

Pregunta 7. En pacientes adultos con cáncer de colon y obstrucción colónica izquierda aguda, ¿se debería colocar stent colónico o brindar cirugía de emergencia?

Introducción

El uso de stent colónico ha demostrado mejoras significativas en el manejo del cáncer colorrectal obstructivo del lado izquierdo, tanto en el tratamiento paliativo como en el “puente a la cirugía” (BTS, por sus siglas en inglés), incluyendo beneficios en la calidad de vida y la eficacia en la cirugía curativa posterior (61). Sin embargo, su uso como puente a la cirugía ha sido objeto de debate debido a los posibles riesgos de perforación y microperforaciones que pueden facilitar la propagación del cáncer. Aunque ofrece ventajas a corto plazo, como convertir una cirugía de emergencia en una electiva, facilitar la cirugía laparoscópica y evitar la necesidad de un estoma, existen preocupaciones sobre su impacto en la recurrencia local y la supervivencia global a largo plazo (62).

Pregunta PICO abordada en esta pregunta clínica:

La presente pregunta clínica abordó una pregunta PICO:

Pregunta PICO N°	Paciente / Problema	Intervención / Comparación	Desenlaces
7	Pacientes adultos con cáncer de colon y obstrucción colónica izquierda aguda	Stent colónico + cirugía electiva vs Cirugía de emergencia	<p>Críticos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mortalidad • Sobrevida global • Descompresión intestinal • Complicaciones posoperatorias <p>Importantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sobrevida libre de enfermedad • Progresión • Calidad de vida • Tasa de ostomía • Tasa de perforación intestinal • Infección del sitio quirúrgico • Fuga anastomótica intestinal

Búsqueda de RS:

Para esta pregunta, se realizó una búsqueda de RS que hayan sido elaboradas como parte de alguna GPC (**Anexo N° 1**) o publicadas como artículos científicos (**Anexo N° 2**), que hayan evaluado alguno de los desenlaces críticos o importantes priorizados por el GEG.

Se encontró una GPC que realizó una RS: NICE 2020 (8) y tres RS publicadas como artículos científicos: Cirocchi 2021 (63), Gavriilidis 2021 (64), y Spannenburg 2020 (65). Además, la RS de NICE 2020 tuvo acceso a los resultados preliminares del ECA CReST 2022 (66). Aunque este estudio no fue incluido en los metaanálisis, sus resultados fueron consistentes con la evidencia sintetizada. A continuación, se resumen las características de la RS encontrada:

RS	Puntaje en AMSTAR-2*	Fecha de la búsqueda (mes y año)	Desenlaces críticos o importantes que son evaluados por los estudios (número de estudios por cada desenlace)
Cirocchi 2021	12/14	Noviembre 2020	<ul style="list-style-type: none"> • Sobrevida global (4 ECA) • Sobrevida libre de enfermedad (3 ECA) • Recurrencia total (5 ECA) • Mortalidad postoperatoria (8 ECA) • Complicaciones postoperatorias (9 ECA) • Éxito en la anastomosis intestinal primaria (9 ECA) • Fuga anastomótica intestinal (8 ECA) • Tasa de ostmía (8 ECA)
Gavriilidis 2021	11/14	Abril 2020	<ul style="list-style-type: none"> • Mortalidad postoperatoria (8 ECA) • Éxito en la anastomosis intestinal primaria (9 ECA) • Fuga anastomótica intestinal (8 ECA) • Tasa de ostmía (8 ECA) • Complicaciones postoperatorias (9 ECA)
Spannenburg 2020	12/14	2020	<ul style="list-style-type: none"> • Sobrevida global (4 ECA) • Sobrevida libre de enfermedad (5 ECA) • Mortalidad (12 ECA) • Complicaciones totales (12 ECA) • Recurrencia total (8 ECA)
NICE 2020	13/14	Enero 2019	<ul style="list-style-type: none"> • Sobrevida global (1 ECA) • Sobrevida libre de enfermedad (2 ECA) • Mortalidad (5 ECA) • Descompresión intestinal (5 ECA) • Tasa de ostmía (4 ECA) • Infección del sitio quirúrgico (6 ECA) • Fuga anastomótica intestinal (7 ECA) • Tasa de perforación intestinal (3 ECA)

Evidencia por cada desenlace:

Se evaluaron los siguientes desenlaces:

- Sobrevida global
 - Para este desenlace se contó con cuatro RS: NICE 2020 (8), Cirocchi 2021 (63), Gavriilidis 2021 (64), y Spannenburg 2020 (65).
 - Se decidió tomar como referencia la RS de NICE 2020 (8), debido a que tuvo una aceptable calidad metodológica según la herramienta AMSTAR-2 (13/14), e incluyó al estudio con mayor tiempo de seguimiento para este desenlace.
 - Para este desenlace, la RS de NICE 2020 (8) describió 1 ECA (n=48). Este estudio tuvo las siguientes características:
 - **La población** fueron pacientes mayores de 18 años que presentaban características clínicas de obstrucción colónica izquierda, localizada entre la flexura esplénica y la unión rectosigmoidea, provenientes de Hong Kong. Se excluyeron a 1) pacientes considerados no aptos para tratamiento quirúrgico; 2) pacientes con laparotomía previa; y 3) pacientes con un tumor clínicamente palpable en el examen abdominal. Los pacientes en las dos últimas categorías fueron excluidos de la aleatorización porque, en caso de ser asignados al enfoque endolaparoscópico, era más probable que se requiriera una conversión a cirugía abierta debido a la presencia de adherencias o un tumor voluminoso.
 - **El escenario clínico** fue hospitalario, se internaron a los pacientes para su manejo correspondiente.
 - **La intervención** fue la colocación de endoprótesis metálicas autoexpandibles (stents). Un endoscopista realizó la colocación de las endoprótesis mediante endoscopia y fluoroscopia. Se seleccionaron endoprótesis de manera que los extremos sobresalieran al menos 2 cm más allá de los límites del tumor. Después de la colocación, se verificó el éxito de la descompresión mediante evidencia clínica y radiológica de resolución de la obstrucción en las primeras 24 horas. Los pacientes fueron alimentados oralmente y dados de alta tras la evacuación intestinal. Aquellos programados para colectomía laparoscópica fueron readmitidos dentro de las 2 semanas. Durante la operación, se extrajo el espécimen con la endoprótesis in situ, y se realizó la anastomosis intracorpórea. En casos de falla de la descompresión con la endoprótesis, se realizó cirugía abierta de emergencia en el mismo día con un enfoque operativo similar al grupo de cirugía abierta planificada.
 - **El comparador** fue la cirugía abierta. Los pacientes fueron sometidos a una laparotomía de emergencia el mismo día del ingreso. Se utilizó una incisión en la línea media para acceder a la cavidad peritoneal. La elección de la técnica quirúrgica (Hartmann, anastomosis primaria después de colectomía subtotal, total o segmentaria con lavado en mesa operatoria) se basó en los hallazgos intraoperatorios y en la evaluación de los cirujanos. Se creó un estoma de derivación si los cirujanos lo consideraban necesario.
 - **El desenlace** se definió como el tiempo desde la fecha de la colocación de stent colónico o de la cirugía hasta la fecha de fallecimiento o el

- último seguimiento disponible. La mediana de seguimiento en los grupos de colocación de stent colónico o de la cirugía abierta fue de 65 meses (rango, 18-139) y 32 meses (rango, 4-118), respectivamente.
- El GEG consideró no necesario actualizar la RS de NICE 2020 (8) debido a que su búsqueda fue reciente (enero 2019).
 - **Sobrevida libre de enfermedad**
 - Para este desenlace se contó con cuatro RS: NICE 2020 (8), Cirocchi 2021 (63), Gavriilidis 2021 (64), y Spannenburg 2020 (65).
 - Se decidió tomar como referencia la RS de NICE 2020 (8), debido a que tuvo una aceptable calidad metodológica según la herramienta AMSTAR-2 (13/14), e incluyó al estudio con mayor tiempo de seguimiento para este desenlace.
 - Para este desenlace, la RS de NICE 2020 (8) reportó 2 ECA (n=106). Estos tuvieron las siguientes características:
 - La **población**, el **escenario clínico**, la **intervención**, y el **comparador** fueron descritos en el desenlace previo de sobrevida global.
 - **El desenlace** fue definido como el tiempo desde la resección del tumor primario hasta el diagnóstico de recurrencia de la enfermedad o la muerte por cualquier causa. El tiempo de seguimiento fue de 4 a 5 años
 - El GEG consideró no necesario actualizar la RS de NICE 2020 (8) debido a que su búsqueda fue reciente (enero 2019).
 - **Mortalidad**
 - Para este desenlace se contó con cuatro RS: NICE 2020 (8), Cirocchi 2021 (63), Gavriilidis 2021 (64), y Spannenburg 2020 (65).
 - Se decidió tomar como referencia la RS de NICE 2020 (8), debido a que tuvo una aceptable calidad metodológica según la herramienta AMSTAR-2 (13/14), e incluyó al estudio con mayor tiempo de seguimiento para este desenlace.
 - Para este desenlace, la RS de NICE 2020 (8) reportó 5 ECA (n=340). Estos tuvieron las siguientes características:
 - La **población**, el **escenario clínico**, la **intervención**, y el **comparador** fueron descritos en el desenlace previo de sobrevida global.
 - **El desenlace** se definió tanto como mortalidad total como mortalidad relacionada con las intervenciones. El tiempo de seguimiento fue de 30 días.
 - El GEG consideró no necesario actualizar la RS de NICE 2020 (8) debido a que su búsqueda fue reciente (enero 2019).
 - **Descompresión intestinal**
 - Para este desenlace se contó con cuatro RS: NICE 2020 (8), Cirocchi 2021 (63), Gavriilidis 2021 (64), y Spannenburg 2020 (65).
 - Se decidió tomar como referencia la RS de NICE 2020 (8), debido a que tuvo una aceptable calidad metodológica según la herramienta AMSTAR-2 (13/14), e incluyó al estudio con mayor tiempo de seguimiento para este desenlace.
 - Para este desenlace, la RS de NICE 2020 (8) reportó 5 ECA (n=NR). Estos tuvieron las siguientes características:
 - La **población**, el **escenario clínico**, la **intervención**, y el **comparador** fueron descritos en el desenlace previo de sobrevida global.

- El **desenlace** fue definido como la resolución de náuseas y vómitos, el paso de heces y/o la resolución de la obstrucción confirmada en una radiografía abdominal simple.
- El GEG consideró no necesario actualizar la RS de NICE 2020 (8) debido a que su búsqueda fue reciente (enero 2019).
- Tasa de ostomía
 - Para este desenlace se contó con cuatro RS: NICE 2020 (8), Cirocchi 2021 (63), Gavriilidis 2021 (64), y Spannenburg 2020 (65).
 - Se decidió tomar como referencia la RS de NICE 2020 (8), debido a que tuvo una aceptable calidad metodológica según la herramienta AMSTAR-2 (13/14), e incluyó al estudio con mayor tiempo de seguimiento para este desenlace.
 - Para este desenlace, la RS de NICE 2020 (8) reportó 4 ECA (n=312). Estos tuvieron las siguientes características:
 - La **población**, el **escenario clínico**, la **intervención**, y el **comparador** fueron descritos en el desenlace previo de sobrevida global.
 - El **desenlace** fue definido como la proporción de pacientes que se han sometido a una ostomía (abertura en la pared abdominal para exponer un asa intestinal, la cual puede ser temporal o permanente, con el fin de facilitar el flujo intestinal).
 - El GEG consideró no necesario actualizar la RS de NICE 2020 (8) debido a que su búsqueda fue reciente (enero 2019).
- Infección del sitio quirúrgico
 - Para este desenlace se contó con cuatro RS: NICE 2020 (8), Cirocchi 2021 (63), Gavriilidis 2021 (64), y Spannenburg 2020 (65).
 - Se decidió tomar como referencia la RS de NICE 2020 (8), debido a que tuvo una aceptable calidad metodológica según la herramienta AMSTAR-2 (13/14), e incluyó al estudio con mayor tiempo de seguimiento para este desenlace.
 - Para este desenlace, la RS de NICE 2020 (8) reportó 6 ECA (n=387). Estos tuvieron las siguientes características:
 - La **población**, el **escenario clínico**, la **intervención**, y el **comparador** fueron descritos en el desenlace previo de sobrevida global.
 - El **desenlace** fue definido como la proporción de pacientes que presentaron una infección que afecta la zona en la que se realizó una intervención quirúrgica, afectando la incisión quirúrgica y los tejidos circundantes.
 - El GEG consideró no necesario actualizar la RS de NICE 2020 debido a que su búsqueda fue reciente (enero 2019).
- Fuga anastomótica intestinal
 - Para este desenlace se contó con cuatro RS: NICE 2020 (8), Cirocchi 2021 (63), Gavriilidis 2021 (64), y Spannenburg 2020 (65).
 - Se decidió tomar como referencia la RS de NICE 2020 (8), debido a que tuvo una aceptable calidad metodológica según la herramienta AMSTAR-2 (13/14), e incluyó al estudio con mayor tiempo de seguimiento para este desenlace.
 - Para este desenlace, la RS de NICE 2020 (8) reportó 7 ECA (n=447). Estos tuvieron las siguientes características:

- La **población**, el **escenario clínico**, la **intervención**, y el **comparador** fueron descritos en el desenlace previo de sobrevida global.
- El **desenlace** fue definido como la proporción de pacientes que presentaron la salida de contenido intestinal a través de la anastomosis.
- El GEG consideró no necesario actualizar la RS de NICE 2020 debido a que su búsqueda fue reciente (enero 2019).
- Tasa de perforación abdominal
 - Para este desenlace se contó con cuatro RS: NICE 2020 (8), Cirocchi 2021 (63), Gavriilidis 2021 (64), y Spannenburg 2020 (65).
 - Se decidió tomar como referencia la RS de NICE 2020 (8), debido a que tuvo una aceptable calidad metodológica según la herramienta AMSTAR-2 (13/14), e incluyó al estudio con mayor tiempo de seguimiento para este desenlace.
 - Para este desenlace, la RS de NICE 2020 (8) reportó 3 ECA (n=NR). Estos tuvieron las siguientes características:
 - La **población**, el **escenario clínico**, la **intervención**, y el **comparador** fueron descritos en el desenlace previo de sobrevida global.
 - El **desenlace** fue definido como la proporción de pacientes que presentaron una lesión u orificio que compromete totalmente el grosor de la pared intestinal, resultando en la filtración o escape de los contenidos intestinales hacia la cavidad abdominal.
 - El GEG consideró no necesario actualizar la RS de NICE 2020 debido a que su búsqueda fue reciente (enero 2019).

Tabla de Resumen de la Evidencia (Summary of Findings, SoF):

Población: Pacientes adultos con cáncer de colon y obstrucción colónica izquierda aguda Intervención: Stent colónico + cirugía electiva Comparador: Cirugía de emergencia Autor: José Montes Alvis Bibliografía por desenlace: <ul style="list-style-type: none"> • Sobrevida global: NICE 2020 (4). • Sobrevida libre de enfermedad: NICE 2020 (4). • Mortalidad: NICE 2020 (4). • Descompresión intestinal: NICE 2020 (4). • Estancia hospitalaria: NICE 2020 (4). • Tasa de ostomía: NICE 2020 (4). • Infección del sitio quirúrgico: NICE 2020 (4). • Fuga anastomótica intestinal: NICE 2020 (4). • Tasa de perforación intestinal: NICE 2020 (4). 								
Desenlaces (tiempo de seguimiento)	Importancia	Número y Tipo de estudio	Intervención: Stent colónico + cirugía electiva	Comparación: Cirugía de emergencia	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	Certeza	Interpretación*
Sobrevida global (5 años)	CRÍTICO	1 ECA (n=48)	12/24 (50.0%)	16/24 (66.7%)	HR: 0.51 (0.24 a 1.08)	238 menos por 1000 (de 435 menos a 28 más)	⊕⊕⊕○ MODERADA a	Al brindar la colocación de stent colónico en lugar de cirugía de emergencia, probablemente no modifiquemos la sobrevida global.
Sobrevida libre de enfermedad (4 a 5 años)	CRÍTICO	2 ECA (n=106)	22/50 (44.0%)	16/56 (29.0%)	HR: 0.56 (0.29 a 1.06)	163 menos por 1000 (de 285 menos a 19 más)	⊕⊕○○ BAJA a,b	Al brindar la colocación de stent colónico en lugar de cirugía de emergencia, podría ser que no modifiquemos la sobrevida libre de enfermedad.
Mortalidad (30 días)	CRÍTICO	5 ECA (n=340)	9/168 (5.4%)	10/172 (5.8%)	RR: 0.92 (0.36 a 2.34)	4 menos por 1000 (de 34 menos a 63 más)	⊕○○○ MUY BAJA a,b,c	Al brindar la colocación de stent colónico en lugar de cirugía de emergencia, podría ser que no modifiquemos la mortalidad, aunque la evidencia es incierta.

Descompresión intestinal (NR)	CRÍTICO	5 ECA (n=177)	123/177 (69.5%)	NR	---	NR	⊕○○○ MUY BAJA a,b,c	Por cada 1000 personas a las que brindemos la colocación de stent colónico en lugar de cirugía de emergencia, podría ser que causemos más casos de descompresión intestinal, aunque la evidencia es incierta.
Tasa de ostomía (NR)	IMPORTANTE	4 ECA (n=312)	50/153 (32.7%)	84/159 (52.8%)	RR: 0.62 (0.48 a 0.81)	201 menos por 1000 (de 100 menos a 275 menos)	⊕⊕⊕○ MODERADA a	Por cada 1000 personas a las que brindemos la colocación de stent colónico en lugar de cirugía de emergencia, probablemente evitemos 201 casos de ostomía (-100 a -275).
Infección del sitio quirúrgico (NR)	IMPORTANTE	6 ECA (n=387)	14/191 (7.3%)	35/196 (17.9%)	RR: 0.40 (0.22 a 0.71)	107 menos por 1000 (de 52 menos a 139 menos)	⊕○○○ MUY BAJA a,b,c	Por cada 1000 personas a las que brindemos la colocación de stent colónico en lugar de cirugía de emergencia, podría ser evitemos 107 casos de infección de sitio quirúrgico (-52 a -139), aunque la evidencia es incierta.
Fuga anastomótica intestinal (NR)	IMPORTANTE	7 ECA (n=447)	11/221 (50.0%)	12/226 (5.3%)	HR: 0.92 (0.40 a 2.13)	4 menos por 1000 (de 29 menos a 49 más)	⊕○○○ MUY BAJA a,b,c	Al brindar la colocación de stent colónico en lugar de cirugía de emergencia, podría ser que no modifiquemos la incidencia de fuga anastomótica, aunque la evidencia es incierta.

Tasa de perforación intestinal (NR)	IMPORTANTE	3 ECA (n=133)	13/133 (9.8%)	NR	---	NR	⊕⊕⊕○ MODERADA ^a	Por cada 1000 personas a las que brindemos la colocación de stent colónico en lugar de cirugía de emergencia, probablemente causemos más casos de perforación intestinal.
<p>IC: Intervalo de confianza; HR: Razón de hazards; RR: Razón de riesgo; DM: Diferencia de medias.</p> <p>*Se usan términos estandarizados de acuerdo a la certeza de la evidencia: alta = ningún término, moderada = probablemente, baja = podría ser, muy baja = podría ser aunque la evidencia es incierta.</p> <p>Explicaciones de la certeza de evidencia:</p> <ol style="list-style-type: none"> Se disminuyó un nivel por imprecisión: debido a que el número de eventos fue < 300. Se disminuyó dos niveles por riesgo de sesgo: debido a que la mayoría de los ensayos tuvo pérdidas > 10%. Se disminuyó un nivel por evidencia indirecta: debido a que la mayoría de los ensayos incluyó otras poblaciones. 								

Tabla de la Evidencia a la Decisión (Evidence to Decision, EtD):

Presentación:

Pregunta 7. En pacientes adultos con cáncer de colon y obstrucción colónica izquierda aguda, ¿se debería colocar stent colónico o brindar cirugía de emergencia?	
Población:	Pacientes adultos con cáncer de colon y obstrucción colónica izquierda aguda
Intervención:	Stent colónico + cirugía electiva
Comparador:	Cirugía de emergencia
Desenlaces:	<ul style="list-style-type: none"> • Sobrevida global • Sobrevida libre de enfermedad • Mortalidad • Descompresión intestinal • Estancia hospitalaria • Tasa de ostomía • Infección del sitio quirúrgico • Fuga anastomótica intestinal • Tasa de perforación intestinal
Escenario:	EsSalud
Perspectiva:	Recomendación clínica poblacional – Seguro de salud (EsSalud)
Potenciales conflictos de interés:	Los miembros del GEG manifestaron no tener conflictos de interés con respecto a esta pregunta

Evaluación:

Beneficios:					
¿Cuán sustanciales son los beneficios ocasionados al brindar la intervención frente a brindar el comparador?					
Juicio	Evidencia				Consideraciones adicionales
<input type="radio"/> Trivial <input checked="" type="radio"/> Pequeño <input type="radio"/> Moderado <input type="radio"/> Grande <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> Se desconoce	Desenlaces (tiempo de seguimiento)	Número y Tipo de estudios	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	El GEG consideró que el beneficio fue pequeño (debido a que no hubo diferencias en la sobrevida global, sobrevida libre de enfermedad, mortalidad, pero si una menor tasa de ostomía).
Sobrevida global	1 ECA (n=48)	HR: 0.51 (0.24 a 1.08)	238 menos por 1000 (de 435 menos a 28 más)		
Sobrevida libre de enfermedad	2 ECA (n=106)	HR: 0.56 (0.29 a 1.06)	163 menos por 1000 (de 285 menos a 19 más)		
Mortalidad	5 ECA (n=340)	RR: 0.92 (0.36 a 2.34)	4 menos por 1000 (de 34 menos a 63 más)		
	Tasa de ostomía	4 ECA (n=312)	RR: 0.62 (0.48 a 0.81)	201 menos por 1000 (de 100 menos a 275 menos)	

	<table border="1"> <tr> <td>Infección del sitio quirúrgico</td> <td>6 ECA (n=387)</td> <td>RR: 0.40 (0.22 a 0.71)</td> <td>107 menos por 1000 (de 52 menos a 139 menos)</td> </tr> <tr> <td>Fuga anastomótica intestinal</td> <td>7 ECA (n=447)</td> <td>HR: 0.92 (0.40 a 2.13)</td> <td>4 menos por 1000 (de 29 menos a 49 más)</td> </tr> </table> <p>En resumen, en <i>adultos con cáncer de colon y obstrucción colónica izquierda</i>, por cada 1000 personas a las que se brinde la colocación de stent colónico en lugar de cirugía de emergencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Probablemente no modifiquemos la sobrevida global. • Podría ser que no modifiquemos, la sobrevida libre de enfermedad. • Podría ser que no modifiquemos la mortalidad, la incidencia de fuga anastomótica, aunque la evidencia es incierta. • Podría ser que evitemos 107 casos de infección del sitio quirúrgico, aunque la evidencia es incierta. • Probablemente evitemos 201 casos de ostomía (-100 a -275). 	Infección del sitio quirúrgico	6 ECA (n=387)	RR: 0.40 (0.22 a 0.71)	107 menos por 1000 (de 52 menos a 139 menos)	Fuga anastomótica intestinal	7 ECA (n=447)	HR: 0.92 (0.40 a 2.13)	4 menos por 1000 (de 29 menos a 49 más)					
Infección del sitio quirúrgico	6 ECA (n=387)	RR: 0.40 (0.22 a 0.71)	107 menos por 1000 (de 52 menos a 139 menos)											
Fuga anastomótica intestinal	7 ECA (n=447)	HR: 0.92 (0.40 a 2.13)	4 menos por 1000 (de 29 menos a 49 más)											
Daños:														
¿Cuán sustanciales son los daños ocasionados al brindar la intervención frente a brindar el comparador?														
Juicio	Evidencia		Consideraciones adicionales											
<input type="radio"/> Grande <input type="radio"/> Moderado <input checked="" type="radio"/> Pequeño <input type="radio"/> Trivial <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> Se desconoce	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Desenlaces (<i>tiempo de seguimiento</i>)</th> <th>Número y Tipo de estudios</th> <th>Efecto relativo (IC 95%)</th> <th>Diferencia (IC 95%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Descompresión intestinal</td> <td>5 ECA (n=177)</td> <td>--</td> <td>--</td> </tr> <tr> <td>Tasa de perforación intestinal</td> <td>3 ECA (n=133)</td> <td>--</td> <td>--</td> </tr> </tbody> </table>	Desenlaces (<i>tiempo de seguimiento</i>)	Número y Tipo de estudios	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	Descompresión intestinal	5 ECA (n=177)	--	--	Tasa de perforación intestinal	3 ECA (n=133)	--	--	<p>El GEG consideró que el daño fue pequeño (puesto que la tasa de éxito en la descompresión intestinal se consideró aceptable).</p> <p>El 30.5% (54/133) de los participantes del grupo asignado a colocación de stent colónico presentó perforación intestinal no logró el éxito en la descompresión intestinal.</p> <p>El 9.8% (13/133) de los participantes del grupo asignado a colocación de stent colónico presentó perforación intestinal.</p> <p>Asimismo, el GEG tomó en cuenta los resultados del ECA CReST 2022 (66) donde el grupo asignado a la colocación de stent presentó un mayor éxito en la descompresión intestinal (86/106, 81.1%) y una menor incidencia de perforación intestinal relacionada con la colocación del stent (4/119, 3.3%).</p>
Desenlaces (<i>tiempo de seguimiento</i>)	Número y Tipo de estudios	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)											
Descompresión intestinal	5 ECA (n=177)	--	--											
Tasa de perforación intestinal	3 ECA (n=133)	--	--											
Certeza de la evidencia:														
¿Cuál es la certeza global de la evidencia?														
Juicio	Evidencia		Consideraciones adicionales											

<ul style="list-style-type: none"> ● Muy baja ○ Baja ○ Moderada ○ Alta ○ No se evaluaron estudios	Desenlaces (tiempo de seguimiento)	Importancia	Certeza	Para la certeza global de la evidencia, el GEG consideró la menor certeza entre los desenlaces críticos. Por ello, la certeza global de la evidencia fue muy baja.
	Sobrevida global	CRÍTICO	⊕⊕⊕○ MODERADA ^a	
	Sobrevida libre de enfermedad	CRÍTICO	⊕⊕○○ BAJA ^{a,b}	
	Mortalidad	CRÍTICO	⊕○○○ MUY BAJA ^{a,b,c}	
	Descompresión intestinal	CRÍTICO	⊕○○○ MUY BAJA ^{a,b,c}	
	Tasa de ostomía	IMPORTANTE	⊕⊕⊕○ MODERADA ^a	
	Infección del sitio quirúrgico	IMPORTANTE	⊕○○○ MUY BAJA ^{a,b,c}	
	Fuga anastomótica intestinal	IMPORTANTE	⊕○○○ MUY BAJA ^{a,b,c}	
	Tasa de perforación intestinal	IMPORTANTE	⊕⊕⊕○ MODERADA ^a	
Explicaciones de la certeza de evidencia: <ul style="list-style-type: none"> a. Se disminuyó un nivel por imprecisión: debido a que el número de eventos fue < 300. b. Se disminuyó dos niveles por riesgo de sesgo: debido a que la mayoría de los ensayos tuvo pérdidas > 10%. c. Se disminuyó un nivel por evidencia indirecta: debido a que la mayoría de los ensayos incluyó otras poblaciones. 				
Desenlaces importantes para los pacientes:				
¿Se contó con evidencia para todos los desenlaces importantes/críticos para los pacientes?				
Juicio	Evidencia		Consideraciones adicionales	
<ul style="list-style-type: none"> ○ No ○ Probablemente no ● Probablemente sí ○ Sí 	No se contó con evidencia para los desenlaces importantes (dolor y calidad de vida).			
Balance de los efectos:				
¿El balance entre beneficios y daños favorece a la intervención o al comparador? (Tomar en cuenta los beneficios, daños, certeza de la evidencia y la presencia de desenlaces importantes)				
Juicio	Evidencia		Consideraciones adicionales	
<ul style="list-style-type: none"> ○ Favorece al comparador ○ Probablemente favorece al comparador ● No favorece a la intervención ni al comparador ○ Probablemente favorece a la intervención ○ Favorece a la intervención ○ Varía ○ Se desconoce 			A pesar de que al brindar la colocación de stent colónico en lugar de la cirugía de se obtiene una menor tasa de ostomía, menor incidencia de infección del sitio quirúrgico, no se observó diferencias en los desenlaces críticos de sobrevida global, sobrevida libre de enfermedad y mortalidad, los cuales se consideraron fundamentales para la decisión.	
Uso de recursos:				
¿Qué tan grandes son los requerimientos de recursos (costos) de la intervención frente al comparador para un paciente (de ser una enfermedad crónica, usar el costo anual)?				
Juicio	Evidencia		Consideraciones adicionales	

<ul style="list-style-type: none"> ○ Costos elevados ● Costos moderados ○ Intervención y comparador cuestan similar o los costos son pequeños ○ Ahorros moderados ○ Ahorros extensos ○ Varía ○ Se desconoce 		<p>El GEG estimó que optar por la colocación de stent colónico en lugar de la cirugía de emergencia conllevaría costos moderados. No obstante, la colocación de stents potencialmente permite la evaluación y estabilización de los pacientes antes de la cirugía, reduciendo la morbilidad operatoria y evitando procedimientos costosos, así como una menor incidencia de ostomía. En conjunto, estos factores contribuirían a la disminución de los costos a largo plazo y a la mejora de la calidad de vida de los pacientes.</p>
Equidad: Al preferir la intervención en lugar del comparador, ¿cuál será el impacto en la equidad?		
<p><u>Definiciones</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● <i>Incrementa la equidad: favorece a poblaciones vulnerables de interés, como mayores de edad, personas de escasos recursos económicos, personas que viven en contextos rurales, personas que tienen escaso acceso a los servicios de salud, etc).</i> ● <i>Reduce la equidad: desfavorece a poblaciones vulnerables de interés, como mayores de edad, personas de escasos recursos económicos, personas que viven en contextos rurales, personas que tienen escaso acceso a los servicios de salud, etc).</i> 		
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales
<ul style="list-style-type: none"> ○ Reducido ○ Probablemente reducido ○ Probablemente no tenga impacto ● Probablemente incremente la equidad ○ Incrementa la equidad ○ Varía ○ Se desconoce 		<p>El GEG consideró que brindar la colocación de stent colónico podría traer ventajas en pacientes inestables o con comorbilidades que se beneficiarían de tener una cirugía posterior de forma electiva en lugar de una cirugía de emergencia. Así mismo, en pacientes con enfermedad avanzada o de progresión rápida, podría proporcionar una mejor planificación del tratamiento, evitando cirugías innecesarias y la formación de estomas.</p>
Aceptabilidad: ¿La intervención es aceptable para el personal de salud y los pacientes?		
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales
<ul style="list-style-type: none"> ○ No ○ Probablemente no ● Probablemente sí ○ Sí ○ Varía ○ Se desconoce 		<p>Personal de salud: El GEG consideró que los profesionales de la salud probablemente aceptarían brindar la colocación de stent colónico.</p> <p>Pacientes: El GEG consideró que los pacientes probablemente aceptarían la intervención.</p>
Factibilidad: ¿La intervención es factible de implementar?		
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales
<ul style="list-style-type: none"> ○ No ○ Probablemente no ○ Probablemente sí ● Sí ○ Varía ○ Se desconoce 		<p>El GEG consideró factible brindar ambas alternativas terapéuticas, dado que estas opciones de tratamiento se encuentran disponibles en los establecimientos de salud del tercer nivel de atención.</p>

Resumen de los juicios:

	JUICIOS						
BENEFICIO	Trivial	Pequeño		Moderado	Grande	Varía	Se desconoce
DAÑO	Grande	Moderada		Pequeño	Trivial	Varía	Se desconoce
CERTEZA DE LA EVIDENCIA	Muy baja	Baja		Moderada	Alta	Ningún estudio incluido	
CONSIDERA TODOS LOS DESENLACES IMPORTANTES	No	Probablemente no		Probablemente sí	Sí		
BALANCE DE BENEFICIO / DAÑO	Favorece al comparador	Probablemente favorece al comparador	No favorece a la intervención ni al comparador	Probablemente favorece a la intervención	Favorece a la intervención	Varía	Se desconoce
USO DE RECURSOS	Costos extensos	Costos moderados	Costos y ahorros despreciables	Ahorros moderados	Ahorros extensos	Varía	Se desconoce
EQUIDAD	Incrementa la inequidad	Probablemente incrementa la inequidad	Probablemente no tenga impacto en la equidad	Probablemente incrementa la equidad	Incrementa la equidad	Varía	Se desconoce
ACEPTABILIDAD	No	Probablemente no		Probablemente sí	Sí	Varía	Se desconoce
FACTIBILIDAD	No	Probablemente no		Probablemente sí	Sí	Varía	Se desconoce
RECOMENDACIÓN FINAL	Recomendación fuerte en contra de la intervención	Recomendación condicional en contra de la intervención	Recomendación condicional a favor de la intervención o del control	Recomendación condicional a favor de la intervención	Recomendación fuerte a favor de la intervención	No emitir recomendación	

Recomendaciones y justificación:

Justificación de la dirección y fuerza de la recomendación	Recomendación
<p>Dirección: Los beneficios de brindar la colocación de stent colónico en lugar de cirugía de emergencia se consideraron pequeños (debido a que no hubo diferencias en la supervivencia global, supervivencia libre de enfermedad, mortalidad, pero sí diferencias en la tasa de ostomía) y los daños se consideraron pequeños (puesto que se evitan casos de descompresión intestinal). Por ello, se emitió una recomendación a favor de la intervención y del control.</p> <p>Fuerza: La certeza de la evidencia fue muy baja. Por ello, esta recomendación fue condicional.</p>	<p>En pacientes adultos con cáncer de colon y obstrucción colónica izquierda aguda, sugerimos brindar cirugía de emergencia o colocar stent colónico.</p> <p>Recomendación condicional a favor de la intervención o del control</p> <p>Certeza de la evidencia: muy baja</p> <p>⊕○○○</p>

Puntos de BPC:

Justificación	BPC
<p>El GEG reconoce que el manejo de emergencia de una obstrucción maligna aguda puede no permitir una estadificación adecuada ni una evaluación oncológica completa, ya que la prioridad es aliviar la obstrucción. Por otro lado, aunque la colocación de stent conlleva riesgos como la perforación y no siempre garantiza la restauración del flujo intestinal, sus beneficios son notables en ciertos escenarios. Específicamente, en pacientes inestables o con comorbilidades, la opción de stent permite planificar una cirugía posterior de forma electiva, evitando procedimientos de emergencia. Además, en casos de enfermedad avanzada o de progresión rápida, la colocación de stent facilita una mejor planificación del tratamiento, contribuyendo a evitar cirugías innecesarias y la formación de estomas. Estas consideraciones, junto con la disponibilidad de recursos y la experiencia de los especialistas en la elección del tratamiento, se integran en la</p>	<p>En pacientes adultos con cáncer de colon y obstrucción colónica izquierda, considerar las características del paciente (edad avanzada, estado funcional, medio interno, presencia de comorbilidades), así como la disponibilidad de recursos y experiencia de los especialistas para la elección del tratamiento.</p>

recomendación general para el tratamiento de adultos con cáncer de colon y obstrucción colónica izquierda, resaltando la importancia de evaluar los factores individuales del paciente y considerar el entorno clínico al tomar decisiones sobre el tratamiento.

Evidencia: La guía de la European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE 2020) y la National Comprehensive Cancer Network (NCCN 2023) respaldan la colocación de stent colónico para obstrucciones malignas en el colon izquierdo. (56, 67) La guía de la American Society of Colon and Rectal Surgery (ASCRS 2022) prefirió la colocación de stent colónico sobre cirugía de emergencia en situaciones paliativas, enfatizando la necesidad de una discusión individualizada. (24) Por su parte, la guía de la European Society for Medical Oncology (ESMO 2020) consideró la colocación de stent colónico como una alternativa válida en pacientes con cáncer de colon localizado de edad avanzada o con alto riesgo. (23) En concordancia, la guía del National Institute for Health and Care Excellence (NICE 2020) respalda la colocación de stent colónico, destacando la capacidad para permitir una evaluación exhaustiva del paciente antes de la cirugía y advierten sobre posibles riesgos. (8)