

<https://doi.org/10.69639/arandu.v12i1.792>

Beneficios de los cuidados paliativos domiciliarios en adultos mayores oncológicos. Una revisión sistemática

Benefits of home palliative care in older adults with cancer. A systematic review

Benefícios dos cuidados paliativos domiciliares em idosos com câncer. Uma revisão sistemática

Jessenia Esmeralda Villalba De La Vega

jesjos.25@hotmail.com

<https://orcid.org/0009-0004-4130-4657>

Universidad Iberoamericana del Ecuador
Ecuador

Jonny Elizabeth Reyes Vivanco

jeizrv@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0001-5878-1191>

Universidad Iberoamericana del Ecuador
Ecuador

Artículo recibido: 10 enero 2025

- Aceptado para publicación: 20 febrero 2025

Conflictos de intereses: Ninguno que declarar

RESUMEN

A pesar de los beneficios establecidos de los cuidados paliativos en la población oncológica, siguen siendo un recurso subutilizado, particularmente entre los adultos mayores. El objetivo de la presente revisión sistemática fue revisar la literatura actual sobre los beneficios de los cuidados paliativos domiciliarios en adultos mayores con patologías oncológicas. Se empleó una estrategia de búsqueda mediante el proceso PICO-S, incluyendo términos MeSH y palabras de texto libre, seleccionando investigaciones primarias relacionadas con cuidados paliativos en el hogar para poblaciones de oncología geriátrica. Se emplearon como fuentes de búsqueda las bases de datos Pubmed (MEDLINE) y el Registro Cochrane Central de Ensayos Controlados (CENTRAL). Tres de los estudios incluidos determinaron el efecto de la actividad física, cuatro evaluaron modelos de atención domiciliaria de múltiples componentes, dos se centraron en servicios de supervisión y uno tenía componentes tanto de nutrición como de actividad física. Los estudios evaluaron el lugar de la muerte, la utilización de la atención médica, el manejo de los síntomas, la calidad de vida, el rendimiento y el estado mental. Todos los estudios informaron resultados mejorados en poblaciones geriátricas con cáncer específico o mixto. En conclusión, actualmente existe escasez de investigaciones que aborden los cuidados paliativos domiciliarios para pacientes de edad avanzada con cáncer, lo que se traduce en insuficiente información y carencia de evidencia. Existen aspectos clave de la medicina paliativa y geriátrica que deben considerarse e integrarse para brindar cuidados paliativos integrales al adulto mayor con cáncer. Esto incluye un análisis de la evaluación adecuada del dolor y los síntomas, la evaluación del estado funcional, la

planificación anticipada de la atención y los cuidados al final de la vida, teniendo en cuenta los matices de los síndromes geriátricos.

Palabras clave: cuidados paliativos, cuidados paliativos domiciliarios, adultos mayores, oncología, revisión sistemática

ABSTRACT

Despite the established benefits of palliative care in the oncology population, it remains an underutilized resource, particularly among older adults. The aim of the present systematic review was to review the current literature on the benefits of home-based palliative care in older adults with oncologic pathologies. A search strategy using the PICO-S process, including MeSH terms and free text words, was used to select primary research related to home-based palliative care for geriatric oncology populations. The Pubmed (MEDLINE) and the Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL) databases were used as search sources. Three of the included studies determined the effect of physical activity, four evaluated multi-component home-based care models, two focused on supervisory services, and one had both nutrition and physical activity components. The studies evaluated place of death, health care utilization, symptom management, quality of life, functioning, and mental status. All studies reported improved outcomes in geriatric cancer-specific or mixed populations. In conclusion, there is currently little research addressing home-based palliative care for older patients with cancer, resulting in insufficient information and a lack of evidence. There are key aspects of palliative and geriatric medicine that must be considered and integrated to provide comprehensive palliative care for the older adult with cancer. This includes a discussion of appropriate pain and symptom assessment, assessment of functional status, advance care planning, and end-of-life care, taking into account the nuances of geriatric syndromes.

Keywords: palliative care, home palliative care, older adults, oncology, systematic review

RESUMO

Apesar dos benefícios comprovados dos cuidados paliativos na população com câncer, eles continuam sendo um recurso subutilizado, principalmente entre adultos mais velhos. O objetivo desta revisão sistemática foi revisar a literatura atual sobre os benefícios dos cuidados paliativos domiciliares em idosos com patologias oncológicas. Foi utilizada uma estratégia de busca utilizando o processo PICO-S, incluindo termos MeSH e palavras de texto livre, selecionando

pesquisas primárias relacionadas a cuidados paliativos domiciliarios para populações de oncologia geriátrica. As bases de dados Pubmed (MEDLINE) e Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL) foram utilizadas como fontes de busca. Três dos estudos incluídos determinaram o efeito da atividade física, quatro avaliaram modelos de assistência domiciliar multicomponentes, dois se concentraram em serviços de supervisão e um tinha componentes de nutrição e atividade física. Os estudos avaliaram a localização da morte, a utilização de cuidados de saúde, o controlo dos sintomas, a qualidade de vida, o desempenho e o estado mental. Todos os estudos relataram melhores resultados em populações mistas ou específicas para câncer geriátrico. Concluindo, atualmente há pouca pesquisa abordando cuidados paliativos domiciliarios para pacientes idosos com câncer, o que resulta em informações insuficientes e falta de evidências. Há aspectos importantes da medicina paliativa e geriátrica que devem ser considerados e integrados para fornecer cuidados paliativos abrangentes a idosos com câncer. Isso inclui uma discussão sobre avaliação adequada da dor e dos sintomas, avaliação do estado funcional, planejamento antecipado de cuidados e cuidados no fim da vida, levando em consideração as nuances das síndromes geriátricas.

Palabras clave: cuidados paliativos, cuidados paliativos domiciliarios, idosos, oncologia, revisão sistemática

INTRODUCCIÓN

El cáncer es una enfermedad del envejecimiento, y su incidencia aumenta drásticamente con la edad (Steer et al., 2023). La edad media en el momento del diagnóstico de cáncer es ahora de 67 años y los pacientes de 60 años o más representan el 60% de los nuevos diagnósticos de cáncer y el 70% de las muertes por cáncer. En 2030, se prevé que el porcentaje de todos los cánceres diagnosticados en adultos mayores aumente hasta el 70% (Williams et al., 2023).

Las frecuentes visitas al departamento de emergencias, las hospitalizaciones y las muertes en centros de cuidados agudos son indicadores de una atención deficiente para los pacientes con cáncer en etapa avanzada (Bergqvist & Ljunggren, 2020), sumado a esto la fragilidad y vulnerabilidad de la población geriátrica, ha generado una importante carga mundial de sufrimiento al final de la vida, lo que hace necesaria una mayor prestación de cuidados paliativos domiciliarios (CPD).

A pesar de las complejidades de los entornos domésticos, los equipos de CPD observan el valor significativo que los pacientes y las familias dan a estar en casa. Este entorno familiar les brinda control y mayor libertad en comparación con los hospitales o los hospicios (Milligan et al., 2016), por lo que resulta crucial garantizar unos cuidados paliativos óptimos en todos los contextos.

Los equipos de CPD demuestran beneficios tangibles para los pacientes, los cuidadores, las familias y los servicios de atención médica (Hamano et al., 2023). Junto con un mejor manejo de los síntomas y una mejor calidad de vida para los pacientes, existe una mayor probabilidad de pasar tiempo en casa, particularmente al final de la vida (Currow et al., 2020). El acceso a los CPD también conduce a mejores resultados para los cuidadores, incluidas necesidades de información mejor satisfechas, mayor sensación de seguridad y mayor capacidad para afrontar la vida después de la muerte del paciente (Bagas et al., 2024).

El elevado número de hospitalizaciones evitables no solo implican una elevación en los costos sanitarios, tanto de bolsillo como a nivel de estado, sino que también pueden conducir a intervenciones inútiles y onerosas (Forbat et al., 2020). El acceso a CPD se asocia con una reducción de las visitas a los servicios de emergencia en el último año de vida, lo que permite a los pacientes permanecer en su entorno de atención preferido mientras reciben un tratamiento personalizado y oportuno.

Evitar una muerte hospitalaria no deseada, a menudo menos pacífica y más difícil de aceptar para los miembros de la familia, subraya la importancia de estas prácticas de atención (Bone et al., 2019). Aunque todavía se necesitan datos sólidos sobre su relación costo-efectividad, los datos de observación de programas comunitarios y la evidencia de ensayos aleatorizados de otros programas ambulatorios de cuidados paliativos han demostrado un manejo superior de los síntomas, mayores tasas de satisfacción de los pacientes y las familias y reducciones sustanciales

en los costos, las hospitalizaciones, la duración de la estadía hospitalaria, los días en la unidad de cuidados intensivos y las consultas médicas (Kelley & Morrison, 2015).

Para respetar las preferencias de las personas adultas mayores por la atención paliativa domiciliaria y las experiencias al final de la vida, es vital evaluar la efectividad de los equipos de cuidados paliativos integrados dentro de los sistemas de atención médica existentes. Esto es particularmente imperativo en las naciones que enfrentan tasas de mortalidad y tasas de dependencia en aumento, con el objetivo de mitigar las hospitalizaciones innecesarias y los costos de atención médica insostenibles al tiempo que se mejora la calidad general de la atención.

METODOLOGÍA

La presente revisión sistemática empleó como fuentes de búsqueda las bases de datos Pubmed (MEDLINE) y el Registro Cochrane Central de Ensayos Controlados (CENTRAL), Scopus, Web of Science, Scielo y Google Académico . La búsqueda se realizó sin restricciones de idioma con el fin de no limitar los resultados. Se revisó además los listados de referencia de los artículos relevantes para identificar estudios que potencialmente podrían ser incluidos en la revisión. Se buscaron específicamente estudios relacionados con cuidados paliativos en el hogar para poblaciones de oncología geriátrica. Se siguió un marco de proceso PICO-S (Centre for Reviews and Dissemination, 2009) (población, intervención, comparación, resultado, tipo de estudio) para la estrategia de búsqueda se incluyeron términos MeSH y palabras de texto libre (Tabla 1).

Se esperaba que el número de resultados de la búsqueda fuera manejable; como resultado, se evitaron los filtros adicionales en un esfuerzo por no limitar los resultados. Los operadores booleanos “AND” y “OR” se utilizaron para combinar conceptos e incluir sinónimos o variaciones ortográficas, respectivamente.

Tabla 1
Términos de búsqueda

Término MeSH	Términos de búsqueda
Cuidados paliativos	Cuidados paliativos
Cuidados domiciliarios	Cuidados domiciliarios Cuidados en el hogar Cuidados en casa
Geriátrico	Geriátrico Adulto mayor Anciano
Oncología	Oncología Cáncer Neoplasia
Ensayo controlado aleatorio	Ensayo controlado aleatorio

Los criterios de inclusión y exclusión fueron establecidos por las investigadoras considerando la pregunta de investigación, la población de interés, el diseño de la investigación y las principales variables a incluirse. De esta manera, se seleccionaron estudios con poblaciones de adultos mayores, de ambos sexos que se encuentren confinados en sus domicilios y diagnosticados de patologías oncológicas.

No hubo restricciones con respecto al número de participantes o la fecha de publicación. Para facilitar la recuperación de datos de alta calidad, solo se incluyeron ensayos controlados aleatorizados de participantes individuales o por grupos. Se excluyeron los estudios que informaban sobre intervenciones aplicadas en hospitales u otros entornos de pacientes hospitalizados, así como los estudios cualitativos, observacionales y cuasiexperimentales y los estudios no originales (revisiones bibliográficas, editoriales, artículos de opinión, noticias, cartas, resúmenes de conferencias, protocolos de estudio).

Se excluyeron los estudios que estaban dirigidos a médicos o cuidadores en lugar de adultos mayores o que no se ajustaban a las pautas éticas y no tenían la aprobación del comité ético o el consentimiento informado del paciente. También se excluyeron los estudios si no se podía determinar el rango de edad o si incluían poblaciones con enfermedades mixtas sin información separada sobre diagnósticos de cáncer, o involucraban lugares de atención mixta sin información separada sobre atención domiciliaria. Los criterios absolutos de inclusión y exclusión se resumen en la Tabla 2.

Tabla 2
Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Adultos mayores	Pacientes pediátricos, adultos jóvenes y adultos medios
Pacientes con enfermedades oncológicas	Personal de salud, cuidadores o pacientes con enfermedades no neoplásicas
Pacientes que recibieron cuidados paliativos domiciliarios	Pacientes que recibieron cuidados paliativos en hospitales u otros entornos de pacientes hospitalizados
Estudios que evaluaron resultados específicos (lugar de muerte, resultados físicos o emocionales)	Estudios sin aprobación del comité ético o ausencia de consentimiento informado firmado
Ensayos clínicos controlados aleatorios con participantes individuales o por grupos	Estudios cuasiexperimentales, observacionales, cualitativos y no originales (revisiones, editoriales, noticias, protocolos)

Los artículos recuperados de todas las bases de datos se referenciaron en el software de gestión de referencias Mendeley (versión 2.90.0 Mendeley Ltd.). Las búsquedas se realizaron del 3 al 30 de diciembre de 2024. Las dos autoras de la revisión extrajeron los datos de forma independiente y evaluaron la calidad del estudio. Las discrepancias se resolvieron mediante discusión entre las autoras de la revisión y por mutuo acuerdo. Se aplicó un método de lectura en tres grados: literal, interpretativo y crítico, que facilita una interpretación completa del contenido, desvelando implicaciones ideológicas y valorando la investigación en su entorno social y científico. Este exhaustivo procedimiento de evaluación reduce el prejuicio y potencia la integridad y utilidad de los resultados en el estudio sobre la ética de los cuidados paliativos.

RESULTADOS

La búsqueda inicial en la base de datos arrojó 1116 registros como potencialmente elegibles para esta revisión. Después de eliminar los duplicados, se identificaron 1082 registros para su revisión en función del título y el resumen. Después de excluir 982 artículos, los 100 artículos restantes se revisaron en función del texto completo. No se recuperaron 15 registros y 75 artículos no cumplieron con los criterios de inclusión. Finalmente, se incluyeron 10 estudios en esta revisión. Los estudios incluidos en la revisión sistemática, así como sus características generales se describen en la Tabla 3.

Todos los estudios incluidos fueron escritos en inglés, 9 de ellos fueron ensayos controlados aleatorizados, mientras que 1 fue un análisis retrospectivo multicéntrico, se publicaron entre 1984 y 2019. Cuatro estudios se originaron en los Estados Unidos (EE. UU) (Bakitas et al., 2009; Brumley et al., 2007; Sajid et al., 2016; Zimmer et al., 1984), cinco en Europa (Reino Unido, Dinamarca, Suiza, Suecia y Alemania) (Bourke et al., 2011; Di Pollina et al., 2017; Kaiser et al., 2017; Karlsson et al., 2019; Pilegaard et al., 2018) y uno en Canadá (Alibhai et al., 2019).

Los diez estudios incluyeron un total de 1533 personas de 60 años o más. La edad media de los participantes al inicio del estudio osciló entre 68 y 77 años. En cuanto al tipo de neoplasia maligna, cinco estudios incluyeron poblaciones de cáncer mixto (Bakitas et al., 2009; Brumley et al., 2007; Di Pollina et al., 2017; Pilegaard et al., 2018; Zimmer et al., 1984)(103,104,108,109), mientras que tres estudios reclutaron pacientes con cáncer de próstata (Alibhai et al., 2019; Bourke et al., 2011; Sajid et al., 2016), un estudio hematológico (Kaiser et al., 2017) y un estudio cáncer colorrectal (Karlsson et al., 2019).

En los estudios incluidos se reconocieron diversos modelos de cuidados paliativos en base al tipo de intervención y proveedor. Tres de los ECA determinaron el efecto de intervenciones de actividad física específica (Alibhai et al., 2019; Karlsson et al., 2019; Sajid et al., 2016), cuatro estudios evaluaron modelos de atención domiciliaria de múltiples componentes (Bakitas et al., 2009; Di Pollina et al., 2017; Kaiser et al., 2017; Pilegaard et al., 2018), dos se centraron en servicios de supervisión (Brumley et al., 2007; Zimmer et al., 1984) y uno tenía componentes

tanto de nutrición como de actividad física (Bourke et al., 2011). Los estudios incorporaron intervenciones que variaron desde rehabilitación diaria intensiva hasta intervenciones simples de actividad física en el hogar, cuyos periodos de tiempo fueron desde las 12 semanas hasta los 41 meses.

Las investigaciones examinaron diversos hallazgos, tales como el sitio de la muerte, el uso de la asistencia sanitaria, la gestión de los síntomas, la calidad de vida, el desempeño y la condición mental. En tres estudios, la viabilidad se estableció como el resultado primario (Alibhai et al., 2019; Bourke et al., 2011; Karlsson et al., 2019), de estos, todos resultaron factibles, en función de las tasas de reclutamiento, retención, adherencia y cumplimiento. Otros tres se centraron en el funcionamiento físico y cognitivo (Alibhai et al., 2019; Pilegaard et al., 2018; Sajid et al., 2016), y cuatro estudios investigaron principalmente las tasas de hospitalización innecesaria, el lugar de la muerte, los costos y la satisfacción del paciente (Bakitas et al., 2009; Brumley et al., 2007; Di Pollina et al., 2017; Kaiser et al., 2017).

En total, ocho publicaciones encontraron mejoras significativas en el resultado primario, mientras que una no encontró diferencias significativas entre los grupos (Pilegaard et al., 2018) y un estudio solo encontró una diferencia menor, aunque se trataba principalmente de un ensayo de viabilidad (Karlsson et al., 2019). Es importante destacar que, como se informó en dos estudios (Di Pollina et al., 2017; Zimmer et al., 1984), los modelos domiciliarios para pacientes oncológicos geriátricos pueden contribuir a una mayor probabilidad de morir en el hogar y una menor utilización de la atención médica.

La heterogeneidad de las medidas de resultados fue profunda, ya que cada estudio se centró en intervenciones únicas y evaluó subjetivamente estas intervenciones en función de sus características específicas. Para los resultados de rendimiento y funcionamiento físico, se utilizaron variables clínicas y antropométricas, diarios dietéticos y de ejercicio, varias pruebas funcionales, cuestionarios y escalas generales y específicas para el cáncer. Para los resultados del estado mental y la calidad de vida, se facilitaron varios instrumentos de evaluación, incluida la encuesta de salud abreviada de 36 ítems del Estudio de resultados médicos, el Inventario de depresión de Beck13, el Cuestionario de calidad de vida Core 30 de la Organización Europea para la Investigación y el Tratamiento del Cáncer (EORTC QLQ C-30) y el instrumento de satisfacción con los servicios de Reid-Gundlach (Tabla 4).

Tabla 3*Características generales de los estudios incluidos en la revisión sistemática*

Autor y año	Título	País	Diseño	Población	Objetivo
(Zimmer et al., 1984)	Effects of a Physician-led Home Care Team on Terminal Care.	EE. UU.	Ensayo controlado aleatorizado.	158 participantes con enfermedades terminales, incluidos 29 pacientes con cáncer mixto (edad media de 77 años).	Evaluación de un equipo de atención domiciliar de un médico/enfermero geriátrico/trabajador social de guardia las 24 horas en comparación con la atención estándar en un hogar de ancianos en función de la evaluación de costos, la utilización de la atención médica y el lugar de la muerte.
(Brumley et al., 2007)	Increased satisfaction with care and lower costs: Results of a randomized trial of in-home palliative.	EE. UU.	Ensayo controlado aleatorizado.	298 pacientes terminales confinados en sus hogares con un pronóstico de aproximadamente 1 año o menos de vida, más una o más visitas al hospital o al departamento de emergencias en los 12 meses anteriores.	Determinar si una intervención de cuidados paliativos en el hogar para pacientes terminales puede mejorar la satisfacción del paciente, reducir los costos de atención médica y aumentar la proporción de pacientes que mueren en el hogar.
(Bakitas et al., 2009)	Effects of a palliative care intervention on clinical outcomes in patients with advanced cancer: The project ENABLE II randomized controlled trial.	EE. UU.	Ensayo controlado aleatorizado.	322 pacientes con cáncer avanzado y un cuidador identificado en un centro oncológico integral rural designado por el NCI (el Norris Cotton Cancer Center, Lebanon, NH) y clínicas de extensión afiliadas y el Centro Médico de Asuntos de Veteranos (White River Junction, VT).	Determinar el efecto de una intervención de cuidados paliativos sobre la calidad de vida, la intensidad de los síntomas, el estado de ánimo y la utilización de recursos.

(Bourke et al., 2011)	Lifestyle Intervention in Men with Advanced Prostate Cancer Receiving Androgen Suppression Therapy: A Feasibility Study.	Reino Unido.	Ensayo controlado aleatorizado.	50 hombres con cáncer de próstata que reciben terapia de supresión de andrógenos (edad media 72 años, rango 60-87 años).	Evaluación de un programa de ejercicio supervisado decreciente combinado con asesoramiento dietético en comparación con la atención estándar.
(Sajid et al., 2016)	Novel physical activity interventions for older patients with prostate cancer on hormone therapy: A pilot randomized study.	EE. UU.	Ensayo controlado aleatorizado.	19 hombres con cáncer de próstata que reciben terapia de supresión de andrógenos (edad media 75 años, rango 67-93 años).	Evaluar la viabilidad de una intervención de caminata y resistencia en el hogar (EXCAP) y una intervención de caminata y resistencia mediada por tecnología utilizando Wii-Fit en comparación con la atención estándar.
(Kaiser et al., 2017)	Palliative home care for patients with advanced haematological malignancies-a multicenter survey.	Alemania.	Retrospectivo multicéntrico.	73 pacientes con neoplasia hematológica maligna.	Demostrar que la atención paliativa domiciliar especializada es factible y justificable para pacientes con neoplasias hematológicas
(Di Pollina et al., 2017)	Integrated care at home reduces unnecessary hospitalizations of community-dwelling frail older adults: a prospective controlled trial.	Suiza.	Ensayo controlado aleatorizado.	301 personas mayores frágiles y dependientes, incluidos 65 pacientes con cáncer mixto ≥ 60 años.	Evaluar una intervención de atención domiciliar integrada en comparación con la atención estándar en función de los ingresos hospitalarios y el lugar de fallecimiento.
(Pilegaard et al., 2018)	The 'Cancer Home-Life Intervention': A randomized controlled trial evaluating the efficacy of an occupational therapy-based intervention in	Dinamarca.	Ensayo controlado aleatorizado.	242 adultos mayores que viven en sus hogares que fueron diagnosticados con cáncer avanzado.	Evaluar la eficacia de la 'Intervención de vida domiciliar para pacientes con cáncer' en comparación con la atención habitual con respecto al desempeño y la participación de los pacientes en las

	people with advanced cancer.				actividades cotidianas y su calidad de vida relacionada con la salud.
(Alibhai et al., 2019)	A phase II randomized controlled trial of three exercise delivery methods in men with prostate cancer on androgen deprivation therapy.	Canada.	Ensayo controlado aleatorizado.	49 hombres con cáncer de próstata que reciben terapia de supresión de andrógenos (edad media 70 años, rango 62-90 años).	Evaluar la eficacia de programas de ejercicios supervisados en grupo y en el hogar en comparación con el entrenamiento personal estándar en función de la adherencia de los participantes, los resultados físicos y la satisfacción.
(Karlsson et al., 2019)	Feasibility of preoperative supervised home-based exercise in older adults undergoing colorectal cancer surgery – A randomized controlled design.	Suecia.	Ensayo controlado aleatorizado.	21 personas de ≥ 70 años programadas para una cirugía de cáncer colorrectal (edad media de 76 años).	Evaluar la viabilidad del ejercicio supervisado en el hogar a corto plazo en personas mayores antes de la cirugía de cáncer colorrectal.

Tabla 4

Resumen de los hallazgos de los estudios incluidos en la revisión sistemática

Autor y año	Título	Metodología/Intervención	Resultados	Conclusiones
(Zimmer et al., 1984)	Effects of a Physician-led Home Care Team on Terminal Care.	La intervención fue llevada a cabo por un equipo de atención domiciliar conformado por un médico, un enfermero geriátrico y un trabajador social. Este equipo fue responsable de identificar a la población objetivo y ofrecer atención médica de emergencia las	El uso general de los servicios sanitarios y los costos proyectados no se diferenciaron significativamente para los pacientes que no fallecieron durante la investigación; no obstante, para los que sí fallecieron, los pacientes del	Un modelo de atención domiciliar multiprofesional las 24 horas del día puede ser eficaz para proporcionar atención médica adecuada a pacientes graves y terminales y permitirles morir en casa si así lo desean, reduciendo al mismo tiempo los costos de la

24 horas en el hogar, cuando sea necesario. Además, brindan los servicios habituales de enfermería y otros cuidados domiciliarios a pacientes ancianos que padecen enfermedades crónicas o terminales y que se encuentran confinados en sus hogares. Los pacientes fueron monitoreados durante un periodo de seis meses, o hasta su fallecimiento, si ocurría antes, o hasta que decidieran mudarse o se negaran a continuar participando en el estudio.

equipo experimentaron tasas de hospitalización y gastos generales significativamente inferiores a los controles, y fallecieron con mayor regularidad en el hogar. De los 21 pacientes del equipo y 12 del control que perdieron la vida, todos permanecieron al menos 2 semanas siendo parte del estudio. Los pacientes del equipo experimentaron cerca de la mitad de días hospitalarios en comparación con los controles durante las dos semanas finales. A pesar de contar con más servicios de atención médica a domicilio, solo el 69 por ciento de los costos totales estimados de atención médica de los controles.

atención durante el período terminal.

La satisfacción con el cuidado recibido fue considerablemente superior entre todos los pacientes del equipo, y en particular entre sus

			cuidadores familiares, en comparación con los controles.	
(Brumley et al., 2007)	Increased satisfaction with care and lower costs: Results of a randomized trial of in-home palliative.	Este fue un ensayo controlado aleatorio realizado en dos centros de atención administrada separados para probar la replicabilidad y la efectividad de un programa de Cuidados Paliativos Domiciliarios. Las hipótesis específicas probadas para este estudio fueron que los pacientes oncológicos inscritos en el programa experimentarán una mayor satisfacción con la atención que los pacientes que reciben atención habitual y acostumbrada. Los costos médicos serán menores para los pacientes al final de la vida inscritos en el programa que para los pacientes al final de la vida que reciben la atención habitual. Los participantes fueron inscritos y seguidos desde septiembre de 2002	Los pacientes asignados aleatoriamente a cuidados paliativos en el hogar reportaron una mayor mejora en la satisfacción con la atención a los 30 y 90 días después de la inscripción ($P < 0,05$) y tenían más probabilidades de morir en el hogar que aquellos que recibían la atención habitual ($P < 0,001$). Además, los sujetos que recibieron cuidados paliativos en el hogar tenían menos probabilidades de visitar el departamento de emergencias ($P < 0,01$) o ser admitidos en el hospital que aquellos que recibían la atención habitual. ($P < 0,001$), lo que resultó en costos de atención significativamente más bajos para	Este es uno de los primeros estudios rigurosos para examinar la efectividad de un programa de cuidados paliativos en el hogar, basado en la comunidad, para individuos con enfermedades terminales. Proporciona sólida evidencia clínica y financiera que respalda la provisión de cuidados paliativos en el hogar de pacientes terminales con cáncer con una expectativa de vida de aproximadamente 1 año. También sugiere importantes implicancias políticas para reformar la atención al final de la vida. La evidencia proporcionada respalda la necesidad de cambios fundamentales en el diseño de los sistemas de atención médica al ajustar los beneficios de los

hasta agosto de 2004. Los pacientes elegibles para participar en el estudio deben haber tenido un diagnóstico primario de cáncer y una expectativa de vida de 12 meses o menos, haber visitado el departamento de emergencias o el hospital al menos una vez durante el año anterior; y obtuvo un 70 % o menos en la Escala de Desempeño Paliativo.

los pacientes de intervención (P<0,03).

cuidados paliativos para satisfacer mejor las necesidades de los pacientes o desarrollar un nuevo beneficio de cuidados paliativos “pre-hospicio” que proporcione un puente entre la atención médica estándar y los cuidados paliativos.

<p>(Bakitas et al., 2009)</p> <p>Effects of a palliative care intervention on clinical outcomes in patients with advanced cancer: The ENABLE II randomized controlled trial.</p>	<p>Ensayo controlado aleatorizado realizado entre noviembre de 2003 y mayo de 2008, incluyó 322 pacientes con cáncer avanzado y un cuidador identificado en un centro oncológico integral rural designado por el NCI (Norris Cotton Cancer Center, Lebanon, NH) y clínicas de extensión afiliadas y el Centro Médico de Asuntos de Veteranos (White River Junction, VT). Se realizó una</p>	<p>Se asignaron al azar 322 participantes con cáncer gastrointestinal (41%), de pulmón (36%), genitourinario (12%) y de mama (10%). Los efectos estimados del tratamiento (intervención menos atención habitual) para todos los sujetos fueron 4,6 (P = 0,02) para la calidad de vida, -27,8 (P = 0,06) para la intensidad de los síntomas y -1,8 (P = 0,02) para el estado de</p>	<p>En comparación con los participantes que recibieron la atención oncológica habitual, los participantes que recibieron una intervención de cuidados paliativos que abordaba la coordinación física, psicosocial y de atención brindada al mismo tiempo que la atención oncológica tuvieron una calidad de vida y un estado de ánimo más altos; las comparaciones de la intensidad de</p>
--	---	--	--

<p>intervención de cuidados paliativos psicoeducativa de múltiples componentes (Proyecto ENABLE) realizada por una enfermera de práctica avanzada que consta de 4 sesiones educativas semanales y seguimiento mensual hasta la muerte o la finalización del estudio.</p>	<p>ánimo depresivo. Los efectos promedio estimados del tratamiento en la muestra de participantes que murieron durante el estudio fueron 8,6 (P = 0,02) para la calidad de vida, -24,2 (P = 0,24) para la intensidad de los síntomas y -2,7 (P = 0,03) para el estado de ánimo depresivo. Los días en el hospital, la unidad de cuidados intensivos y las visitas al departamento de emergencias no fueron diferentes entre los grupos.</p>	<p>los síntomas y los días de hospitalización, UCI y visitas al departamento de emergencias no fueron estadísticamente significativas.</p>
--	---	--

<p>(Bourke et al., 2011)</p>	<p>Lifestyle Intervention in Men with Advanced Prostate Cancer Receiving Androgen Suppression Therapy: A</p>	<p>Los pacientes con cáncer de próstata avanzado que recibieron terapia de supresión de andrógenos durante un mínimo de 6 meses fueron asignados al azar a un programa de estilo de vida de 12 semanas que comprendía ejercicios aeróbicos y de resistencia, más asesoramiento dietético (n = 25), o a atención estándar (n = 25). Se</p>	<p>El grupo de estilo de vida mostró mejoras en la conducta de ejercicio (P < 0,001), la ingesta de grasas en la dieta (P = 0,001), la ingesta total de energía (P = 0,005), la fatiga (P = 0,002), la tolerancia al ejercicio aeróbico (P < 0,001) y la fuerza muscular (P = 0,033) en comparación con los controles de atención estándar. Aunque se</p>	<p>La evidencia preliminar sugiere que las intervenciones pragmáticas en el estilo de vida tienen el potencial de evocar mejoras en la conducta de ejercicio y dieta, además de otros resultados de salud importantes en hombres con cáncer de próstata avanzado que reciben terapia de supresión de andrógenos.</p>
------------------------------	--	---	---	--

	Feasibility Study.	evaluaron la conducta de ejercicio, la ingesta de macronutrientes dietéticos, la calidad de vida, la fatiga, la aptitud funcional y los biomarcadores asociados con la progresión de la enfermedad al inicio, después de la intervención y a los 6 meses.	observó una alta tasa de deserción (44%) a los 6 meses, las mejoras en los resultados de salud clave se mantuvieron. No se observaron efectos en los marcadores clínicos de la enfermedad de cáncer de próstata.	
(Sajid et al., 2016)	Novel physical activity interventions for older patients with prostate cancer on hormone therapy: A pilot randomized study.	Estudio piloto aleatorizado de tres brazos (n = 19) que comparaba una intervención de caminata y resistencia en el hogar (EXCAP) y una intervención de caminata y resistencia mediada por tecnología utilizando Wii-Fit con un brazo de atención habitual en hombres ≥ 70 años con cáncer de próstata que recibían terapia de supresión de andrógenos. La intervención duró 6 semanas, con seguimiento a las 12 semanas. El resultado principal preespecificado fue el cambio en la puntuación de la Batería de	La edad media de los participantes fue de 70 años (rango: 67-93). Ocho pacientes fueron asignados aleatoriamente al brazo de Wii-Fit, 6 al brazo de EXCAP y 5 al brazo de atención habitual. Las puntuaciones SPPB se mantuvieron casi constantes en el grupo de atención habitual ($\beta = -0,12$; $p = 0,79$), mientras que los individuos en el grupo EXCAP tuvieron en promedio un aumento de 1,2 puntos en cada seguimiento ($\beta = 1,20$; IC del 95 %: 0,36, 2,06). El grupo Wii-fit tuvo un aumento	Un programa de ejercicios aeróbicos y de resistencia en el hogar, EXCAP, es prometedor para mejorar el rendimiento físico en hombres mayores con cáncer prostático en terapia de supresión de andrógenos.

Rendimiento Físico Corto (SPPB). no significativo en la puntuación SPPB a lo largo del tiempo en relación con la atención habitual ($\beta = 0,32$; IC del 95 % $-0,43, 1,06$; $p = 0,46$). Los individuos en el grupo EXCAP tuvieron un aumento en los pasos por día a lo largo del tiempo en comparación con el grupo de atención habitual (valor $p = 0,006$); El grupo EXCAP tuvo un aumento de 2720 pasos (IC del 95 %: 1313, 4128) mientras que el grupo de atención habitual tuvo un aumento de 97 pasos (IC del 95 %: $-1140, 1333$). Los participantes del grupo Wii-Fit tuvieron un aumento de 1020 pasos (IC del 95 %: $-474, 1238$, $p = 0,710$). Otros resultados (es decir, fuerza de agarre, masa muscular magra y repeticiones de press de pecho) no fueron estadísticamente significativos.

(Kaiser et al., 2017)	Palliative home care for patients with advanced haematological malignancies-a multicenter survey.	Análisis retrospectivo de todos los pacientes con un equipo especializado de cuidados paliativos en tres instituciones alemanas (Landshut, Göttingen, Hamburgo). Se encuestó a todos los pacientes atendidos desde enero de 2011 hasta octubre de 2014. Los pacientes que sufrían enfermedades hematológicas (CIE 10: C81-C95) fueron sometidos a un análisis más detallado. Si los pacientes padecían una enfermedad hematológica (crónica) pero otro diagnóstico había llevado a la derivación a servicios de cuidados paliativos, estos pacientes fueron excluidos del análisis detallado. Se documentaron datos demográficos y clínicos, comparables a la herramienta de evaluación de referencia en la Evaluación de	De 3955 pacientes de cuidados paliativos especializados en el hogar (CPEH), el 1,8% (n = 73) sufría neoplasias hematológicas. Los principales problemas fueron el deterioro del estado general, el dolor o los problemas psicológicos. El 37% desarrolló nuevos síntomas, principalmente dolor, angustia psicológica o deterioro del estado general. En el 33%, los pacientes fueron derivados al hospital, principalmente debido al deterioro del estado general o al dolor. El 70% murió dentro de los 3 meses posteriores al inicio de los CPEH; el 83% murió en el hogar o en un asilo de ancianos.	Los pacientes que sufrían neoplasias hematológicas avanzadas estaban estadísticamente subrepresentados en los CPEH, y los CPEH se instalaron más bien en los últimos días de vida. Con mucho, más pacientes pudieron morir fuera de un hospital en comparación con las cohortes de referencia de pacientes hematológicos que no fueron tratados en los CPEH. Con mucho, más pacientes pudieron morir fuera de un hospital en comparación con las cohortes de referencia de pacientes hematológicos que no fueron tratados en la SAPV. El espectro de problemas documentados es comparable a otras cohortes de pacientes que son tratados con CPEH; por lo tanto, las opciones y los beneficios de los cuidados paliativos en el hogar
-----------------------	---	---	---	---

		<p>Cuidados Paliativos y Hospicio (HOPE). Los datos de los registros fueron proporcionados por las instituciones participantes en una versión anónima. Si los datos no estaban disponibles, los pacientes fueron excluidos del subanálisis respectivo.</p>		<p>deben incorporarse en los conceptos de tratamiento hematológico paliativo de manera más vigorosa.</p>
<p>(Di Pollina et al., 2017)</p>	<p>Integrated care at home reduces unnecessary hospitalizations of community-dwelling frail older adults: a prospective controlled trial.</p>	<p>Ensayo controlado prospectivo, en entornos de práctica clínica de vida real, en una región suburbana de Ginebra, Suiza, atendida por dos centros de servicios de enfermería de visitas domiciliarias. Trescientas una personas frágiles y dependientes que vivían en la comunidad, mayores de 60 años, fueron asignadas a equipos de enfermería previamente aleatorizados en grupos de control (N= 179) e intervención (N= 122): Los controles recibieron la atención habitual por parte de su</p>	<p>El número de hospitalizaciones no difirió entre los grupos, sin embargo, la intervención condujo a una menor incidencia acumulada de la primera hospitalización después del primer año de seguimiento (69,8 %, IC 59,9 a 79,6 frente a 87,6 %, IC 78,2 a 97,0; p = 0,01). Los resultados secundarios mostraron que la intervención en comparación con el grupo de control tuvo hospitalizaciones innecesarias menos frecuentes (4,1 % frente a 11,7 %, p=0,03), menor incidencia</p>	<p>La atención integrada que incluyó un equipo geriátrico multidisciplinario que visitaba el domicilio redujo significativamente las hospitalizaciones innecesarias, las visitas a urgencias y permitió que más pacientes murieran en el domicilio. Es una herramienta eficaz para mejorar la coordinación y el acceso a la atención de los adultos mayores frágiles y dependientes.</p>

médico de atención primaria y acumulada de la primera visita a servicios de enfermería de visitas urgencias, 8,3 %, IC 2,6 a 13,9 domiciliarias, el grupo de frente a 23,2 %, IC 13,1 a 33,3; p = intervención recibió una 0,01), y la muerte se produjo con evaluación domiciliaria adicional mayor frecuencia en el domicilio por parte de una unidad de geriatría (44,4 versus 14,7%; p = 0,04). No comunitaria con acceso a un se encontraron diferencias servicio de guardia y seguimiento significativas en cuanto a coordinado. El reclutamiento institucionalización y mortalidad. comenzó en julio de 2009, los objetivos se obtuvieron en julio de 2012 y los resultados se evaluaron hasta diciembre de 2012. La duración del seguimiento varió de 5 a 41 meses (media 16,3). La medida de resultado primaria fue el número de hospitalizaciones. Los resultados secundarios fueron los motivos de las hospitalizaciones, el número y motivo de las visitas a urgencias, la institucionalización, la muerte y el lugar de la muerte.

<p>(Pilegaard et al., 2018)</p>	<p>The ‘Cancer Home-Life Intervention’: A randomized controlled trial evaluating the efficacy of an occupational therapy-based intervention in people with advanced cancer.</p>	<p>Ensayo clínico aleatorio de superioridad de grupos paralelos con aleatorización equilibrada (1:1) reclutó de forma consecutiva a participantes de las unidades de oncología del Hospital Universitario de Aarhus (AUH), Dinamarca, y del Hospital Universitario de Odense (OUH), Dinamarca, desde febrero de 2015 hasta octubre de 2016. La "Intervención de vida en el hogar para personas con cáncer" es un programa breve, personalizado, basado en terapia ocupacional (TO) y adaptativo para personas con cáncer avanzado que se centra en el desempeño de sus actividades cotidianas prioritarias. A cada participante se le ofrecieron de 1 a 3 visitas presenciales a domicilio con una duración máxima de 120 minutos y de 1 a 3 contactos</p>	<p>El resultado primario fue la capacidad motora para las actividades de la vida diaria. Los resultados secundarios fueron la capacidad para procesar las actividades de la vida diaria, la dificultad para realizar las actividades cotidianas prioritarias, las restricciones de participación y la calidad de vida relacionada con la salud. Se asignó aleatoriamente a un total de 242 participantes al grupo de intervención (n = 121) o al grupo de control (n = 121). No se encontró ningún efecto en el resultado primario (cambio medio entre grupos: -0,04 logits (intervalo de confianza del 95 %: -0,23 a 0,15); p = 0,69). Tampoco se observó ningún efecto en los resultados secundarios.</p>	<p>La “Intervención para la vida en el hogar en pacientes con cáncer”, que se realizó principalmente mediante una única visita al hogar y un único contacto telefónico de seguimiento, no fue eficaz para mantener o mejorar las actividades cotidianas y la calidad de vida relacionada con la salud de los participantes. Los estudios futuros deberían prestar aún más atención al desarrollo de la intervención, a la “dosis” mínima de intervención que se cree que produce un cambio y a las pruebas de viabilidad.</p>
---------------------------------	---	--	---	---

telefónicos después de la primera visita de intervención para reforzar el uso de la estrategia de intervención y resolver cualquier problema que surja. La adaptación (qué componentes y el número de componentes y visitas a domicilio) se basa en el tipo de problemas de actividad del participante. La atención habitual comprendió atención domiciliaria, cuidados paliativos y/o rehabilitación que, a veces, también implica TO proporcionada por el municipio de origen de los participantes. Los datos se recopilaron al inicio (T1) y a las 12 semanas (T3) en los hogares de los participantes. Los datos a las seis semanas (T2) se recopilaron mediante un cuestionario postal y una entrevista telefónica.

<p>(Alibhai et al., 2019)</p> <p>A phase II randomized controlled trial of three exercise delivery methods in men with prostate cancer on androgen deprivation therapy.</p>	<p>Ensayo de no inferioridad de fase II aleatorizado reclutó pacientes de dos centros de atención terciaria académicos canadienses: el Centro Oncológico Princess Margaret (Toronto) y el Centro Oncológico Tom Baker (Calgary). Se reclutaron hombres con cáncer de próstata en TAD de uno de dos centros canadienses experimentados y se los asignó al azar 1:1:1 a fisioterapia, grupo o domicilio. La aleatorización se estratificó por duración del uso de terapia de supresión de andrógenos (TSA) y sitio. Los participantes realizaron ejercicios aeróbicos y de resistencia de intensidad moderada 4-5 días por semana durante 6 meses con un objetivo de 150 minutos por semana de ejercicio. Las prescripciones de ejercicio se individualizaron y progresaron a lo</p>	<p>Se inscribieron cincuenta y nueve participantes (edad media 69,9 años). La tasa de reclutamiento fue del 25,4% y el reclutamiento fue más lento de lo previsto. La retención fue del 71,2%. La adherencia al ejercicio medida a través de la asistencia fue alta para las sesiones supervisadas, pero inferior al 50% según el autoinforme y la acelerometría. La satisfacción fue alta y no hubo diferencias en esta medida entre los tres grupos. Las diferencias entre grupos (comparando tanto GROUP como HOME con entrenador personal) fueron menores que la diferencia mínima clínicamente importante en la mayoría de las medidas de calidad de vida, fatiga y aptitud física. Sin embargo, dos de seis resultados para GROUP y cuatro de seis resultados para</p>	<p>Los puntos finales de viabilidad se cumplieron en general. Tanto las intervenciones GROUP como HOME en hombres con cáncer prostático en TSA parecieron ser similares a la de entrenador personal para múltiples resultados de eficacia, aunque las conclusiones están limitadas por un tamaño de muestra pequeño y no se han incorporado consideraciones de costo. Los esfuerzos deben dirigirse a mejorar el reclutamiento y la adherencia. Se justifica un ensayo más grande.</p>
---	--	--	--

largo del ensayo. Los criterios de valoración de viabilidad incluyeron reclutamiento, retención, adherencia y satisfacción del participante. Los criterios de valoración de eficacia QOL, fatiga y aptitud física (pico de VO₂, fuerza de agarre y levantarse de la silla cronometrado) en grupo y domicilio se compararon para determinar la no inferioridad con respecto a la fisioterapia. Se utilizaron análisis descriptivos para los criterios de valoración de viabilidad. Las diferencias entre grupos para los criterios de valoración de eficacia se examinaron utilizando modelos de efectos mixtos lineales bayesianos.

HOME tuvieron una probabilidad > 20% de ser inferiores para GROUP.

(Karlsson et al., 2019)	Feasibility of preoperative supervised	Estudio de viabilidad aleatorizado como preparación para un ensayo controlado aleatorizado de dos	El cumplimiento de las sesiones supervisadas fue del 97% y los participantes encontraron la	Se puede llevar a cabo una intervención de ejercicio físico supervisado en el hogar a corto
-------------------------	--	---	---	---

home-based exercise in older adults undergoing colorectal cancer surgery – A randomized controlled design.

brazos planificado con una intervención aceptable. Con respecto al ejercicio que respecta al cumplimiento y la aceptabilidad, en personas mayores con un estado físico similar al de este estudio antes de la cirugía de cáncer colorrectal. Sin embargo, se justifican modificaciones con respecto a la mejora de las tasas de reclutamiento y el logro de los niveles de intensidad planificados antes de realizar un ensayo definitivo.

Este estudio de viabilidad se realizó entre septiembre de 2016 y junio de 2018. Se reclutaron personas de 70 años programadas para una cirugía de cáncer colorrectal (CCR) y se las asignó al azar a un grupo de intervención que recibió ejercicio físico supervisado en el hogar a un alto nivel de esfuerzo estimado o a un grupo de atención estándar que siguió la ruta preoperatoria estándar. El ejercicio (respiratorio, de fuerza y aeróbico) consistió en 2 a 3 sesiones supervisadas por semana en los hogares de los participantes, durante al menos 2 a 3 semanas o hasta la cirugía, y un programa de ejercicio autoadministrado en el medio. El resultado primario fue la factibilidad del proceso, incluidos

autoadministrado, se informó una mediana de 19 sesiones de entrenamiento de los músculos inspiratorios, 6 de fuerza funcional y 8,5 sesiones aeróbicas. Los desafíos informados por los instructores del programa fueron las limitaciones de tiempo y las dificultades para lograr altas intensidades de ejercicio en la escala Borg CR-10. Solo se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre grupos en la fuerza de los músculos inspiratorios, a favor del grupo de intervención ($p < 0,01$).

aspectos específicamente relacionados con la tasa de reclutamiento, el cumplimiento de la intervención y la aceptabilidad. El resultado secundario fue la factibilidad científica, incluida la seguridad del tratamiento, la descripción del nivel de dosis y la respuesta, y la estimación de los resultados del tratamiento. Se incluyeron veintitrés participantes (tasa de reclutamiento del 35%). Se realizó una mediana de 6 sesiones supervisadas durante un período de ejercicio de 17 días.

DISCUSIÓN

Los artículos incluidos en la presente revisión sistemática evidenciaron coincidencias en sus resultados, puesto que ocho de ellos mostraron un claro beneficio de los cuidados paliativos domiciliarios en la población geriátrica.

Considerando que el envejecimiento es un factor de riesgo aislado de cáncer; los adultos mayores tienen un riesgo 36 veces mayor que los adultos más jóvenes (Martínez-Macias, 2020). Asimismo, la mayoría de los adultos mayores tienen al menos una enfermedad no cancerosa, y cuando acumulan tres enfermedades, su mortalidad por causas no cancerosas aumenta hasta 20 veces, según el Índice de Charlson (Park et al., 2021). En este sentido, parecería ser predecible que las intervenciones domiciliarias de cuidados paliativos beneficien en mayor medida a pacientes jóvenes; sin embargo, en la presente revisión se ha evidenciado que también los adultos mayores pueden ser favorecidos por este recurso.

Se ha reconocido la muerte en el hogar como un indicador de calidad en la provisión de cuidados paliativos. En este sentido, aproximadamente el 40% de individuos con enfermedades severas reportan que aprecian los servicios sanitarios disponibles para su atención en casa, y hasta el 87% de ellos optan por fallecer en su hogar (Quinn et al., 2020).

En la presente revisión, se incluyen 3 estudios que estudiaron el lugar del fallecimiento de los pacientes, evidenciándose que los modelos actuales de atención paliativa que se proporcionan están vinculados con una mayor posibilidad de fallecimiento en el hogar cuando los pacientes los reciben. Esta información encamina una posibilidad para optimizar el cuidado al final de la vida de los pacientes geriátricos oncológicos, ya que la mayoría de las personas reportan una inclinación por fallecer en casa (Gomes et al., 2013).

Consecuentemente, mientras las poblaciones envejecen y el cuidado se torna cada vez más complicado debido al incremento de las tasas de multimorbilidad, será imprescindible continuar con la inversión en la capacitación de médicos generales y especialistas en cuidados paliativos, así como en el crecimiento de los cuidados paliativos domiciliarios, para asistir a las personas en su proceso de muerte en el hogar.

Los pacientes oncológicos generalmente buscan reingresos hospitalarios en un esfuerzo por abordar y mitigar los síntomas incontrolados que disminuyen su calidad de vida (Treece et al., 2018). Sin embargo, se ha demostrado que la mayoría de los pacientes de medicina paliativa ingresados en hospitales no necesitan atención hospitalaria las 24 horas y sus necesidades pueden abordarse en el ámbito ambulatorio mediante cuidados paliativos continuos en el hogar, que incluyen apoyo a corto plazo y atención domiciliaria.

El 44% de pacientes que no requirieron tratamiento hospitalario para el control de los síntomas podrían haber recibido apoyo en casa (Townsend et al., 1990). En esta misma línea, se encuentran los estudios descritos en esta revisión, misma que encontró que los pacientes en

cuidados paliativos presentan una menor incidencia hospitalizaciones e ingresos al servicio de emergencia. Esta tendencia resulta beneficiosa al disminuir de manera sustancial los gastos generados tanto los de bolsillo como a nivel institucional y estatal.

La revisión sistemática presenta cuatro artículos que analizaron intervenciones de ejercicio estructurado y todos ellos encontraron que estas intervenciones resultaron en una mejora del funcionamiento físico o en mejoras significativamente en la calidad de vida de los pacientes (Alibhai et al., 2019; Bourke et al., 2011; Karlsson et al., 2019; Sajid et al., 2016). Estudios recientes han propuesto la implementación temprana de un enfoque multimodal mejoran la independencia física de los pacientes oncológicos. Existe evidencia convincente que respalda que tanto el ejercicio como el apoyo nutricional son componentes esenciales de estas intervenciones (Ester et al., 2021).

Se ha encontrado que el asesoramiento nutricional incrementa la ingesta de proteínas, lo cual es crucial ya que la atrofia muscular asociada al cáncer se relaciona con una menor respuesta a diversos factores anabólicos. En este sentido, el ejercicio físico ha demostrado ser prometedor para estimular el metabolismo anabólico y mejorar el estado funcional. En conjunto, estos hallazgos sugieren que una intervención que combine nutrición y ejercicio físico puede actuar de manera sinérgica, mejorando tanto el estado nutricional como el físico, y, como resultado, elevar la calidad de vida de los pacientes oncológicos paliativos (Uster et al., 2018).

Únicamente un estudio abordó intervenciones nutricionales, evidenciando el beneficio de estas en los pacientes incluidos (Bourke et al., 2011). A pesar de los resultados encontrados, actualmente la influencia del apoyo nutricional para los pacientes con cáncer en el contexto de los cuidados paliativos continúa siendo un tema objeto de debate. Históricamente, la colaboración entre oncólogos, especialistas en nutrición clínica y médicos de cuidados paliativos que atienden a pacientes con cáncer avanzado ha sido limitada. Esta colaboración se complica debido a que, aunque el concepto de apoyo nutricional es claro, no se dispone de una definición común que unifique el entendimiento de lo que significa ser un paciente que requiere cuidados paliativos (Cotogni et al., 2021).

Independientemente de las definiciones actuales, es evidente que el cáncer y sus tratamientos conduce a alteraciones nutricionales, lo que consecuentemente lleva a un bajo estado funcional, deterioro de la calidad de vida, ingresos hospitalarios no planificados y una reducción de la supervivencia en pacientes que reciben cuidados paliativos. En este sentido, las intervenciones nutricionales ajustadas a las necesidades individuales pueden ser beneficiosas y las guías recomiendan la evaluación de las deficiencias nutricionales en todos estos pacientes (Arends et al., 2017).

Si bien varios de los estudios incluidos presentan coincidencias en ciertas intenciones de cuidados paliativos domiciliarios, también es cierto que existe una gran heterogeneidad en las medidas o instrumentos empleados para medir sus resultados. Esto a pesar de que actualmente se

dispone de sistemas de puntuación estandarizados que permiten evaluar los síntomas y tasas de satisfacción de los pacientes, así como su calidad de vida. En virtud de lo descrito, resulta imprescindible recomendar que los estudios subsiguientes incorporen herramientas homogéneas y validadas, lo que permitirá realizar una valoración objetiva de las intervenciones realizadas, así como la síntesis imparcial de los datos resultantes.

Limitaciones

La revisión sistemática incluye únicamente 10 estudios, a pesar de no ser un número despreciable, es posible que debido a la rigurosidad de los criterios de inclusión y exclusión y la inclusión únicamente de estudios primarios, se hayan dejado de lado artículos importantes, lo que eventualmente repercutiría en la validez externa del estudio.

Prácticamente todos los estudios realizaron comparaciones de las distintas intervenciones con la atención habitual que recibían los pacientes, sin embargo, esta última no fue definida ni conceptualizada de manera adecuada o estandarizada. Finalmente, los estudios incluidos no analizan poblaciones de países de bajos o medianos ingresos ni países de América Latina, por lo que no resulta factible generalizar los resultados a estas poblaciones.

CONCLUSIONES

El aumento de la esperanza de vida y los cambios asociados en la morbilidad al final de la vida pronostican grandes desafíos para la atención sanitaria. Al mismo tiempo, el último período de la vida se extiende a una fase larga caracterizada por decisiones de tratamiento complicadas, manejo difícil de los síntomas, múltiples problemas psicosociales y una angustia espiritual que fácilmente se pasa por alto. Por lo tanto, es evidente la necesidad de cuidados paliativos, adaptados a las necesidades y situaciones de las personas adultas mayores. El creciente ámbito de los cuidados paliativos para personas mayores, aunque ha hecho avances en los últimos años, todavía no cuenta con una base de evidencia adecuada.

Es cierto que las intervenciones en el hogar están promoviendo la posibilidad de fallecer en el entorno familiar, parece que son viables y tienen un impacto beneficioso en el control del dolor y la funcionalidad, sin embargo, es necesario realizar más investigaciones de tipo riguroso. El escepticismo persistente hacia este tipo de intervenciones podría estar fundamentado en la limitada cantidad de evaluaciones rigurosas.

Los resultados descritos podrían constituirse en el punto de partida en la formulación de nuevos estudios y normativas asociadas al cuidado del adulto mayor oncológico al final de la vida, con la finalidad de elevar su calidad de vida mediante un uso eficiente de los recursos disponibles.

A pesar de la considerable coincidencia entre la medicina geriátrica y la atención paliativa, es necesario contar con un conjunto específico de destrezas y formación para tratar de manera adecuada a los ancianos en la etapa final de sus vidas. La adaptación debe preponderar los deseos

y objetivos personales del anciano y ser flexible a lo largo del proceso del cáncer conforme a los tratamientos actuales y de los que el paciente se encuentre siendo receptor. Por lo tanto, resulta imperativo que tanto los investigadores como los médicos de atención directa sean conscientes de las repercusiones que conllevan las oportunidades no aprovechadas para incluir a los pacientes mayores. Únicamente a través de esfuerzos continuos, los sistemas y proveedores de salud podrán abordar de manera efectiva las necesidades de esta creciente población de ancianos.

REFERENCIAS

- Alibhai, S. M. H., Santa Mina, D., Ritvo, P., Tomlinson, G., Sabiston, C., Krahn, M., Durbano, S., Matthew, A., Warde, P., O'Neill, M., Timilshina, N., Segal, R., & Culos-Reed, N. (2019). A phase II randomized controlled trial of three exercise delivery methods in men with prostate cancer on androgen deprivation therapy. *BMC Cancer*, *19*(2), 2–11. <https://doi.org/10.1186/s12885-018-5189-5>
- Arends, J., Bachmann, P., Baracos, V., Barthelemy, N., Bertz, H., Bozzetti, F., Fearon, K., Hütterer, E., Isenring, E., Kaasa, S., Krznaric, Z., Laird, B., Larsson, M., Laviano, A., Mühlebach, S., Muscaritoli, M., Oldervoll, L., Ravasco, P., Solheim, T., ... Preiser, J. C. (2017). ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients. *Clinical Nutrition*, *36*(1), 11–48. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2016.07.015>
- Bagas, R., Muhaimin, A., Willems, D., & Pols, J. (2024). Family Perspectives on Key Elements of Good Home Palliative Care in South and Southeast Asia: A Scoping Review. *Home Health Care Management & Practice*, *36*(4), 290–303. <https://doi.org/10.1177/10848223231224779>
- Bakitas, M., Lyons, K. D., Hegel, M. T., Balan, S., Brokaw, F. C., Seville, J., Hull, J. G., Li, Z., Tosteson, T. D., Byock, I. R., & Ahles, T. A. (2009). Effects of a palliative care intervention on clinical outcomes in patients with advanced cancer: The project ENABLE II randomized controlled trial. *JAMA*, *302*(7), 741–749. <https://doi.org/10.1001/jama.2009.1198>
- Bergqvist, J., & Ljunggren, G. (2020). The Impact of Integrated Home Palliative Care Services on Resource Use and Place of Death. *Journal of Palliative Medicine*, *23*(1), 67–73. <https://doi.org/10.1089/jpm.2018.0639>
- Bone, A. E., Evans, C. J., Etkind, S. N., Sleeman, K. E., Gomes, B., Aldridge, M., Keep, J., Verne, J., & Higginson, I. J. (2019). Factors associated with older people's emergency department attendance towards the end of life: A systematic review. *European Journal of Public Health*, *29*(1), 67–74. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky241>
- Bourke, L., Doll, H., Crank, H., Daley, A., Rosario, D., & Saxton, J. M. (2011). Lifestyle intervention in men with advanced prostate cancer receiving androgen suppression therapy: A feasibility study. *Cancer Epidemiology Biomarkers and Prevention*, *20*(4), 647–657. <https://doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-10-1143>
- Brumley, R., Enguidanos, S., Jamison, P., Seitz, R., Morgenstern, N., Saito, S., McIlwane, J., Hillary, K., & Gonzalez, J. (2007). Increased satisfaction with care and lower costs: Results of a randomized trial of in-home palliative care. *Journal of the American Geriatrics Society*, *55*(7), 993–1000. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2007.01234.x>
- Centre for Reviews and Dissemination. (2009). *CRD's guidance for undertaking reviews in health care*. York Associates International.

https://guides-nyu-edu.translate.goog/c.php?g=277003&p=7844931&x_tr_sl=en&x_tr_tl=es&x_tr_hl=es&x_tr_pto=tc

- Cotogni, P., Stragliotto, S., Ossola, M., Collo, A., & Riso, S. (2021). The role of nutritional support for cancer patients in palliative care. *Nutrients*, *13*(2), 1–16. <https://doi.org/10.3390/nu13020306>
- Currow, D. C., Agar, M. R., & Phillips, J. L. (2020). Role of Hospice Care at the End of Life for People With Cancer. *J Clin Oncol*, *38*, 937–943. <https://doi.org/10.1200/JCO.18>
- Di Pollina, L., Guessous, I., Petoud, V., Combescure, C., Buchs, B., Schaller, P., Kossovsky, M., & Gaspoz, J. M. (2017). Integrated care at home reduces unnecessary hospitalizations of community-dwelling frail older adults: a prospective controlled trial. *BMC Geriatrics*, *17*(53), 2–10. <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0449-9>
- Ester, M., Culos-Reed, S. N., Abdul-Razzak, A., Daun, J. T., Duchek, D., Francis, G., Bebb, G., Black, J., Arlain, A., Gillis, C., Galloway, L., & Capozzi, L. C. (2021). Feasibility of a multimodal exercise, nutrition, and palliative care intervention in advanced lung cancer. *BMC Cancer*, *21*(1). <https://doi.org/10.1186/s12885-021-07872-y>
- Forbat, L., Liu, W. M., Koerner, J., Lam, L., Samara, J., Chapman, M., & Johnston, N. (2020). Reducing time in acute hospitals: A stepped-wedge randomised control trial of a specialist palliative care intervention in residential care homes. *Palliative Medicine*, *34*(5), 571–579. <https://doi.org/10.1177/0269216319891077>
- Gomes, B., Calanzani, N., Gysels, M., Hall, S., & Higginson, I. J. (2013). Heterogeneity and changes in preferences for dying at home: A systematic review. *BMC Palliative Care*, *12*(1). <https://doi.org/10.1186/1472-684X-12-7>
- Hamano, J., Takeuchi, A., Mori, M., Saitou, Y., Yamaguchi, T., Miyata, N., Shimizu, M., Yamamoto, R., Kimura, Y., Kamiyama, Y., Arai, Y., Matsuo, H., Shishido, H., Nakano, K., Nishi, T., Nagaoka, H., Yokomichi, N., Maeda, I., Yamaguchi, T., ... Shinjo, T. (2023). Comparison of survival times of advanced cancer patients with palliative care at home and in hospital. *PLoS ONE*, *18*(4 April). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0284147>
- Kaiser, F., Rudloff, L. v., Vehling-Kaiser, U., Hollburg, W., Nauck, F., & Alt-Epping, B. (2017). Palliative home care for patients with advanced haematological malignancies—a multicenter survey. *Annals of Hematology*, *96*(9), 1557–1562. <https://doi.org/10.1007/s00277-017-3045-3>
- Karlsson, E., Farahnak, P., Franzén, E., Nygren-Bonnier, M., Dronkers, J., Van Meeteren, N., & Rydwick, E. (2019). Feasibility of preoperative supervised home-based exercise in older adults undergoing colorectal cancer surgery – A randomized controlled design. *PLoS ONE*, *14*(7), 1–21. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0219158>

- Kelley, A. S., & Morrison, R. S. (2015). Palliative Care for the Seriously Ill. *New England Journal of Medicine*, 373(8), 747–755. <https://doi.org/10.1056/nejmra1404684>
- Martínez-Macias, R. (2020). Envejecimiento de la población y cáncer. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 19(1), 1. <https://doi.org/10.24875/j.gamo.M19000191>
- Milligan, C., Turner, M., Blake, S., Brearley, S., Seamark, D., Thomas, C., Wang, X., & Payne, S. (2016). Unpacking the impact of older adults' home death on family care-givers' experiences of home. *Health & Place*, 38, 103–111. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2016.01.005>
- Park, M., Lim, J., Lee, J. A., Park, B. K., Jung, K. W., Won, Y. J., & Park, H. J. (2021). Cancer incidence and survival among adolescents and young adults in Korea: An update for 2016. *Cancer Research and Treatment*, 53(1), 32–44. <https://doi.org/10.4143/CRT.2020.644>
- Pilegaard, M. S., la Cour, K., Gregersen Oestergaard, L., Johnsen, A. T., Lindahl-Jacobsen, L., Højris, I., & Brandt, Å. (2018). The 'Cancer Home-Life Intervention': A randomised controlled trial evaluating the efficacy of an occupational therapy-based intervention in people with advanced cancer. *Palliative Medicine*, 32(4), 744–756. <https://doi.org/10.1177/0269216317747199>
- Quinn, K. L., Hsu, A. T., Smith, G., Stall, N., Detsky, A. S., Kavalieratos, D., Lee, D. S., Bell, C. M., & Tanuseputro, P. (2020). Association between palliative care and death at home in adults with heart failure. *Journal of the American Heart Association*, 9(5), 1–21. <https://doi.org/10.1161/JAHA.119.013844>
- Sajid, S., Dale, W., Mustian, K., Kotwal, A., Heckler, C., Porto, M., Fung, C., & Mohile, S. G. (2016). Novel physical activity interventions for older patients with prostate cancer on hormone therapy: A pilot randomized study. *Journal of Geriatric Oncology*, 7(2), 71–80. <https://doi.org/10.1016/j.jgo.2016.02.002>
- Steer, C., Rasekaba, T., Owen, K., Jayasuriya, D., Kapur, M., Young, K., Webb, N., & Blackberry, I. (2023). Geriatric Oncology in the Instagram Era: Feasibility and Acceptability Randomised Controlled Trial on Adopting PhotoVoice to Enable Empowerment, Patient-Centred Care, and Shared Decision Making—Study Protocol. *Methods and Protocols*, 6(4). <https://doi.org/10.3390/mps6040068>
- Townsend, J., Frank, A. O., Fermont, D., Dyer, S., Karran, O., Walgrove, A., & Piper, M. (1990). Terminal cancer care and patients' preference for place of death: a prospective study. *British Journal of Medicine*, 301(6749), 415–417. <https://doi.org/10.1136/bmj.301.6749.415>
- Trecee, J., Ghouse, M., Rashid, S., Arikapudi, S., Sankhyan, P., Kohli, V., O'Neill, L., Addo-Yobo, E., Bhattad, V., & Baumrucker, S. J. (2018). The Effect of Hospice on Hospital Admission and Readmission Rates: A Review. *Home Health Care Management and Practice*, 30(3), 140–146. <https://doi.org/10.1177/1084822318761105>

- Uster, A., Ruehlin, M., Mey, S., Gisi, D., Knols, R., Imoberdorf, R., Pless, M., & Ballmer, P. E. (2018). Effects of nutrition and physical exercise intervention in palliative cancer patients: A randomized controlled trial. *Clinical Nutrition*, 37(4), 1202–1209. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2017.05.027>
- Williams, G. R., Deal, A. M., Jolly, T. A., Alston, S. M., Gordon, B.-B. E., Dixon, S. A., Olajide, O. A., Taylor, W. C., Messino, M. J., & Muss, H. B. (2023). Feasibility of geriatric assessment in community oncology clinics. *Journal of Geriatric Oncology*, 5(3), 45–251. <https://doi.org/10.1016/j.jgo.2014.03.001>
- Zimmer, J. G., Groth-Juncker, A., & McCusker, J. (1984). Effects of a Physician-led Home Care Team on Terminal Care. *Journal of the American Geriatrics Society*, 32(4), 288–292. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1984.tb02023.x>