



Complicaciones médico quirúrgicas en la evolución del paciente paliativo oncológico

Medical surgical complications in the evolution of the palliative oncological patient

Arianna Irina Escajadillo-Luck¹

Resumen

El paciente oncológico suele tener un curso de enfermedad en su mayoría con evolución progresiva desfavorable que determina muchas veces la muerte, y esos episodios lo constituyen las complicaciones médico-quirúrgicas asociados a la enfermedad de fondo. Además, suelen ser angustiantes para la familia y el propio paciente. Es por ello importante establecer los objetivos terapéuticos adecuados (adecuación del esfuerzo terapéutico) para mejorar el manejo acorde a la evolución de su enfermedad y a las complicaciones que puede ir presentando, que son potencialmente fatales. Este enfoque es dado por los cuidados paliativos que buscan mejorar la calidad de vida del paciente y familia a través del tratamiento del dolor y otros problemas físicos, sociales, psicológicos y espirituales. Siendo totalmente compatible con las medidas curativas. En el presente documento se expone de forma sucinta respecto a 4 complicaciones potencialmente mortales como son: hemorragias masivas, convulsiones, síndrome de compresión medular y obstrucción intestinal maligna y su manejo acorde al enfoque de los cuidados paliativos.

Palabras clave: Hemorragia masiva, convulsiones, síndrome de compresión medular, obstrucción intestinal maligna, cuidados paliativos.

Abstract

Cancer patients tend to have a disease course with mostly unfavorable progressive evolution that often leads to death, and these episodes are made up of the medical-surgical complications associated with the underlying disease. In addition to that they are usually distressing for the family and the patient himself. It is therefore important to establish the appropriate therapeutic objectives (adequacy of the therapeutic effort) to improve the management according to the evolution of the disease and the complications that it may present, which are potentially fatal. This approach is given by palliative care that seeks to improve the quality of life of the patient and family through the treatment of pain and other physical, social, psychological and spiritual problems. Being fully compatible with curative measures. Then, in this document, it has been succinctly exposed regarding 4 life-threatening complications such as: massive hemorrhages, seizures, spinal compression syndrome and malignant intestinal obstruction and their management according to the palliative care approach.

Keywords: Massive hemorrhage, seizures, spinal compression syndrome, malignant intestinal obstruction, palliative care.

Mensaje clave

La motivación para la realización de la presente revisión es poder complementar el conocimiento de las complicaciones médico-quirúrgicas en la evolución del paciente oncológico con un enfoque que aún es poco conocido en nuestro país y en nuestra comunidad médica como son los cuidados paliativos. Los principales hallazgos son justamente la amplitud de complicaciones que pueden presentarse como

las hemorragias masivas, convulsiones, síndrome de compresión medular y obstrucción intestinal maligna, cuyo abordaje se orienta al enfoque de cuidados paliativos. Las implicancias en salud pública es proporcionar un ahorro de costos en recursos humanos y materiales en la institución sanitaria, mejorar el bienestar y calidad de vida del paciente y familia y promover políticas sanitarias que incluyan los

¹ Médico internista, maestrando de la maestría de Cuidados Paliativos y Manejo del Dolor. Hospital Nacional Hipólito Unanue, Lima, Perú. ORCID: 0000-0003-0693-3787

cuidados paliativos como parte del manejo integral de los pacientes.

Introducción

El paciente oncológico suele tener un curso de enfermedad en su mayoría con evolución progresiva desfavorable que determina muchas veces la muerte, y esos episodios lo constituyen las complicaciones médico-quirúrgicas asociados a la enfermedad de fondo^(1,2).

Es por ello importante establecer los objetivos terapéuticos para mejorar el manejo acorde a la evolución de su enfermedad y a las complicaciones que puede ir presentando⁽³⁾.

Siendo necesario aplicar los cuidados paliativos, que según la Organización Mundial de la Salud (OMS), define como "el enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento, por medio de la identificación temprana y la impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, sociales, psicológicos y espirituales". Tienen como objetivos el alivio del dolor y otros síntomas, no alargar ni acortar la vida, dar apoyo psicológico, social y espiritual, proporcionar sistemas de apoyo para que la vida sea lo más activa posible y dar apoyo a la familia durante la enfermedad y en el duelo⁽⁴⁾. Es entender que los cuidados paliativos no son antagónicos a los cuidados curativos, sino que pueden ir simultáneamente junto a las medidas curativas⁽⁵⁾.

Además, se hace necesario mencionar que para este manejo conjunto se realiza la adecuación del esfuerzo terapéutico, es decir, el ajuste de los tratamientos a la situación clínica del paciente. Y ha de considerarse en casos en los que hay una escasa posibilidad de respuesta a los tratamientos e implica la valoración de un cambio en la estrategia terapéutica que supone la retirada o no instauración de algún tratamiento^(5,6).

Desarrollaremos las complicaciones médico-quirúrgicas que se presentan en estos pacientes con patología oncológica y su manejo acorde al enfoque de los cuidados paliativos.

Complicaciones médico quirúrgicas en el paciente oncológico

Las complicaciones médico quirúrgicas que se presentan en la evolución del paciente con patología

oncológica, representan un agravamiento de la enfermedad por una patología aguda o crónica reagudizada y que requiere la realización de un diagnóstico y tratamiento pertinentes, que incluye por lo tanto los cuidados paliativos, por tanto, se centran principalmente en brindar la calidad de vida y evaluar el impacto físico, psicosocial y existencial de esta nueva situación en el paciente y la familia^(1,7,8).

Consideraremos de forma general cuatro de ellas: Hemorragias masivas, convulsiones, síndrome de compresión medular y obstrucción intestinal maligna.

Hemorragias masivas

La "hemorragia masiva" o "hemorragia letal" se define como una complicación que constituye una urgencia paliativa que es potencialmente mortal y se caracteriza por la presencia de un sangrado incoercible e irresoluble en una persona con una enfermedad terminal. Entendiendo enfermedad terminal como aquella que es avanzada, progresiva, activa, incurable, y con expectativa de vida limitada (menor a seis meses)⁽²⁾.

Dicho sangrado: (i) proviene de arterias mayores, (ii) se espera el deceso en un período corto (minutos), (iii) decreta en forma súbita el volumen circulante (1.5 litros en 30 minutos), y puede ser interno o externo⁽⁹⁾.

Medidas no farmacológicas o generales^(10,11) que se implementan:

1. Con la finalidad de disminuir la angustia asociada a la presencia de sangre, se pueden realizar las siguientes acciones:

- a. Utilice sábanas y toallas de color oscuro.
- b. Emplee sanitarios ("cómodo" o "pato") de color oscuro.

2. Con la finalidad de contener el sangrado, se pueden realizar las siguientes acciones:

- a. Compresión en el lugar de la hemorragia o vendajes compresivos.
- b. Empaque o empaquetamiento en cavidad vaginal, nasal o rectal.
- c. Pasta Mohs' (50 g de cloruro de zinc, 25 mL agua destilada, 19 g de almidón de zinc y 15 mL de glicerol).
- d. Solución de Monsel (sulfato férrico, sulfúrico y ácido nítrico).
- e. Apósitos con y sin formalina (4-5%) o acetona.
- f. Cocaína, epinefrina, nitrato de plata, sucralfato tópico, selladores de fibrina

3. Otras acciones que son de utilidad:

- a. Identificar sitio y extensión de la hemorragia y realizar control local.
- b. Al presentarse el sangrado, colocar al paciente en posición semi-fowler o en decúbito lateral.

Medidas farmacológicas: con medicamentos como octeótrido, ácido aminocaproico, ácido tranexámico, etamsilato, vitamina K⁽⁷⁾.

Medidas invasivas: Algunos enfermos requieren medidas invasivas entre las que se han descrito^(7,10,11): (i) Cirugía, (ii) terapia endovascular (principalmente cáncer de cabeza y cuello)⁽¹⁰⁾, (iii) stents (principalmente cáncer de cabeza y cuello), (iv) radiología intervencionista, (v) radioterapia (principalmente cáncer gástrico), y (vi) endoscopia (cistoscopia, colonoscopia).

Cuando la hemorragia causa angustia a la familia o al enfermo es necesario iniciar un procedimiento denominado "sedación paliativa" (también llamada sedación al final de la vida). Este procedimiento se entiende como una medida realizada en sujetos con enfermedad terminal y que se encuentran en sus "últimos días" y en quienes todas las medidas ya mencionadas han sido ineficientes. De tal forma que la sedación tiene por objetivo disminuir la angustia asociada a la visualización de la pérdida sanguínea, ya que es un condicionante de sufrimiento desproporcionado e innecesario. Los medicamentos utilizados son: midazolam, levomepromazina y/o propofol⁽⁷⁾.

El apoyo psicológico hacia la familia y el paciente e incluso intervenciones psiquiátricas deben ser facilitados y nunca estigmatizados.

Dependiendo del contexto y de la religiosidad del enfermo se debe facilitar el apoyo espiritual. De igual forma en donde sea posible y esté reglamentado es conveniente contar con directrices anticipadas⁽⁷⁾.

Convulsiones

La liga internacional contra la epilepsia define convulsión como un movimiento involuntario, generalmente sostenido (tónico) o interrumpido (clónico), que resulta de una alteración en la función cerebral causada por una descarga anormal, asincrónica y autolimitada de neuronas del SNC. Una convulsión epiléptica es la manifestación clínica de estas crisis, las convulsiones focales (parciales) involucran un

hemisferio, mientras que las convulsiones generalizadas involucran ambos^(12,13).

Mientras que el status epiléptico puede definirse como: Una convulsión prolongada que dura más de 5 minutos para convulsiones tónico-clónicas generalizadas y más de 10 minutos para todos los otros tipos de convulsiones ▪ Una serie de al menos dos convulsiones sin recuperación del estado de conciencia entre ambas. ▪ La actividad convulsiva ya sea continua o sin recuperación total, con una duración superior a 30 minutos. ▪ Más de 3 convulsiones en 24 horas^(13,14).

Las crisis convulsivas son comunes en estos pacientes, los tumores intracraneales del SNC son la causa más común de epilepsia en el grupo de 41-60 años, en el 45% de los casos las convulsiones son la primera manifestación semiológica del tumor, aún más cuando existen lesiones múltiples y en melanoma. Los pacientes pueden presentar diferentes tipos de convulsiones e incluso estados epilépticos (SE)^(13,15).

Hasta el 4% de los pacientes oncológicos tienen convulsiones debido a la quimioterapia (citarabina, metotrexato, cisplatino, etc), otras causas son la falla renal o hepática, secundarias a lisis tumoral, desequilibrios hidroelectrolíticos, hipoglucemia y radioterapia craneal^(13,15).

El Status Epiléptico es una complicación considerada una urgencia paliativa por el cuadro neurológico grave, se ha descrito una mortalidad hasta del 20% y una morbilidad del 39%. En la mayoría de los casos se asocia a la retirada de fármacos antiepilépticos o posterior a un evento agudo que condicione daño al sistema nervioso. Siendo una de las causas más comunes e importantes de alteración en el estado de conciencia en enfermos terminales^(13,15). El tratamiento debe de ser sintomático y etiológico, en enfermos terminales el control de los síntomas es el objetivo de tratamiento, sin embargo, es esencial resolver situaciones de riesgo vital (vía aérea obstruida, hipertensión intracraneal, etc.), o que reduzcan la calidad de vida (vómito incoercible, dolor refractario, etc.). Asimismo, se habrá de prevenir posibles lesiones traumáticas y complicaciones durante y después de la crisis convulsiva⁽¹⁶⁾.

En pacientes con crisis de inicio claramente focalizadas se recomienda utilizar: levetiracetam, lamotrigina u oxcarbacepina, como tratamiento de primera elección y carbamacepina, topiramato, gabapentina, lacosamida como alternativas. En pacientes con convulsiones generalizadas se prefiere utilizar valproato o levetiracetam para las crisis tónico-clónicas, mioclónicas o de ausencia^(13,16).

El tratamiento del SE es exitoso cuando comienza dentro de los 60 minutos posteriores al inicio de la convulsión, un resultado desfavorable se asocia a un retraso de más de 2 horas en el inicio del tratamiento, pacientes mayores de 60 años, estancia prolongada en UCI e infecciones durante el tratamiento. El pronóstico depende principalmente del nivel de conciencia al inicio del SE, el estupor o coma a inicio del tratamiento tienen un pronóstico malo (mortalidad casi del 100%)^(13,14).

Los fármacos de primera línea son las benzodiacepinas, los fármacos de segunda línea son los medicamentos antiepilépticos. Si en 30 minutos el paciente no responde a estos medicamentos debe considerarse la sedación paliativa con anestésicos; para esto los pacientes deben ser monitorizados e intubados. Cabe mencionar que la comunicación con el paciente y la familia es importante tanto para asegurarse de que los miembros de la familia estén informados y comprendan la situación del paciente como para la toma de decisiones clínicas. Los medicamentos no barbitúricos (midazolam y propofol) son los más utilizados para inducir la sedación^(13,16).

Síndrome de Compresión Medular (SCM)

Es una complicación médica quirúrgica generalmente de causa oncológica, que se considera una urgencia oncológica y neurológica de mal pronóstico. Esta se produce por la indentación, desplazamiento o atrapamiento de la médula espinal o de las raíces nerviosas que forman la cola de caballo⁽¹⁷⁾.

Por la rapidez de la evolución es que el tratamiento debe instaurarse inmediatamente, y aún así puede conllevar a una paraparesia o incluso a una paraplejía en horas.

Etiología: Este síndrome se presenta de manera similar en ambos sexos y cualquier enfermedad neoplásica diseminada puede llegar a provocarlo. No obstante, los tumores que la producen con mayor frecuencia son: pulmón (12-32 %), próstata (4-28 %), mama en la mujer (12-36 %). Es un poco más raro en los linfomas, carcinoma renal, melanoma y tumores gastrointestinales. Un tercio de los casos que presentan este síndrome son la primera manifestación del tumor, especialmente en el cáncer de pulmón⁽¹⁷⁾.

La localización más frecuente es la dorsal y se demuestra por RMN, bloqueo mielográfico y radiografía de columna que ubica la lesión en un 90 % de casos. Los síntomas y signos producidos por la compresión de la médula espinal de las raíces o los plexos nerviosos. El dolor es el síntoma inicial y

aparece prácticamente en todos los pacientes cuando se realiza el diagnóstico. Es un dolor que empeora con el decúbito. Disminuye parcialmente al sentarse o ponerse de pie y empeora con la flexión del cuello, la elevación de las piernas o la tos. La presión de las apófisis espinosas de las vértebras localiza la lesión⁽¹⁷⁾.

Otro síntoma que aparece con más frecuencia es la debilidad en extremidades, que se acompaña de alteraciones en la marcha y el equilibrio. Posteriormente van apareciendo alteraciones esfinterianas y sensitivas. No es rara una retención aguda de orina, que es a menudo indolora, a diferencia de las retenciones producidas por otras causas⁽¹⁸⁾.

El tratamiento debe ser inmediato y consiste en:

- Reposo absoluto

- Corticoides: dexametasona en bolo, 20 y 40 mg iv (pueden ser dosis mayores hasta 100 mg, si es muy rápida la progresión clínica), continuando con dosis de 4 a 16 mg cada 6 horas, ajustando la dosis a la rapidez del deterioro neurológico. Pueden reducir el dolor, preservar las funciones neurológicas y mejoran el pronóstico funcional después del tratamiento definitivo.

- Radioterapia, en casos de compresión extradural.

- La cirugía está indicada en casos refractarios a radioterapia, tumores radiorresistentes, neoplasias de origen o naturaleza desconocida, o dudas diagnósticas con abscesos o hematomas epidurales y en casos de inestabilidad espinal o desplazamiento vertebral.

Si se realiza el diagnóstico cuando el enfermo todavía camina el porcentaje de recuperaciones es del 80%. Si ya están presentes la retención urinaria y la paraparesia, solo se recuperan la mitad. Cuando ya está instaurada la paraplejía la mayor parte de los pacientes no recuperan la función^(19,20).

Obstrucción intestinal maligna

Siendo definido en base a los siguientes criterios diagnósticos los cuales son: a) evidencia clínica de obstrucción intestinal, b) obstrucción distal al ligamento de Treitz, c) la presencia de tumor primario intraabdominal o extrabdominal con metástasis peritoneal, d) ausencia de posibilidades razonables para una cura⁽²¹⁾.

Constituyen una complicación frecuente en estos pacientes oncológicos avanzados.

Etiología: Los más frecuentes son los cánceres primarios de origen abdominal como: colon (25%-40%), ovario (16%-29%), estómago (6%-19%)⁽²²⁻²⁴⁾.

Dentro de la fisiopatología de la obstrucción intestinal maligna se invoca que existe un gran acúmulo de secreciones digestivas, formación de tercer espacio de líquidos, hipovolemia, distensión intestinal, aumento de la peristalsis con el resultado de daño del epitelio intestinal, inflamación y amotilidad (infiltración tumoral de plexos nerviosos autónomos)⁽²²⁻²⁴⁾.

Según la patofisiología se clasifica en funcional o adinámica (íleo) y mecánica⁽²⁵⁾.

Y según la anatomía y clínica se divide obstrucción intestinal alta y baja. Siendo la primera la que se produce por encima del ligamento de Treitz y la segunda después del mismo⁽²⁵⁾.

Clínica: Los síntomas pueden variar según el nivel de obstrucción. Siendo lo más característico el dolor tipo retorcijones, los vómitos biliosos-incluso fecaloideo (infrecuente y por ser más distal la obstrucción), anorexia, distensión abdominal⁽²²⁻²⁴⁾;

La radiografía, tomografía computarizada nos brindan la confirmación diagnóstica⁽²⁴⁾ e incluso la resonancia magnética resulta útil para complementar la etiología⁽²¹⁾.

Tratamiento

La obstrucción intestinal maligna es una complicación terminal prevalente y necesita un enfoque interdisciplinario de cuidados paliativos para un manejo multimodal⁽²²⁾.

Dentro de los tratamientos se incluye la cirugía, intervencionismo endoscópico, aspiración digestiva y la terapia farmacológica paliativa^(24,26).

Manejo quirúrgico: Cuyo objetivo es restablecer la permeabilidad digestiva y siempre debe considerarse en la fase inicial de la enfermedad, preservando el estado general y si solo es un nivel de obstrucción^(22,26).

Si bien las operaciones pueden ofrecer una ventaja de una mayor supervivencia, los riesgos quirúrgicos deben considerarse cuidadosamente antes de una operación, ya que la morbilidad (7% -44%) y la mortalidad (6% -32%) son comu-

nes, y la tasa de reobstrucción (6% -47%) y la readmisión (38% -74%) es alta^(24,26).

Tratamiento intervencionista: Dentro de las intervenciones no quirúrgicas se menciona el uso de stents y la paliación endoscópica, que muestran una tasa de alivio sintomático y tolerancia de la ingestión oral de 90%⁽²⁷⁾.

Considerándose una buena opción en pacientes con una obstrucción única en quienes la cirugía paliativa está descartada o el paciente no desea⁽²⁴⁾.

Nutrición Parenteral: Como objetivo recobrar el estado nutricional en pacientes candidatos para la cirugía⁽²⁴⁾. Siendo un tema controversial para pacientes inoperables⁽²⁸⁾.

El tratamiento farmacológico paliativo tiene como objetivo controlar adecuadamente los síntomas, manteniendo el máximo confort posible. El tratamiento está basado en el uso de antieméticos, analgésicos potentes como los opioides, glucocorticoides y medicamentos antiseoretos en combinación con la más cómoda ruta de administración que permita la aplicación de cuidados en casa^(22-24,26).

En general el pronóstico es malo, con una tasa de supervivencia media inferior a 3 meses⁽²⁹⁾.

Conclusiones

La revisión de la literatura destaca que las complicaciones médico-quirúrgicas en el paciente con patología paliativa comprometen su vida y pueden ser angustiante para la familia y el propio paciente.

En el presente documento se ha expuesto de forma sucinta respecto a 4 complicaciones potencialmente mortales como son: hemorragias masivas, convulsiones, síndrome de compresión medular y obstrucción intestinal maligna.

Se requiere de consensos en el manejo de cada caso a fin de brindar un tratamiento adecuado que aborde todos los aspectos de los cuidados paliativos, siendo importante y prudente considerar la adecuación del esfuerzo terapéutico.

El apoyo psicológico al paciente y la familia se debería facilitar. Dependiendo del contexto y de la religiosidad del enfermo se debe facilitar el apoyo espiritual. Asimismo, poder contar con directrices anticipadas.

Referencias bibliográficas

1. Long D, Koefman A, Long B. Oncologic Emergencies: Palliative Care in the Emergency Department Setting. *J Emerg Med.* 2021;60(2):175-191. doi: 10.1016/j.jemermed.2020.09.027.
2. Schrijvers D, Van Fraeyenhove F. Emergencies in palliative care. *Cancer J.* 2010;16:514-520. doi: 10.1097/PPO.0b013e3181f28a8d
3. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Historia de los cuidados paliativos. Secpal [internet]. Madrid;2014. [cited 2021 set 16] Disponible en: https://www.secpal.com/secpal_com/secpal_historia-de-los-cuidados-paliativos-1
4. Terrazas E, Allende Pérez S, Verastegui Avilés E. Introducción a los cuidados Paliativos. En: Allende Pérez S, Verastegui Avilés E, editors. *El ABC en Medicina Paliativa*. 1a edición. España: Editorial Médica Panamericana; 2014.
5. Pérez FM. Adecuación del esfuerzo terapéutico, una estrategia al final de la vida. *Semergen.* 2016;42(8):566-574. doi: 10.1016/j.semern.2015.11.006.
6. Bátiz J. Adecuación del esfuerzo diagnóstico y terapéutico en cuidados paliativos. Artículo especial. *Gac. Med. Bilbao.* 2014; 111(3):57-62.
7. Covarrubias A, Otero M, Templos L A, Mutto E, Mariaca M, García J, et al. Guía Latinoamericana de Práctica Clínica para el abordaje de la hemorragia masiva en el enfermo paliativo en situación de terminalidad. *Revista Mexicana de Anestesiología* 2018;41(4):301-311. <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2018/cma184l.pdf>
8. Instituto Nacional del Cáncer. Diccionario de cáncer: Complicación. <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/complicacion>
9. Carrillo R, Peña CA. Definiciones y abordaje de la hemorragia crítica. *Revista Mexicana de Anestesiología* 2019;38(2):S374-S379. <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2015/cmas152b.pdf>
10. Prommer E. Management of bleeding in the terminally ill patient. *Hematology.* 2005;10: 67-175 doi : 10.1080/10245330500093237
11. Eleje GU, Eke AC, Igberase GO, Igwegbe AO, Eleje LI. Palliative interventions for controlling vaginal bleeding in advanced cervical cancer. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;5:CD011000. doi: 10.1002/14651858.CD011000.pub3
12. Trinka E, Cock H, Hesdorffer D, Rossetti AO, Scheffer IE, Shinnar S, et al. A definition and classification of status epilepticus-Report of the ILAE Task Force on Classification of Status Epilepticus. *Epilepsia.* 2015;56(10):1515-23. doi: 10.1111/epi.13121
13. León M, Rodríguez ML, Sanjuán L, Pérez MT, Ibáñez F, Arce S, et al. Guía para el manejo de las crisis epilépticas en cuidados paliativos: propuesta de un modelo actualizado de práctica clínica basado en una revisión sistemática de la literatura. *Neurología.* 2017;34(3):165-197 doi: <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2016.11.010>.
14. Gonzales, A. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en Urgencias de Pediatría, capítulo 10: Estatus epiléptico. Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (SEUP), 3ª Edición, 2019. https://seup.org/pdf_public/pub//protocolos/10_Epilepsia.pdf
15. Lorenzl S, Mayer S, Feddersen B, Jox R, Noachtar S, Borasio GD. Nonconvulsive status epilepticus in palliative care patients. *J Pain Symptom Manage.* 2010;40(3):460-465. doi:10.1016/j.jpainsymman.2010.01.019
16. Dulin D, Noreika M, Coyne P. Management of Refractory Status Epilepticus in an Actively Dying Patient, *Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy.* 2014(28):243-250, doi: 10.3109/15360288.2014.941129
17. Cruz JJ, Rodríguez Sánchez CA, López Mateos Y. Urgencias en Oncología. En: Tratado de emergencias médicas. Madrid: Arán; 2006:1791-1814.
18. Yalamachili M, Lesser G. Malignant spinal cord compression. Current treatment options in oncology. *Radiol Oncol.* 2008; 42(1):509-516. Disponible en: http://www.onko-i.si/fileadmin/onko/datoteke/dokumenti/Radiology_and_Oncology_42_1_104.pdf
19. Ruiz de Lobera A, Artal A. Síndrome de compresión medular. En: Camps, C., Carulla, J., Casas A Mª, González, M., Sanz-Ortiz, J., Valentín V., Manual SEOM de Cuidados continuos. Sociedad Española de Oncología Médica. 2004:367-377.
20. Hernández J, Fuentes Z. Síndrome de compresión medular en el paciente con patologías oncológicas. *ccm* 19(1) Holguín ene.-mar. 2015. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812015000100009
21. Anthony T, Baron T, Mercadante S, Green S, Chi D, Cunningham J, et al. Report of the Clinical Protocol Committee: Development of Randomized Trials for Malignant Bowel Obstruction. *Journal of Pain and Symptom Management,* 2007;34(1S):S49-S59. doi:10.1016/j.jpainsymman.2007.04.011
22. Ripamonti C, Easson A, Gerdes H. Management of malignant bowel obstruction. *Eur J Cancer* 2008;44(8):1105-1115. doi: 10.1016/j.ejca.2008.02.028
23. Tuca A, Cordorniu N, Garzon, Serrano G. Malignant bowel obstruction due to advanced cancer in palliative care: Observational and descriptive study. 5th Research Forum of European Association for Palliative Care. Poster:462. Trodheim, Norway. 2008
24. Tuca A, Guell E, Martínez-Losada E, Odorniu N. Malignant bowel obstruction in advanced cancer patients: epidemiology, management, and factors influencing spontaneous resolution. *Cancer Management and Research,* 2012(4):159-169. doi: 10.2147/CMAR.S29297
25. Dean E, Khoja L, Clamp A, Jayson G, Goonetilleke D, Conway A, Hasan J. Malignant bowel obstruction in advanced ovarian cancer. *Future Oncology* 2017;13(6):513-521. <https://doi.org/10.2217/fon-2016-0431>

26. **Krouse, R.** Malignant bowel obstruction. *J Surg Oncol.* 2019; 120:74-77. <https://doi.org/10.1002/jso.25451>
27. **Jatoi A, Podratz KC, Gill P, Hartmann LC.** Pathophysiology and palliation of inoperable bowel obstruction in patients with ovarian cancer. *The Journal of Supportive Oncology* 2004; 2(4):323-334.
28. **Guerra E, Cortes A, Mateo R, Nattero L, Riveiro J, Vega B. et al.** Role of parenteral nutrition in oncologic patients with intestinal occlusion and peritoneal carcinomatosis. *Nutricion Hospitalaria* 2015;32(3):1222-1227. doi:10.3305/nh.2015.32.3.9184
29. **Bento de Sousa J, Tales E, Tustumi F, Leonardi P, Ribeiro U, Ceconello I.** Surgical Management of Malignant Intestinal Obstruction: Outcome and Prognostic Factors. *Chirurgia* 2019; 114:343-351. <http://dx.doi.org/10.21614/chirurgia.114.3.343>

Contribución de autoría: Arianna Irina Escajadillo-Luck ha participado en la concepción del artículo, la recolección de datos, su redacción y aprobación de la versión final.

Conflicto de interés: La autora no tiene conflicto de interés con la publicación de este trabajo.

Financiamiento: Autofinanciado.

Citar como: Escajadillo-Luck, AI. Complicaciones médico quirúrgicas en la evolución del paciente paliativo oncológico. *Diagnóstico (Lima).* 2022;61(2):88-94.

DOI: <https://doi.org/10.33734/diagnostico.v61i2.366>

Correspondencia: Arianna Irina Escajadillo Luck.

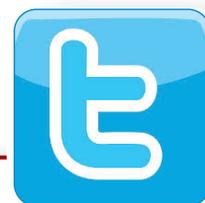
Correo electrónico: arianna.escajadillo@unmsm.edu.pe



Revista
DIAGNÓSTICO



Revista
DIAGNÓSTICO



Revista
DIAGNÓSTICO