variable	n	Mediana supervivencia (días)	χ^2 log-Rank	p valor
Obstrucción completa				
Si	52	16,5	1,59	0,21
No	33	18		
Lugar de obstrucción				
I. Delgado	25	18	1,41	0,5
I. Grueso	34	20,5		
Ambas	26	16,5		

FUENTE: Investigación directa (2025)

ELABORACIÓN: La autora

La presencia de obstrucción completa no se asoció a diferencias significativas en la supervivencia comparada con la obstrucción parcial (mediana: 16,5 vs 18 días; $\chi^2 = 1,59$; $p = 0,21$). De igual manera, el lugar de la obstrucción (intestino delgado, grueso o ambos niveles) no mostró influencia estadísticamente significativa sobre la supervivencia ($\chi^2 = 1,41$; $p = 0,50$), aunque se observó una mediana levemente mayor en casos de obstrucción del intestino grueso (20,5 días) frente a los otros grupos.

2.6. Supervivencia según parámetros de laboratorio al ingreso

Tabla 21. Supervivencia mediana según rangos clínicos de parámetros de laboratorio en pacientes con obstrucción intestinal maligna (prueba log-Rank)

Rango	n	Mediana supervivencia	χ^2 log-Rank	p valor
Leucocitos				
≤3.999 (Bajo)	3	4	6,652	0,036
4.0–11.0 (Normal)	27	22		
>11.0 (Alto)	55	18		
Linfocitos				
≤19%	78	18	9,458	0,009
20-40%	6	7		
>40%	1	4		
Neutrófilos				
≤49%	2	7	4,815	0,090
50-70%	7	11		
>70%	76	18		
Hemoglobina				
<10 g/dL (Baja)	43	17	2,190	0,139
10–12 g/dL (Intermedia)	30	18		
>12 g/dL (Normal)	12	25		

Hematocrito				
<30% (Bajo)	45	17	1,03	0,311
30–45% (Normal)	40	18		
Proteínas totales				
<6.4 g/dL (Bajo)	55	17		
6.4–8.3 g/dL (Normal)	29	18	0,728	0,695
>8.3 g/dL (Alto)	1	33		
Albúmina sérica				
<2.5 g/dL	27	15		
2.5–3.4 g/dL	42	18	2,900	0,089
≥3.5 g/dL	16	17		
Urea				
10–50 mg/dL (Normal)	37	23		
>50 mg/dL (Alto)	48	13	5,27	0,022
Creatinina				
≤0.5 mg/dL (Baja)	18	20		
0.6–1.3 mg/dL (Normal)	37	18	0,570	0,451
>1.3 mg/dL (Alta)	30	16		
AST (TGO)				
>40 U/L (Elevada)	26	16	2,5	0,114
≤40 U/L (Normal)	59	20		
ALT (TGP)				
>40 U/L (Elevada)	13	21	0,31	0,58
≤40 U/L (Normal)	72	17		
Bilirrubina total				
>1.2 mg/dL (Elevada)	13	13	3,12	0,077
≤1.2 mg/dL (Normal)	72	18		
Bilirrubina directa				
>0.3 mg/dL (Elevada)	45	14	1,63	0,202
≤0.3 mg/dL (Normal)	40	20		
Bilirrubina indirecta				
>0.8 mg/dL (Elevada)	4	13	1,81	0,178
≤0.8 mg/dL (Normal)	81	18		

FUENTE: Investigación directa (2025)

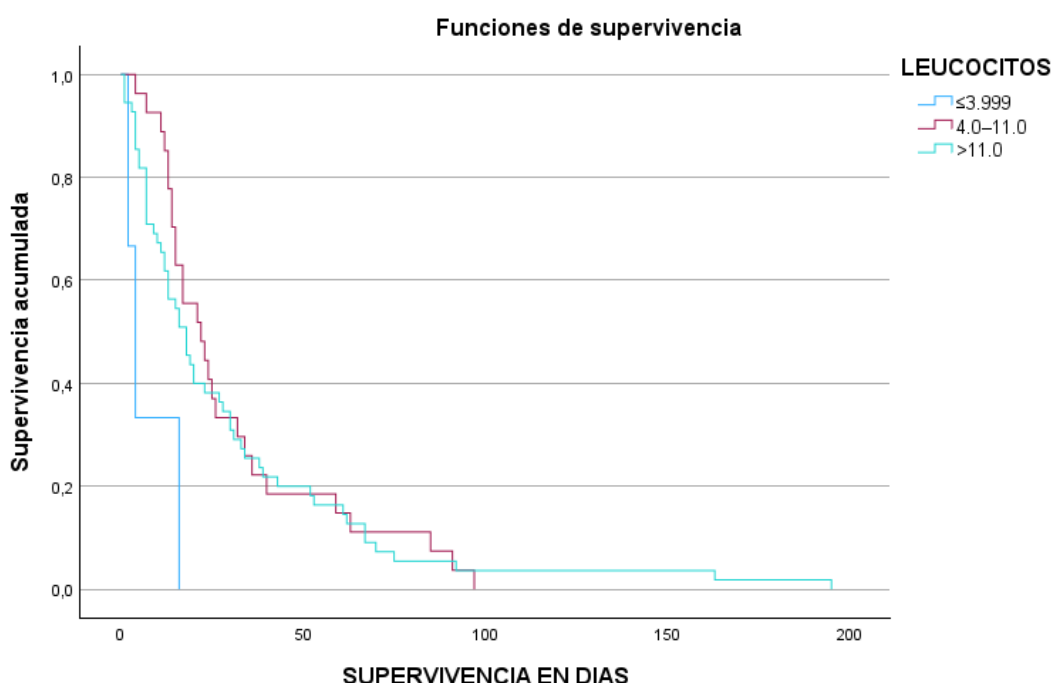
ELABORACIÓN: La autora

En la comparación de los parámetros bioquímicos, tres de ellos mostraron una asociación estadísticamente significativa con la supervivencia tras la obstrucción intestinal maligna. Los pacientes con leucocitos dentro del rango fisiológico ($4,0\text{--}11,0 \times 10^9/\text{L}$) presentaron la mediana de supervivencia más prolongada (22 días), mientras que la leucopenia ($\leq 3,999 \times 10^9/\text{L}$) se acompañó del peor pronóstico (4 días) ($\chi^2 = 6,652$; $p = 0,036$). De forma análoga, la linfopenia marcada ($\leq 19\%$) se asoció a supervivencia de 18 días,

frente a 7 días en el intervalo 20–40 % y 4 días cuando > 40 % ($\chi^2 = 9,458$; $p = 0,009$), aunque este resultado debe interpretarse con cautela por el reducido número de pacientes en las dos últimas categorías. Finalmente, los valores de urea dentro del rango normal (10–50 mg/dL) se vincularon a una mediana de 23 días, en contraste con 13 días cuando > 50 mg/dL ($\chi^2 = 5,27$; $p = 0,022$).

Otros marcadores evidenciaron únicamente tendencias: la distribución de neutrófilos (mejor pronóstico para > 70 %; $p = 0,090$) y la albúmina sérica (< 2,5 g/dL versus $\geq 2,5$ g/dL; $p = 0,089$). En cambio, hemoglobina, hematocrito, proteínas totales, creatinina, transaminasas y bilirrubinas no modificaron significativamente la supervivencia (todos $p > 0,05$).

Gráfico 9. Curva Kaplan Meier de supervivencia según conteo leucocitario



FUENTE: Investigación directa (2025)
ELABORACIÓN: La autora

Los pacientes con valores dentro del rango normal ($4,0\text{--}11,0 \times 10^9/\text{L}$) presentaron la curva más favorable, con una supervivencia mediana de 22 días, frente a 18 días en el grupo con leucocitos > 11,0 y solo 4 días en aquellos con leucopenia ($\leq 3,999$). La diferencia fue estadísticamente significativa ($\chi^2 = 6,652$; $p = 0,036$). La curva correspondiente al rango normal

desciende de forma más lenta y mantiene pacientes vivos incluso más allá de los 90 días, en contraste con el grupo leucopénico, cuya caída es abrupta durante las primeras dos semanas.

Gráfico 10. Curva Kaplan Meier de supervivencia según porcentaje linfocitario

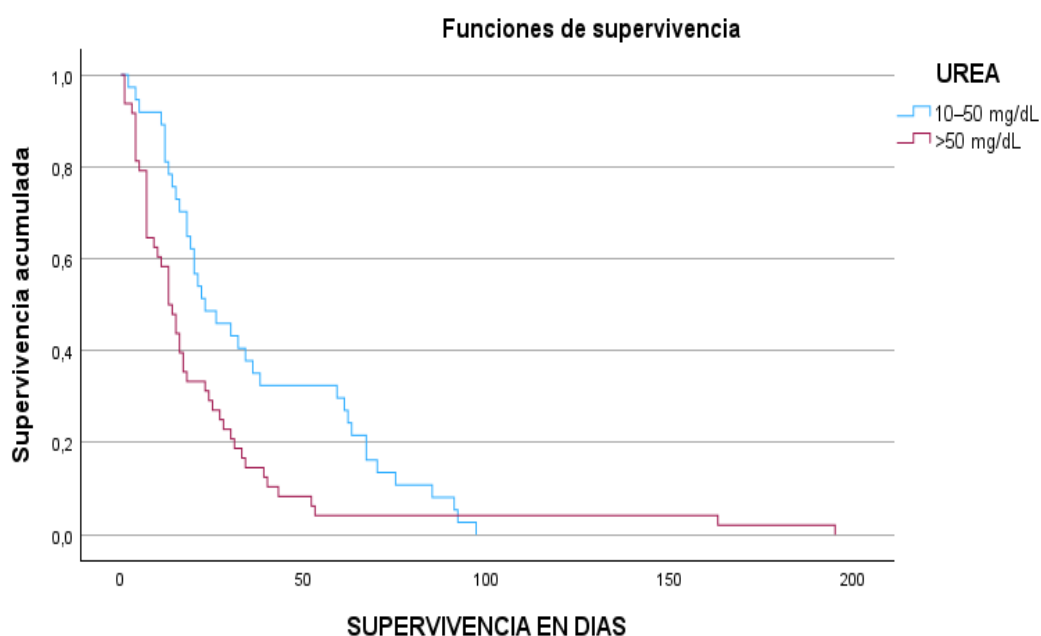


FUENTE: Investigación directa (2025)

ELABORACIÓN: La autora

Visualmente, la curva de linfocitos $\leq 19\%$ presenta un descenso más gradual, con una proporción de pacientes vivos incluso después de los 100 días. En cambio, las curvas de los otros dos grupos caen bruscamente, sin supervivencia más allá del día 60. Sin embargo, debido al tamaño reducido de los grupos $> 19\%$ ($n = 6$ y $n = 1$), estos resultados deben interpretarse con cautela.

Gráfico 11. Curva Kaplan Meier de supervivencia según niveles de urea sérica



FUENTE: Investigación directa (2025)

ELABORACIÓN: La autora

Se observa que los pacientes con valores de urea entre 10–50 mg/dL (línea azul) presentaron una supervivencia mediana de 23 días, mientras que aquellos con niveles superiores a 50 mg/dL (línea rosada) tuvieron una supervivencia mediana de 13 días. La diferencia fue estadísticamente significativa ($\chi^2 = 5,27$; $p = 0,022$). La curva azul muestra una pendiente más gradual y una proporción de supervivientes que se extiende más allá de los 90 días, en contraste con el grupo de urea elevada, cuya curva desciende de forma más abrupta.

Tabla 22. Asociación entre parámetros de laboratorio y riesgo de mortalidad según análisis de Cox multivariado

Variable	HR	95,9% IC para Exp(B)		p
		Límite inferior	Límite superior	
Leucocitos	0,768	0,492	1,198	0,245
Linfocitos%	2,361	0,898	6,211	0,082
Neutrófilos%	0,812	0,377	1,753	0,579
Hemoglobina	0,693	0,369	1,302	0,254
Hematocrito	1,612	0,725	3,582	0,119
Proteínas totales	1,088	0,637	1,857	0,757
Albúmina sérica	0,839	0,537	1,310	0,441
Urea	3,139	1,406	7,006	0,005

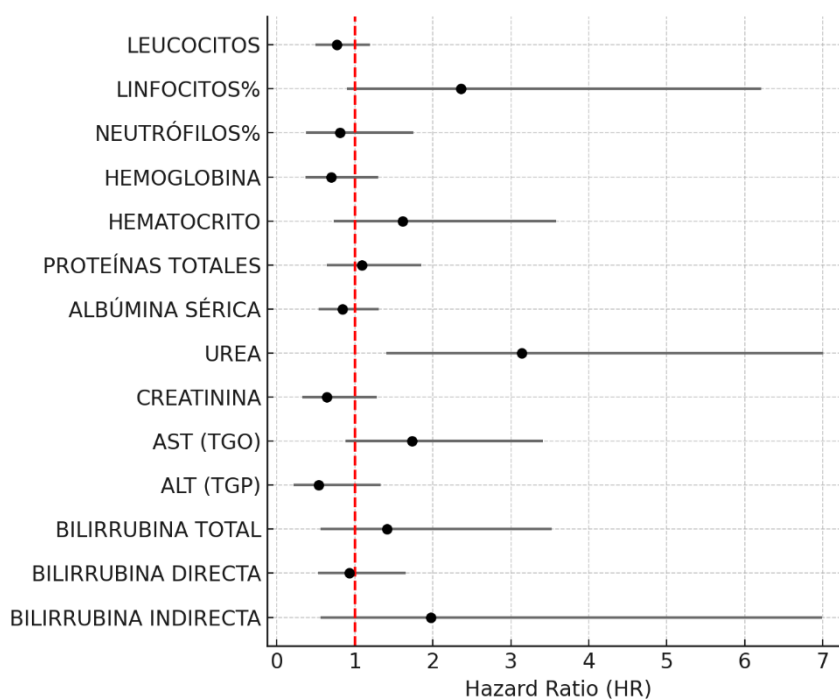
Creatinina	0,643	0,322	1,285	0,019
Ast (tgo)	1,737	0,884	3,414	0,109
Alt (tgp)	0,536	0,216	1,332	0,177
Bilirrubina total	1,408	0,562	3,527	0,230
Bilirrubina directa	0,933	0,526	1,652	0,812
Bilirrubina indirecta	1,978	0,560	6,990	0,290

Logaritmo de la verosimilitud -2	Global (puntuación)			Cambiar respecto al paso anterior			Cambiar respecto al bloque anterior		
	Chi-cuadrado	df	Sig.	Chi-cuadrado	df	Sig.	Chi-cuadrado	df	Sig.
569,870	25,091	14	0,034	24,188	14	0,043	24,188	14	0,043

FUENTE: Investigación directa (2025)

ELABORACIÓN: La autora

Gráfico 12. Forest plot del modelo de regresión de Cox multivariado de parámetros de Laboratorio



FUENTE: Investigación directa (2025)

ELABORACIÓN: La autora

Se representan los Hazard Ratios (HR) con sus respectivos intervalos de confianza al 95 % (IC 95 %) para cada una de las 14 variables bioquímicas analizadas. La línea vertical roja corresponde al valor de referencia (HR = 1), que indica ausencia de efecto sobre el riesgo de muerte.

Entre los parámetros evaluados, la urea fue el único que mostró asociación estadísticamente significativa con la supervivencia (HR = 3,139; IC 95 %: 1,406–7,006; p = 0,005), lo que indica que niveles elevados se relacionan con un riesgo de muerte más de tres veces mayor tras el diagnóstico de obstrucción intestinal maligna. Otras variables con tendencia a la significancia incluyeron linfocitos % (p = 0,082) y creatinina (p = 0,019), aunque sus IC 95 % fueron amplios, lo que limita la precisión de la estimación.

La mayoría de los parámetros, incluyendo leucocitos, hemoglobina, albúmina, transaminasas y bilirrubinas, no mostraron efectos significativos en este modelo ajustado. Esto sugiere que, si bien algunos marcadores presentan asociaciones en el análisis univariado, su valor pronóstico independiente es limitado cuando se consideran conjuntamente.

3. Supervivencia y factores terapéuticos asociados

3.1. Intervenciones terapéuticas realizadas

Tabla 23: Distribución de intervenciones y tratamientos según edad y sexo

Variables		Edad				Total	Sexo		Total
		18 a 39 años	40 a 59 años	60 a 79 años	80 años y más		Hombre	Mujer	
Intervención quirúrgica paliativa									
Si	f	1	10	4	0	15	4	11	15
	%	1,2	11,8	4,7	0	14,1	4,7	73,3	17,6
No	f	10	26	32	2	70	21	49	70
	%	11,8	30,6	37,6	2,4	85,9	24,7	57,6	82,4
Total	f	11	36	36	2	85	25	60	85
	%	12,9	42,4	42,4	2,4	100	29,4	70,6	100
Uso de sonda nasogástrica									
Si	f	10	32	30	1	73	20	53	73
	%	11,8	37,6	35,3	1,2	85,9	23,5	62,4	85,9
No	f	1	4	6	1	12	5	7	12
	%	1,2	4,7	7,1	1,2	14,1	5,9	8,2	14,1
Total	f	11	36	36	2	85	25	60	85
	%	12,9	42,4	42,4	2,4	100	29,4	70,6	100

Terapia farmacológica									
Procinéticos	f	10	26	31	1	68	21	47	68
	%	11,8	30,6	36,5	1,2	80	24,7	55,3	80
Enemas	f	7	19	20	2	48	16	32	48
	%	8,2	22,4	23,5	2,4	56,5	18,8	37,6	56,5
Corticoides	f	11	27	22	2	62	19	43	62
	%	12,9	31,8	25,9	2,4	72,9	22,4	50,6	72,9
Laxantes	f	4	11	14	1	30	10	20	30
	%	4,7	12,9	16,5	1,2	35,3	11,8	23,5	35,3
Antieméticos	f	5	19	18	2	44	14	30	44
	%	5,9	22,4	21,2	2,4	51,8	16,5	35,3	51,8
	%	12,9	42,4	42,4	2,4	100	29,4	70,6	100
Terapia analgésica									
Anticolinérgicos	f	6	18	14	1	39	14	25	39
	%	7,1	21,2	16,5	1,2	45,9	16,5	29,4	45,9
Opioide	f	11	33	31	1	76	22	54	76
	%	12,9	38,8	36,5	1,2	89,4	25,9	63,5	89,4
Restitución de tránsito intestinal									
Si	f	1	13	11	1	26	7	19	26
	%	1,2	15,3	12,9	1,2	30,6	8,2	22,4	30,6
No	f	10	23	25	1	59	18	41	59
	%	11,8	27,1	29,4	1,2	69,4	21,2	48,2	69,4
Total	f	11	36	36	2	85	25	60	85
	%	12,9	42,4	42,4	2,4	100	29,4	70,6	100

FUENTE: Investigación directa (2025)

ELABORACIÓN: La autora

En cuanto a las intervenciones y tratamientos administrados, el 14,1 % de los pacientes fue sometido a una intervención quirúrgica paliativa, mientras que el 85,9 % no recibió este tipo de procedimiento. El uso de sonda nasogástrica fue ampliamente prevalente, registrándose en el 85,9 % de los casos.

En relación con la terapia farmacológica, los procinéticos fueron administrados en el 80% de los pacientes, enemas en el 56,5%, corticoides en el 72,9%, laxantes orales en el 35,3% y los antieméticos en el 51,8%. La terapia analgésica mostró un predominio del uso de opioides (89,4%), seguida de anticolinérgicos (45,9%). La restitución del tránsito intestinal se logró en el 30,6% de los pacientes.

Al analizar la distribución por sexo, se observó mayor proporción de mujeres en casi todas las categorías terapéuticas, destacando el uso de sonda nasogástrica (62,4%) y opioides (63,5%). En la distribución por edad, grupos de 40 a 59 y de 60 a 79 años concentraron la mayoría de las intervenciones, especialmente en el uso de procinéticos, corticoides y antieméticos.

3.2. Supervivencia asociada a intervenciones terapéuticas

Tabla 24. Mediana de supervivencia y prueba Log-Rank según intervenciones terapéuticas en pacientes con obstrucción intestinal maligna

Categoría	Mediana (días)	IC 95 % límite inferior	IC 95 % límite superior	χ^2 log-rank	p
Cirugía paliativa					
No	17	12,9	21,1	1,542	0,214
Sí	23	14,3	31,7		
Sonda nasogástrica					
Sí	18	12,4	23,6	3,041	0,081
No	13	10,7	15,3		
Procinéticos					
Sí	18	12,6	23,4	0,005	0,942
No	16	7,9	24,1		
Enemas					
Sí	18	11,2	24,8	1,153	0,283
No	17	13	20,9		
Corticoides					
Sí	19	13,9	24,1	2,368	0,124
No	13	9,8	19,2		
Laxantes					
Sí	18	7,3	28,7	0,113	0,737
No	17	12,5	21,3		
Antieméticos					
Sí	15	10,9	19,1	3,476	0,062
No	23	13	33		
Anticolinérgicos					
Sí	20	15,1	24,9	0,01	0,919
No	18	12	19,9		
Opioides					
Sí	18	14,1	21,9	0,486	0,486
No	11	0	22,7		
Restitución de tránsito intestinal					
Sí	27	8,3	45,7	16,142	< 0,001
No	13	9,9	18,3		

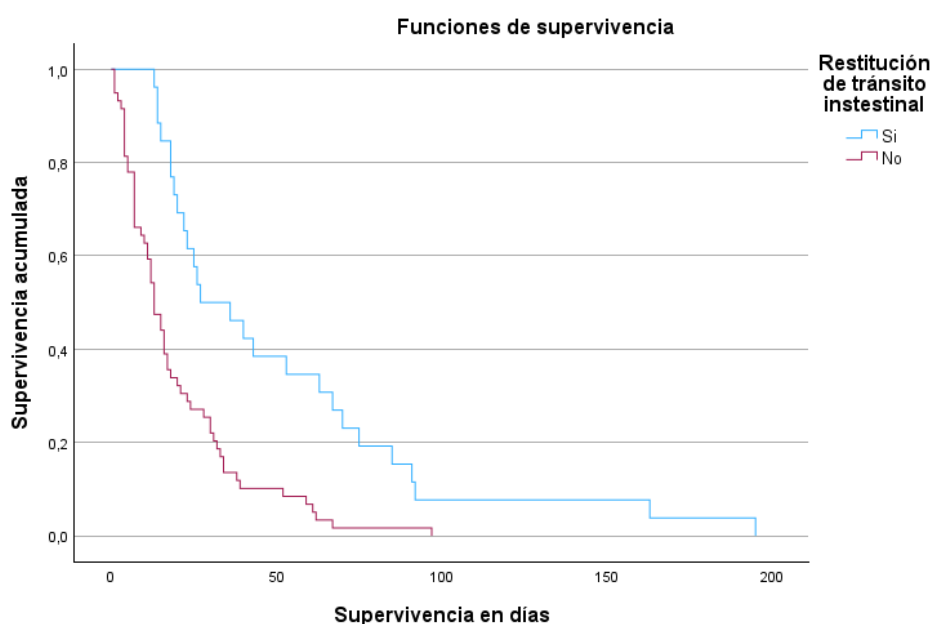
FUENTE: Investigación directa (2025)

ELABORACIÓN: La autora

En el análisis univariado de las intervenciones clínicas, la restitución de tránsito intestinal fue la única variable que mostró una asociación estadísticamente significativa con la supervivencia: con una mediana de 27 días frente a 13 días en quienes no lo consiguieron ($\chi^2 = 16,142$; $p < 0,001$). El uso de sonda nasogástrica evidenció una tendencia no significativa hacia mayor supervivencia (18 días) respecto al grupo sin sonda (13 días), con un valor de p limítrofe ($p = 0,081$). De igual forma, el uso de antieméticos se asoció de forma marginal con una menor mediana de supervivencia (15 días) comparada con 23 días en el grupo sin antieméticos ($\chi^2 = 3,476$; $p = 0,062$).

El resto de las intervenciones (cirugía paliativa, procinéticos, enemas, corticoides, laxantes, anticolinérgicos y opioides) no mostraron diferencias estadísticamente significativas entre sus categorías (todos los $p > 0,10$). No obstante, se observó una mediana discretamente superior en los pacientes que recibieron cirugía paliativa (23 días) respecto a quienes no fueron operados (17 días).

Gráfico 13. Curvas de Kaplan-Meier de supervivencia según restitución de tránsito intestinal



FUENTE: Investigación directa (2025)
ELABORACIÓN: La autora

La curva azul, correspondiente al grupo que consiguió la restitución del tránsito intestinal, desciende de forma más gradual y se mantiene por encima de la curva roja (grupo sin restitución) durante todo el periodo de seguimiento. En los primeros 30 días, la pendiente de la curva roja es más pronunciada, reflejando una caída rápida en la supervivencia. Hacia los 90 días, la supervivencia acumulada en el grupo sin restitución se aproxima a cero, mientras que en el grupo con restitución persiste una proporción de pacientes vivos hasta alrededor del día 160.

Tabla 25. Restitución de tránsito intestinal y cirugía paliativa

		Cirugía Paliativa		Total
		No	Si	
Restitución de tránsito intestinal				
Si	f	19	7	26
	% Restitución de tránsito intestinal	73,1%	26,9%	100,0%
	% Cirugía Paliativa	27,1%	46,7%	30,6%
	% del total	22,4%	8,2%	30,6%
No	f	51	8	59
	% Restitución de tránsito intestinal	86,4%	13,6%	100,0%
	% Cirugía Paliativa	72,9%	53,3%	69,4%
	% del total	60,0%	9,4%	69,4%
Total	f	70	15	85
	% Restitución de tránsito intestinal	82,4%	17,6%	100,0%
	% Cirugía Paliativa	100,0%	100,0%	100,0%
	% del total	82,4%	17,6%	100,0%

FUENTE: Investigación directa (2025)

ELABORACIÓN: La autora

Entre los 15 pacientes que fueron sometidos a cirugía paliativa, 7 de ellos (46,7 %) lograron la restitución del tránsito intestinal como resultado del procedimiento, mientras que los 8 restantes (53,3 %) no alcanzaron dicho objetivo. En contraste, dentro del grupo de pacientes que no fue intervenido quirúrgicamente (n = 70), solo 19 casos (27,1 %) presentaron restitución del tránsito, a través de manejo farmacológico y/o conservador.

Tabla 26. Asociación entre intervenciones terapéuticas y riesgo de mortalidad según análisis de Cox multivariado

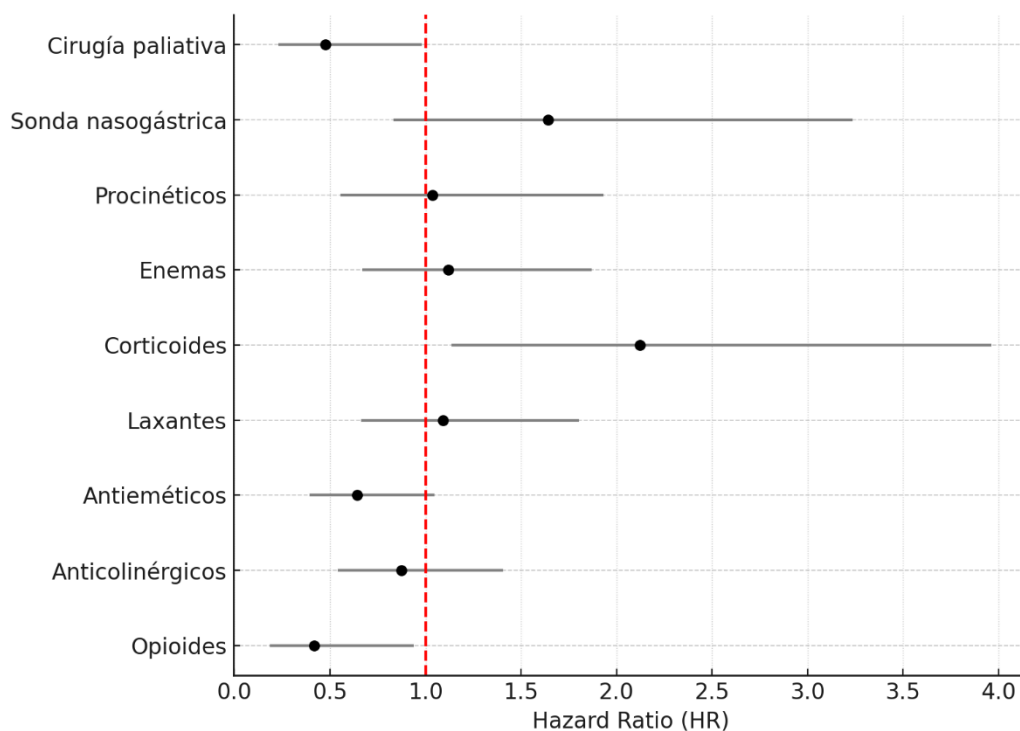
Variable	HR	95,9% IC para Exp(B)		p
		Límite inferior	Límite superior	
Cirugía paliativa	0,477	0,232	0,981	0,044
Uso de sonda nasogástrica	1,640	0,831	3,238	0,154
Procinéticos	1,037	0,557	1,931	0,909
Enemas	1,119	0,669	1,870	0,668
Corticoides	2,124	1,138	3,964	0,018
Laxantes	1,092	0,661	1,805	0,731
Antieméticos	0,643	0,394	1,047	0,076
Anticolinérgicos	0,873	0,542	1,405	0,576
Opioide	0,416	0,184	0,941	0,035

Logaritmo de la verosimilitud -2	Global (puntuación)			Cambiar respecto al paso anterior			Cambiar respecto al bloque anterior		
	Chi-cuadrado	df	Sig.	Chi-cuadrado	df	Sig.	Chi-cuadrado	df	Sig.
578,288	15,948	9	0,068	15,770	9	0,072	15,770	9	0,072

FUENTE: Investigación directa (2025)

ELABORACIÓN: La autora

Gráfico 14. Forest plot del modelo de regresión de Cox multivariado de intervenciones terapéuticas



FUENTE: Investigación directa (2025)

ELABORACIÓN: La autora

En el modelo de regresión de Cox multivariado que incluyó nueve intervenciones terapéuticas, el ajuste global mostró una tendencia hacia la significancia ($\chi^2 = 15,95$; gl = 9; p = 0,068).

Tres intervenciones resultaron estadísticamente significativas: la cirugía paliativa se asoció con un menor riesgo de mortalidad (HR = 0,48; IC 95 %: 0,23–0,98; p = 0,044), al igual que el uso de opioides, que también mostró un efecto protector (HR = 0,42; IC 95 %: 0,18–0,94; p = 0,035). En contraste, la administración de corticoides se relacionó con un aumento significativo del riesgo de mortalidad (HR = 2,12; IC 95 %: 1,14–3,96; p = 0,018). Otras intervenciones como los antieméticos, laxantes, enemas, procinéticos, anticolinérgicos o la colocación de sonda nasogástrica no mostraron asociación significativa con la supervivencia, aunque los antieméticos presentaron una tendencia no significativa hacia un efecto protector (p = 0,076).

3.3. Eventos posteriores a las intervenciones en obstrucción Intestinal maligna

Tabla 27. Eventos posteriores a las intervenciones en obstrucción Intestinal maligna

		Rango de Edad				Sexo			
		18 a 39 años	40 a 59 años	60 a 79 años	80 años y más	Total	Hombre	Mujer	Total
Dado de alta									
Si	f	9	21	20	1	51	15	36	51
	%	10,6	24,7	23,5	1,2%	60,0	17,6	42,4	60,0
No	f	2	15	16	1	34	10	24	34
	%	2,4	17,6	18,8	1,2%	40,0	11,8	28,2	40,0
Total	f	11	36	36	2	85	25	60	85
	%	12,9	42,4	42,4	2,4%	100,0	29,4	70,6	100,0
Lugar de fallecimiento									
Hospital	f	2	18	16	1	37	10	27	37
	%	2,4	21,2	18,8	1,2%	43,5	11,8%	31,8	43,5
Domicilio	f	9	18	18	0	45	13	32	45
	%	10,6	21,2	21,2	0,0%	52,9	15,3%	37,6	52,9
Otro	f	0	0	2	1	3	2	1	3
	%	0,0	0,0	2,4	1,2%	3,5	2,4%	1,2	3,5
Total	f	11	36	36	2	85	25	60	85
	%	12,9	42,4	42,4	2,4%	100,0	29,4%	70,6	100,0

FUENTE: Investigación directa (2025)

ELABORACIÓN: La autora

Entre los eventos posteriores al diagnóstico de obstrucción intestinal maligna (OIM), se observó que el 60 % de los pacientes (n = 51) fueron dados de alta al menos una vez tras su ingreso inicial, mientras que el 40 % restante (n = 34) permaneció hospitalizado hasta su fallecimiento. La tasa de alta fue mayor entre mujeres (42,4 %) que en hombres (17,6 %).

En cuanto al lugar de fallecimiento, la mayoría se produjo en el domicilio (52,9 %, n = 45), seguido del hospital (43,5 %, n = 37) y en menor proporción en otros lugares (3,5 %, n = 3). Los fallecimientos domiciliarios fueron más comunes en mujeres (37,6 %) que en hombres (15,3 %).

DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio fue identificar los factores que influyen en la supervivencia de pacientes con obstrucción intestinal maligna (OIM) en el contexto de cuidados paliativos. Al analizar los resultados obtenidos, se evidencia que la supervivencia en esta población es limitada, con una mediana de apenas 18 días, lo que refuerza el carácter avanzado y sintomáticamente complejo de esta condición. Este dato confirma lo reportado por la literatura internacional y enfatiza en la necesidad de redefinir los criterios clínicos con los que se indican o descartan ciertas intervenciones. El panel MASCC sitúa la supervivencia dentro de los 10-30 días posterior al diagnóstico de OIM y coincide con el estudio de Farooq et al., que reporta una mediana de 2 a 4 semanas cuando ésta es inoperable [8,14]. Fackche y Johnston corroboran que, en ausencia de cirugía curativa, la esperanza de vida rara vez supera las cuatro semanas [15].

En este sentido, el presente estudio permite ahondar en una dimensión menos explorada: cómo variables clínicas objetivas (estado funcional, perfil nutricional, biomarcadores hematológicos y decisiones terapéuticas) se relacionan entre sí y permiten estratificar el pronóstico más allá de una mirada exclusivamente oncológica.

Aunque las diferencias por sexo no alcanzaron significancia, los varones mostraron una supervivencia media más prolongada (40,4 días). Un patrón semejante fue observado por Hupfeld et al. en un análisis multicéntrico danés de obstrucción maligna de intestino delgado, donde la mediana global alcanzó 114 días, con ligera ventaja masculina [37].

El Palliative Performance Scale (PPS) se correlacionó de manera positiva con la supervivencia, reafirmando su utilidad pronóstica, tal como señalaron Walter et al., quienes recomendaron su uso rutinario para estratificar riesgo en neoplasias gastrointestinales avanzadas [16]. De igual modo, un IMC 26-30 kg/m² se asoció con la mejor mediana de supervivencia, hallazgo

coherente con la “paradoja de la obesidad” descrita por Tenderenda y cols., donde cierto sobrepeso confiere reserva nutricional protectora [17].

Al evaluar los tipos de cáncer asociados a OIM, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de tumores ginecológicos y gastrointestinales, lo cual es coherente con reportes como el de Patterson et al., donde la evolución clínica está más condicionada por el estado funcional del paciente y el nivel de diseminación que por el tipo de tumor [38]. Sin embargo, al estratificar por sitio primario se evidenciaron diferencias relevantes; los primarios de colon e hígado mostraron las medianas más altas (28-30 días), hallazgo concordante con Baiomy et al., quienes identificaron mejor pronóstico en obstrucciones por neoplasias colónicas frente a pancreáticas u ováricas [24].

En cuanto a los factores pronósticos, el presente estudio encontró que la presencia de ascitis y carcinomatosis peritoneal, tradicionalmente descritos como indicadores de mal pronóstico, no mostraron significancia estadística en la población analizada [6]. No obstante, el antecedente de haber recibido quimioterapia previa sí se asoció a una supervivencia significativamente mayor (20 días frente a 12,5 días), lo cual puede interpretarse como un marcador indirecto de reserva funcional, control tumoral previo o acceso a cuidado oncológico más activo, como también lo señalan estudios de Hupfeld y Moyett [30,37].

Entre los biomarcadores, la uremia > 50 mg/dL se confirmó como predictor independiente de mortalidad, concordando con la guía MASCC 2021, que identifica la insuficiencia renal preterminal como factor de mal pronóstico [8]. La linfopenia también se relacionó con menor supervivencia, reflejando lo descrito en el estudio de Tenderenda et al., donde demostraron que la linfopenia grave multiplicó por 2,3 el riesgo de muerte y acortó la mediana de supervivencia [17].

Las intervenciones que restablecieron el tránsito intestinal duplicaron la mediana de supervivencia (27 vs 13 días; $p < 0,001$). Procedimientos de

descompresión endoscópica o quirúrgica han demostrado beneficios similares en series recientes de Cole et al. y Lodoli et al., cuando se seleccionan adecuadamente los pacientes [6,25]. La cirugía paliativa redujo el riesgo de mortalidad (HR 0,48; $p = 0,044$), aunque su indicación debe individualizarse para evitar intervenciones fútiles[15].

El uso de opioides mostró un efecto protector de la supervivencia, apoyando el concepto de que un control sintomático óptimo favorece la estabilidad fisiológica [21]. Contrariamente, los corticoides se asociaron con mayor riesgo; esto probablemente debido a su utilización en cuadros más graves, tal como advirtieron Shariff y colaboradores [22].

Finalmente, el 52,9 % de los pacientes fallecieron en domicilio, lo cual genera un indicador de una planificación anticipada efectiva. Herramientas pictográficas como la propuesta por Baylina et al. facilitan la conversación sobre preferencias de final de vida, mientras que revisiones éticas recientes destacan la importancia de integrar valores del paciente y del equipo en la toma de decisiones [33, 36].

En conjunto, los resultados obtenidos en el presente estudio investigativo confirman y amplían la evidencia sobre los factores que condicionan la supervivencia en la OIM: evaluación funcional-nutricional, biomarcadores sencillos, modelos pronósticos multivariantes y estrategias de intervención focalizadas son decisivos para optimizar la calidad de vida.

Limitaciones

Este estudio presenta varias limitaciones que deben ser consideradas al interpretar los resultados. En primer lugar, no se disponen de datos relacionados con el uso de nutrición parenteral, ya que en el contexto clínico del presente análisis de esta intervención no se encuentra protocolizada ni es considerada como una primera opción terapéutica para pacientes con obstrucción intestinal maligna (OIM). De igual forma, no se registraron de

manera sistemática las variables relacionadas con hidratación parenteral, lo cual impide evaluar su posible impacto en el pronóstico y la evolución clínica.

Otro aspecto relevante es el tamaño muestral reducido, lo que limita la potencia estadística del análisis y restringe la generalización de los hallazgos a poblaciones más amplias. Asimismo, existe la posibilidad de que algunos casos de OIM no hayan sido incluidos en la muestra debido a que la obstrucción intestinal no fue registrada como un diagnóstico principal o independiente según el sistema de codificación CIE-10 utilizado, lo que podría haber generado un subregistro de casos y sesgo de selección.

CONCLUSIONES

La obstrucción intestinal maligna en pacientes con enfermedad oncológica avanzada, en cuidados paliativos, constituye una condición de alta complejidad clínica que, con frecuencia, se encuentra asociada a una supervivencia limitada (con una mediana de tan solo 18 días) y una elevada carga sintomática.

Este estudio identifica factores clave que influyen significativamente en el pronóstico, entre ellos: un mejor estado funcional, la presencia de sobrepeso previo al diagnóstico de OIM, el haber recibido tratamiento de quimioterapia, niveles normales de albúmina, la ausencia de linfopenia y uremia, y la realización de intervenciones terapéuticas específicas que consigan la restitución del tránsito intestinal, así como, el uso de opioides y la cirugía paliativa. En contraste, el uso de corticoides se asoció con un mayor riesgo de mortalidad.

Estos hallazgos subrayan la necesidad de una evaluación integral, que permita individualizar las decisiones terapéuticas, evitando intervenciones fútiles y orientando el cuidado hacia lo que realmente mejora la calidad de vida y el tiempo significativo para los pacientes. La medicina paliativa, cuando se fundamenta en la evidencia y se centra en el paciente, no solo alivia el sufrimiento, sino que dignifica la vida hasta el final.

RECOMENDACIONES

1. Establecer un protocolo institucional para el manejo de la obstrucción intestinal maligna (OIM) en cuidados paliativos, que contemple criterios clínicos, funcionales y nutricionales como los identificados en este estudio, con el objetivo de optimizar la toma de decisiones y evitar intervenciones fútiles.
2. Fomentar la indicación individualizada de cirugía paliativa, priorizando a pacientes con adecuada reserva funcional, ya que esta intervención se asoció significativamente con la restitución del tránsito intestinal y con un mayor tiempo de supervivencia.
3. Promover la prescripción cautelosa de medicamentos, especialmente corticoides, cuyo uso debe estar limitado a indicaciones claras dada su asociación con mayor riesgo de mortalidad en esta cohorte, además se hace imprescindible fortalecer el uso sistemático de opioides para el adecuado control del dolor.
4. Diseñar estudios prospectivos con mayor tamaño muestral, que permitan validar y ampliar los hallazgos de esta investigación, así como explorar nuevas variables clínicas y terapéuticas con potencial valor pronóstico.
5. Desarrollar investigaciones específicas que evalúen intervenciones como la hidratación subcutánea, nutrición parenteral, y combinaciones farmacológicas, con el fin de generar evidencia local que respalde decisiones clínicas personalizadas en pacientes con OIM avanzada.
6. Continuar fortaleciendo la planificación anticipada de cuidados y el acompañamiento en el proceso de toma de decisiones compartidas, integrando los valores del paciente y su familia, así como el pronóstico clínico, para asegurar una atención centrada en el confort y la dignidad al final de la vida.

BIBLIOGRAFÍA

1. Yu K, Liu L, Zhang X, Zhang Z, Rao B, Chen Y, et al. Surgical and Conservative Management of Malignant Bowel Obstruction: Outcome and Prognostic Factors. *Cancer Manag. Res.* [Internet] 2020 [citado 2025 ene 19];12:7797-803. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7457748/>
2. Otero Plaza L, Sacristán Santos V. Tratamiento médico de la obstrucción intestinal maligna: revisión bibliográfica. *Cad. Aten. Primaria* [Internet] 2019 [citado 2025 ene 19];25:17-21. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7374803>
3. Morros-González E, Vargas-Rubio R, Ovalle A, Morros-González E, Vargas-Rubio R, Ovalle A. Decompressive gastrostomy in patients with malignant gastrointestinal obstruction. Case report and literature review. *Rev. Colomb. Gastroenterol.* [Internet] 2021 [citado 2025 ene 19];36:267-74. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0120-99572021000200267&lng=en&nrm=iso&tlng=en
4. Tuca A, Guell E, Martinez-Losada E, Codorniu N. Malignant bowel obstruction in advanced cancer patients: epidemiology, management, and factors influencing spontaneous resolution. *Cancer Manag. Res.* [Internet] 2012 [citado 2025 ene 19];4:159-69. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3421464/>
5. Onyiego A, Maykel J. Contemporary Management of Malignant Bowel Obstruction. *Clin. Colon Rectal Surg.* [Internet] 2025 [citado 2025 ene 19];Disponible en: <https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0044-1801402>
6. Lodoli C, Covino M, Attalla El Halabieh M, Santullo F, Di Giorgio A, Abatini C, et al. Prognostic Factors for Surgical Failure in Malignant Bowel Obstruction and Peritoneal Carcinomatosis. *Front. Surg.* [Internet] 2021 [citado 2025 ene 19];8:769658. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8660692/>
7. Low XC, Lee JJ, Xie Y, Wong SMJ, Graves N. Economic evaluation of palliative gastrointestinal surgery for advanced cancer patients with malignant bowel obstruction: A systematic review. *Eur. J. Surg. Oncol.* [Internet] 2025;51:109490. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0748798324015580>
8. 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* [Internet] 2022 [citado 2025 abr 3];30:4711-28. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9046338/>

9. Tóth R, Tóth Z, Lőczy L, Török M, Ács N, Várbíró S, et al. Management of Malignant Bowel Obstruction in Patients with Gynaecological Cancer: A Systematic Review. *J. Clin. Med.* [Internet] 2024 [citado 2025 ene 19];13:4213. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC11277705/>
10. Caballero H. Boletín Epidemiológico [Internet]. Quito: Solca Núcleo Quito; 2022. Disponible en: https://solcaquito.org.ec/wp-content/uploads/2022/04/boletinEpidemiologico02_2022.pdf
11. Cáncer - Organización Panamericana de la Salud [Internet]. 2025 [citado 2025 ene 29];Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/cancer>
12. Ministerio de Salud Pública. Diagnóstico y detección oportunas son claves para mejorar calidad de vida de pacientes con cáncer [Internet]. [citado 2025 ene 29];Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/diagnostico-y-deteccion-oportunas-son-claves-para-detectar-el-cancer/>
13. Saludsa. Cáncer en el Ecuador. ¿Qué estamos haciendo para vencerlo? [Internet]. [citado 2025 ene 29];Disponible en: <https://blog.saludsa.com/cáncer-en-el-ecuador.-qué-estamos-haciendo-para-vencerlo>
14. Farooq MS, Karakousis GC, Krouse RS. Malignant bowel obstruction: Historical lessons, current trends, and future directions. *Surg. Oncol. Insight* [Internet] 2024 [citado 2025 ene 28];1:100046. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2950247024000550>
15. Fackche NT, Johnston FM. Malignant Bowel Obstruction. *Adv. Surg.* [Internet] 2021 [citado 2025 ene 28];55:35-48. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0065341121000038>
16. Walter M, Hansen E, Hamid S, Carozza D, Mann G, Roche C, et al. Palliative Management of Inoperable Malignant Bowel Obstruction: Prospective, Open Label, Phase 2 Study at an NCI Comprehensive Cancer Center. *J. Pain Symptom Manage.* [Internet] 2024 [citado 2025 ene 28];67:20-6. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0885392423006863>
17. Tenderenda K, Gierczak A, Panczyk M, Sobocki J, Zaczek Z. Nutritional Status as a Prognostic Factor for Survival in Palliative Care: A Retrospective Observational Analysis of Home Parenteral Nutrition in Cancer Patients with Inoperable Malignant Bowel Obstruction. *Nutrients* [Internet] 2024 [citado 2025 abr 3];16:1569. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2072-6643/16/11/1569>
18. Miyazaki K, Suzukamo Y, Ikenaga M, Ohsumi S, Saito M, Satomi E, et al. Interpretation of clinically meaningful change in cancer palliative care patients' quality of life: minimally important difference for EORTC QLQ-

C15-PAL. J. Patient-Rep. Outcomes [Internet] 2025;9:33. Disponible en: <https://jpro.springeropen.com/articles/10.1186/s41687-025-00858-5>

19. Benítez MA, Babarro AA, González T. Protocolos de Tratamiento en Cuidados Paliativos [Internet]. 1ra ed. Barcelona: MEDICAL DOSPLUS, S.L.; 2023 [citado 2025 abr 14]. Disponible en: <https://www.secpal.org/wp-content/uploads/2024/05/protocolos-de-tratamiento-en-cuidados-paliativos-2023.pdf>
20. Merlos ÁF. Manejo farmacológico de la obstrucción intestinal maligna. Hosp. Domic. [Internet] 2020 [citado 2025 ene 28];4:81-7. Disponible en: <https://www.revistahad.eu/index.php/revistahad/article/view/102>
21. 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 Off. J. Multinatl. Assoc. Support. Care Cancer [Internet] 2021;29:8089-96. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00520-021-06438-9>
22. Shariff F, Bogach J, Guidolin K, Nadler A. Malignant Bowel Obstruction Management Over Time: Are We Doing Anything New? A Current Narrative Review. Ann. Surg. Oncol. [Internet] 2022 [citado 2025 abr 4];29:1995-2005. Disponible en: <https://doi.org/10.1245/s10434-021-10922-1>
23. Banting SP, Waters PS, Peacock O, Narasimhan V, Lynch AC, McCormick JJ, et al. Management of primary and metastatic malignant small bowel obstruction, operate or palliate. A systematic review. ANZ J. Surg. [Internet] 2021 [citado 2025 abr 4];91:282-90. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/ans.16188>
24. Baiomy TA, Almenyawy MM, Sakr MA, Haggag A, Shaker SE, Sharafeddein M, et al. Considerations in the Management Procedures of Malignant Large Bowel Obstruction; Surgical versus Conservative Management: Outcome and Prognostic Factors. J. Coloproctology [Internet] 2024 [citado 2025 abr 4];44:e261-5. Disponible en: <https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0044-1800893>
25. Cole JM, Khan SZ, Marks JM, Armstrong AJ, Zanotti KM, Juza RM. Enhanced gastric decompression for palliation of malignant bowel obstruction. Surg. Endosc. [Internet] 2023 [citado 2025 abr 4];37:4000-4. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00464-022-09554-7>
26. Buchan EJ, Haywood A, Syrmis W, Good P. Medically assisted hydration for adults receiving palliative care. Cochrane Database Syst. Rev. [Internet] 2023 [citado 2025 abr 14];2023:CD006273. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10720602/>

27. Kingdon A, Spathis A, Brodrick R, Clarke G, Kuhn I, Barclay S. What is the impact of clinically assisted hydration in the last days of life? A systematic literature review and narrative synthesis. *BMJ Support. Palliat. Care* [Internet] 2021 [citado 2025 abr 14];11:68-74. Disponible en: <https://spcare.bmj.com/content/11/1/68>
28. International Association for Hospice and Palliative Care (IAHPC). Definición consensuada de Cuidados Paliativos - Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos [Internet]. [citado 2025 abr 14];Disponible en: <https://cuidadospaliativos.org/definicion-consensuada-de-cuidados-paliativos/>
29. Organización Mundial de la Salud. Cuidados paliativos [Internet]. 2020 [citado 2025 abr 3];Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
30. Moyett JM, Howell EP, Broadwater G, Greene M, Secord AA, Watson CH, et al. Understanding the spectrum of malignant bowel obstructions in gynecologic cancers and the application of the Henry score. *Gynecol. Oncol.* [Internet] 2023 [citado 2025 abr 14];174:114-20. Disponible en: [https://www.gynecologiconcology-online.net/article/S0090-8258\(23\)00202-0/abstract](https://www.gynecologiconcology-online.net/article/S0090-8258(23)00202-0/abstract)
31. Davis MP, Hui D. Quality of Life in Palliative Care. *Expert Rev. Qual. Life Cancer Care* [Internet] 2017 [citado 2025 abr 3];2:293-302. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6405258/>
32. Huang X, Xue J, Gao M, Qin Q, Ma T, Li X, et al. Medical Management of Inoperable Malignant Bowel Obstruction. *Ann. Pharmacother.* [Internet] 2021 [citado 2025 abr 3];55:1134-45. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/1060028020979773>
33. Baylina Melé M, Villavicencio-Chávez C, Garzón Rodríguez C, Edo-Gual M, Crespo I. Design and development of a new pictorial tool to facilitate communication around advance care planning. *Age Ageing* [Internet] 2024 [citado 2025 abr 3];53:afae148. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/ageing/afae148>
34. Rosa WE, Izumi S, Sullivan DR, Lakin J, Rosenberg AR, Creutzfeldt CJ, et al. Advance Care Planning in Serious Illness: A Narrative Review. *J. Pain Symptom Manage.* [Internet] 2023 [citado 2025 abr 3];65:e63-78. Disponible en: [https://www.jpsmjournal.com/article/S0885-3924\(22\)00866-1/fulltext](https://www.jpsmjournal.com/article/S0885-3924(22)00866-1/fulltext)
35. Alanazi MA, Shaban MM, Ramadan OME, Zaky ME, Mohammed HH, Amer FGM, et al. Navigating end-of-life decision-making in nursing: a systematic review of ethical challenges and palliative care practices. *BMC Nurs.* [Internet] 2024 [citado 2025 abr 3];23:467. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC11232160/>

36. Akdeniz M, Yardımcı B, Kavukcu E. Ethical considerations at the end-of-life care. *SAGE Open Med.* [Internet] 2021 [citado 2025 abr 15];9:20503121211000918. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7958189/>
37. Hupfeld NB, Burcharth J, Jensen TK, Lolle I, Nielsen LBJ, Tolver MA, et al. Outcomes of patients admitted with malignant small bowel obstruction: a subgroup multicentre observational cohort analysis. *Langenbecks Arch. Surg.* [Internet] 2024;409:239. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00423-024-03436-3>
38. Patterson M, Greenley S, Ma Y, Bullock A, Curry J, Smithson J, et al. Inoperable malignant bowel obstruction: palliative interventions outcomes - mixed-methods systematic review. *BMJ Support. Palliat. Care* [Internet] 2024;13:e515-27. Disponible en: <https://spcare.bmj.com/content/13/e3/e515>

GLOSARIO DE ABREVIATURAS

CV: Calidad de Vida

HCP: Hospitalización de Cuidados Paliativos

HR: Hazard Ratio (Razón de riesgos)

IC: Intervalo de Confianza

IAHPC: International Association for Hospice and Palliative Care

IMC: Índice de Masa Corporal

IK: Índice de Karnofsky

MASCC: Multinational Association of Supportive Care in Cancer

NCI: National Cancer Institute

OIM: Obstrucción Intestinal Maligna

OMS: Organización Mundial de la Salud

PAC: Planificación Anticipada de Cuidados

PPI: Palliative Prognostic Index

PPS: Palliative Performance Scale

SOLCA: Sociedad de Lucha Contra el Cáncer

SPSS: Statistical Package for Social Sciences

TC: Tomografía Computarizada

ANEXOS

ANEXO 1: Formulario para la recolección de datos

Supervivencia en pacientes con obstrucción intestinal maligna en cuidados paliativos 

* Obligatoria

1. HC O CODIGO *

2. EDAD *

☐ 18 - 39

☐ 40 - 59

☐ 60-79

☐ Mayor de 80

3. SEXO *

☐ HOMBRE

☐ MUJER

4. DIAGNOSTICO CIE 10 *

5. COMORBILIDADES *

☐ CARDIOVASCULARES

☐ METABOLICAS

☐ NEUROLOGICAS

☐ REUMATOLOGICAS

☐ HEPATO - RENALES

☐ OTRAS

☐ NINGUNA

6. FECHA DE DIAGNOSTICO DE OIM *

7. LEUCOCITOS *

8. NEUTROFILOS *

<https://forms.office.com/Pages/DesignPageV2.aspx?prevorigin=shell&origin=NeoPortalPage&subpage=design&id=HtRNOBVmskeRkD5jfrf88Nrd...> 1/4

9. UNFOCITOS *

10. HEMOGLOBINA *

11. HEMATOCRITO *

12. CREATININA *

13. UREA *

14. BILIRRUBINA TOTAL *

15. BILIRRUBINA DIRECTA *

16. BILIRRUBINA INDIRECTA *

17. TGO *

18. TGP *

...

19. ALBUMINA SÉRICA *

20. PROTEÍNAS TOTALES *

21. ASCITIS *

☐ SI☐ No

22/5/25, 21:06

Supervivencia en pacientes con obstrucción intestinal maligna en cuidados paliativos

22. CARCINOMATOSIS *

- ☐ SI
☐ No

23. OBSTRUCCION COMPLETA *

- ☐ SI
☐ No

24. LUGAR DE OBSTRUCCION *

- ☐ I. GRUESO
☐ I. DELGADO
☐ AMBAS

25. ESCALA FUNCIONAL PALIATIVA (PPS)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

26. INDICE DE MASA CORPORAL *

- ☐ 18 O MENOS
☐ 19 -25
☐ 26-30
☐ 31 O MAS

27. TRATAMIENTO ONCOESPECIFICO (QUIMIOTERAPIA) *

28. RADIOTERAPIA *

- ☐ SI
☐ NO

29. NUMERO DE INTERVENCIONES QUIRURGICAS ANTERIORES

- ☐ 1-2
☐ 3-4
☐ MAS DE 5
☐ NINGUNA

30. CIRUGIA PALIATIVA (COLOSTOMIA, ILEOSTOMIA, STENT) *

31. USO DE Sonda NASOGÁSTRICA *

- ☐ SI
- ☐ No

32. TERAPIA FARMACOLÓGICA UTILIZADA *

- ☐ CORTICOIDES
- ☐ PROCINETICOS
- ☐ ENEMAS
- ☐ LAXANTES ORALES
- ☐ ANTIEMÉTICOS

33. TERAPIA ANALGÉSICA *

- ☐ OPIOIDE
- ☐ ANTICOLINÉRGICOS
- ☐ ANTIINFLAMATORIOS
- ☐ OTROS

34. RESTITUCIÓN DEL TRANSITO INTESTINAL *

- ☐ SI
- ☐ NO

35. DADO/A DE ALTA *

- ☐ SI
- ☐ NO

36. FECHA DE FALLECIMIENTO O ÚLTIMA VALORACIÓN *

37. LUGAR DE FALLECIMIENTO *

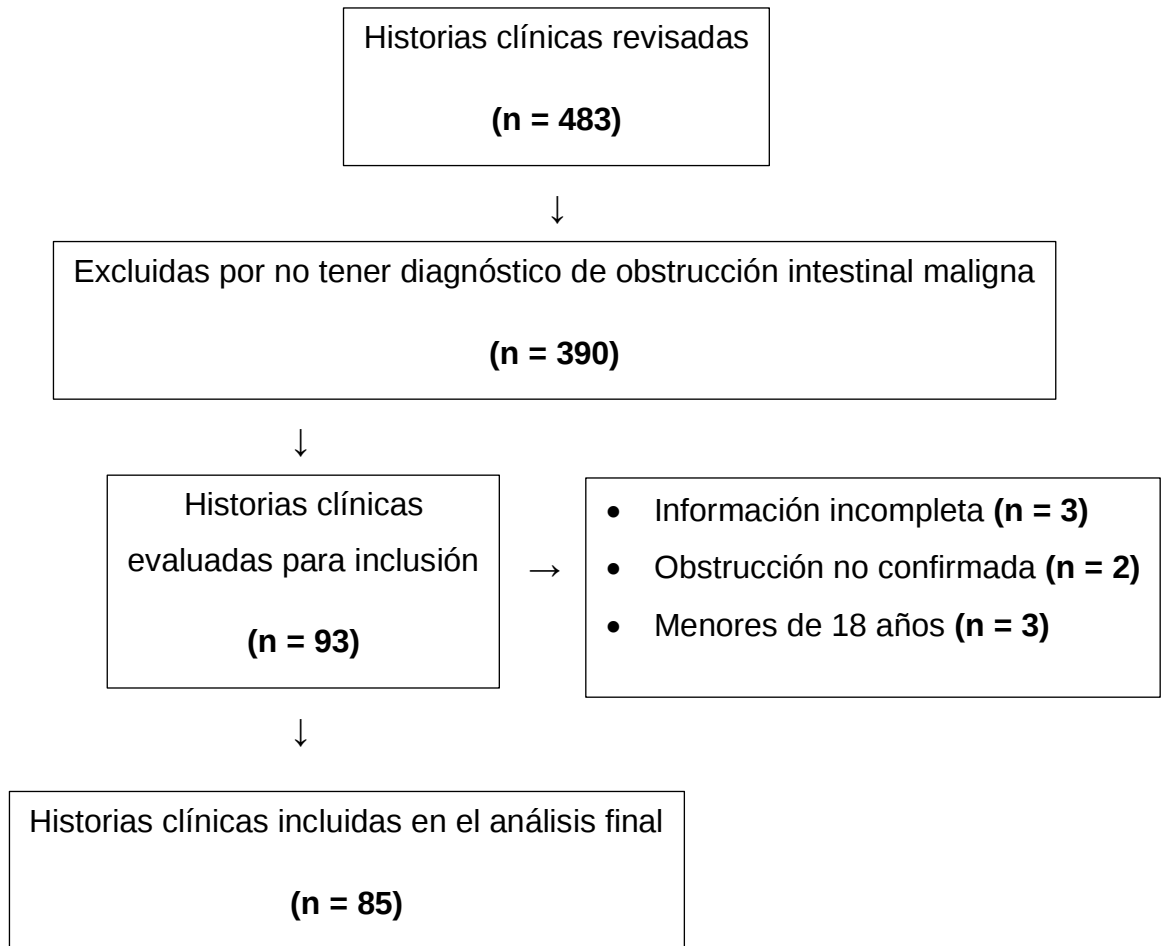
- ☐ DOMICILIO
- ☐ HOSPITAL
- ☐ OTRO

Este contenido no está creado ni respaldado por Microsoft. Los datos que envíe se enviarán al propietario del formulario.



ANEXO 2: Flujograma de inclusión y exclusión de historias clínicas

Gráfico 15. Flujograma de inclusión y exclusión de historias clínicas



FUENTE: Investigación directa (2025)

ELABORACIÓN: La autora



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, Adriana Elizabeth Estrella Lima, con C.C: # 1103848899 autora del trabajo de titulación: **“Factores determinantes de la supervivencia en pacientes con obstrucción intestinal maligna en cuidados paliativos”** previo a la obtención del título de **Especialista en Cuidados Paliativos** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, **26 de mayo de 2025**

f. _____

Nombre: **Adriana Elizabeth Estrella Lima**

C.C: **1103848899**

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Factores determinantes de la supervivencia en pacientes con obstrucción intestinal maligna en cuidados paliativos		
AUTOR(ES)	Adriana Elizabeth Estrella Lima		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Patricia Bonilla Sierra		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Sistema de Posgrado/Escuela de graduados en Ciencias de la Salud		
CARRERA:	Especialización en Cuidados Paliativos		
TÍTULO OBTENIDO:	Especialista en Cuidados Paliativos		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	26 de mayo de 2025	n. DE PÁGINAS:	66
ÁREAS TEMÁTICAS:	Salud, Medicina, Cuidados paliativos		
PALABRAS CLAVES:	Obstrucción intestinal maligna; Cuidados paliativos; Supervivencia; Cirugía paliativa; Pronóstico; Índice de masa corporal; funcionalidad.		
KEYWORDS:	Malignant bowel obstruction; Palliative care; Survival; Palliative surgery; Prognosis; Body mass index; functionality.		
RESUMEN: La obstrucción intestinal maligna (OIM) constituye una complicación frecuente en pacientes con cáncer avanzado, generando alta carga sintomática y reducida supervivencia. Este estudio tuvo como objetivo identificar los factores clínicos, demográficos y terapéuticos asociados a la supervivencia de pacientes con OIM atendidos en hospitalización paliativa del Instituto Oncológico Nacional SOLCA Guayaquil, entre octubre de 2020 y enero de 2025. Se realizó un estudio observacional, retrospectivo y analítico, basado en el análisis de 85 historias clínicas. La mediana de supervivencia fue de 18 días. La linfopenia y uremia elevada se asociaron con menor supervivencia. La quimioterapia previa y la restitución del tránsito intestinal mostraron relación significativa con mayor supervivencia, al igual que el uso de opioides. La cirugía paliativa redujo el riesgo de mortalidad, mientras que los corticoides se asociaron con mayor riesgo. El índice de masa corporal en rango de sobrepeso y un mejor estado funcional (medido por PPS) también se correlacionaron con mayor supervivencia. Estos hallazgos resaltan la importancia de una evaluación integral que incluya variables clínicas y funcionales para individualizar el abordaje terapéutico en pacientes con OIM en cuidados paliativos. ABSTRACT: Malignant bowel obstruction (MBO) is a common complication in patients with advanced cancer, associated with high symptom burden and limited survival. This study aimed to identify clinical, demographic, and therapeutic factors associated with survival in patients with MBO treated in the palliative care unit at the National Oncology Institute SOLCA Guayaquil, from October 2020 to January 2025. An observational, retrospective, analytical study was conducted using data from 85 medical records. Median survival was 18 days. Lymphopenia and elevated urea levels were linked to poorer survival. Previous chemotherapy and restoration of bowel transit were significantly associated with longer survival, as was opioid use. Palliative surgery reduced the risk of mortality, while corticosteroid use was linked to higher risk. A body mass index in the overweight range and better functional status (measured by PPS) were also positively correlated with longer survival. These findings emphasize the relevance of comprehensive assessments that integrate clinical and functional variables to personalize therapeutic strategies in patients with MBO receiving palliative care.			
ADJUNTO PDF:	☒ SI	☐ NO	
CONTACTO AUTOR/ES:	Teléfono: +593-0981412098	E-mail: adriana.estrella@cu.ucsg.edu.ec	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR PROCESO UTE):	Nombre: Vallejo Martínez Mariana		
	Teléfono: 0998089192		
	E-mail: mariana.vallejo@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			