



EFFECTOS DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS TEMPRANOS EN ADULTOS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA.

**EFFECTS OF EARLY PALLIATIVE CARE IN PATIENTS WITH CHRONIC
DISEASES: A SYSTEMATIC REVIEW**



Fuente: Noticias Onda Cero

TRABAJO DE FIN DE GRADO

Grado en Enfermería

Facultad de Enfermería

Universidad de Cantabria

Junio de 2021

Autora: Raquel Toca Martínez

Directora: Mónica Cueli Arce

AVISO RESPONSABILIDAD UC

Este documento es el resultado del Trabajo Fin de Grado de un alumno, siendo su autor responsable de su contenido.

Se trata por tanto de un trabajo académico que puede contener errores detectados por el tribunal y que pueden no haber sido corregidos por el autor en la presente edición.

Debido a dicha orientación académica no debe hacerse un uso profesional de su contenido.

Este tipo de trabajos, junto con su defensa, pueden haber obtenido una nota que oscila entre 5 y 10 puntos, por lo que la calidad y el número de errores que puedan contener difieren en gran medida entre unos trabajos y otros.

La Universidad de Cantabria, el Centro, los miembros del Tribunal de Trabajos Fin de Grado, así como el profesor tutor/director no son responsables del contenido último de este Trabajo.

ÍNDICE

Resumen.....	4
Abstract	4
Introducción	5
Metodología	9
Resultados.....	10
Discusión.	18
Bibliografía.	21
Anexos.....	28

Resumen

Antecedentes. La prevalencia de las enfermedades crónicas ha aumentado debido a los avances científicos y el envejecimiento poblacional. La progresión de estas patologías afecta a la calidad de vida de las personas, requiriendo cuidados paliativos.

Objetivo. El propósito es evaluar el efecto de la integración temprana de los cuidados paliativos en pacientes adultos con enfermedades crónicas.

Métodos. Se ha realizado una revisión sistemática. La búsqueda bibliográfica se llevó a cabo en enero de 2021 en las siguientes bases de datos: Scopus, PubMed-Medline, Dialnet, Cochrane y Web of Science. Un único revisor evaluó la calidad metodológica de los estudios. Se incluyeron ensayos clínicos aleatorizados y revisiones sistemáticas desde 2011.

Resultados. Un total de 268 artículos fueron revisados, incluyéndose 21 en la síntesis cualitativa. Se evalúan los efectos sobre la calidad de vida, la carga sintomática, el estado de ánimo, la supervivencia, la satisfacción, el cuidador principal, el uso de recursos y los cuidados al final de la vida.

Conclusión. Los cuidados paliativos tempranos mejoran la calidad de vida, los síntomas físicos, la satisfacción y la planificación anticipada en comparación con la atención estándar. No se encontraron evidencias para el resto de los efectos evaluados. Los estudios en pacientes no-oncológicos son escasos.

Palabras clave: cuidados paliativos tempranos, calidad de vida, satisfacción del paciente, enfermedad crónica.

Abstract

Background. Chronic disease's prevalence is getting bigger due to scientific progress and population ageing. The progression of this pathologies affects people's quality of life, requiring palliative care.

Aim. The purpose is to evaluate the effect that early integration of palliative care has in chronically ill adult patients.

Methods. A systematic review was conducted. The literature research took place in January 2021 in the following databases: Scopus, PubMed-Medline, Dialnet, Cochrane and Web of Science. A single reviewer assessed the methodological quality of the studies. Randomized clinical trials and systematic reviews were included since 2011.

Results. A total of 268 articles were reviewed, including 21 in the qualitative synthesis. Effects on quality of life, symptom burden, mood, survival, satisfaction, primary caregiver, resource use and end-of-life care are assessed.

Conclusion. Early palliative care improves quality of life, physical symptoms, satisfaction and advanced care planning compared to standard attention. No evidence was found for the other effects assessed. Studies in non-oncology patients are limited.

Keywords: palliative care, early integration, quality of life, patient satisfaction, chronic disease.

Introducción

Origen histórico

Los Cuidados Paliativos (en adelante, CP), o cuidados tipo Hospice en sus orígenes anglosajones, son una modalidad asistencial relativamente joven cuyo desarrollo ha crecido exponencialmente en las últimas décadas. La palabra latina *Hospes* significa huésped (1). En la Edad Media los hospicios acogían personas necesitadas como peregrinos, huérfanos o enfermos a los que se les cuidaba con cobijo y comida (2). La primera vez que se utiliza la palabra “hospice” para referirse a instituciones que cuidan moribundos fue en 1842 por Jeanne Garnier en Lyons, Francia (1). No será hasta la década de los setenta cuando comience a desarrollarse en Inglaterra la filosofía paliativa gracias al movimiento Hospice promulgado por Cicely Saunders (3).

La medicina nació cuando ninguna enfermedad era curable, pero todos los enfermos eran cuidables (1). Hasta el siglo XIX, el alivio de los síntomas fue el objetivo primordial de esta disciplina, ya que las enfermedades seguían su curso natural. Con los avances científico-técnicos en este campo, el paradigma viró hacia un enfoque curativo. Poco a poco, se ha ido deshumanizando la atención dejando a un lado la “ayuda, consuelo y acompañamiento” (3). Los CP pretenden recuperar esa esencia del cuidar al evaluar a las personas de forma integral y adaptar la atención a sus necesidades individuales. En palabras del filósofo italiano Luciano de Crescenzo: “muchos estudian la forma de alargar la vida cuando lo que habría que hacer es ensancharla” (4).

Las condiciones de abandono a las que se enfrentaban muchos enfermos terminales impulsaron a Saunders a investigar sobre los cuidados que requerían y fundar el St. Christopher’s Hospice en Londres, en 1967 (5). El término “hospice” reflejaba su objetivo fundamental: crear un lugar con la capacidad científica de un hospital y el ambiente cálido de un hogar (2). Sus resultados demostraron que un buen control de síntomas, una adecuada comunicación y el acompañamiento lograban mejorar la calidad de vida de los enfermos terminales y sus familias (3). Esta filosofía de cuidados, que fue conocida más tarde como movimiento Hospice, inundó rápidamente Inglaterra y se expandió, después, por el resto del mundo.

El término “cuidados paliativos”, acuñado en Canadá por Belfor Mount en 1977, parece englobar mejor esta modalidad asistencial, ya que *hospice*, en francés, está más ligado a la estructura física de la institución (2). El probable origen etimológico es la palabra latina *pallium*, que significa tapado con un manto; haciendo alusión al acto de aliviar síntomas o sufrimientos (3). En 1980 la Organización Mundial de la Salud (en adelante, OMS) incorpora este concepto de los CP y lo promueve como parte del programa del control del cáncer (3,5). La Medicina Paliativa es reconocida por primera vez como una especialidad en Inglaterra en 1987 (1,3). Un año más tarde se funda la Asociación Europea de Cuidados Paliativos (en adelante, AECP) en Milán para promover el desarrollo y difusión de los CP a nivel científico, clínico y social (6).

Impactado por los centros ingleses pioneros, Jaime Sanz Ortiz incorpora la filosofía de los CP a la sección oncológica del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (HUMV) en 1984 (5,7). Tres años más tarde es reconocida oficialmente la Unidad de Cuidados Paliativos por la dirección del hospital, siendo la primera de España (1). No es hasta el año 2012 cuando, en Cantabria, se empiezan a introducir en el programa de CP la asistencia a los pacientes no oncológicos en situación de enfermedad avanzada o terminal (7).

Marco conceptual

El Subcomité de Cuidados Paliativos del programa de Europa contra el Cáncer establece, en la reunión celebrada en 1991, la siguiente definición de CP: “es un programa de asistencia total, activa y continuada de los pacientes y sus familias por un equipo interdisciplinar, cuyo objetivo es dar calidad de vida, sin intentar alargar la supervivencia. Contempla las necesidades físicas, psicológicas y sociales del enfermo y sus familiares. Si es necesario incluye el apoyo del proceso de duelo” (1).

La AECP propuso una definición diferente, que fue promulgada por la OMS en 1990: “el cuidado total de los pacientes cuya enfermedad no responde al tratamiento curativo. El control del dolor y de otros síntomas y de problemas psicológicos, sociales y espirituales es primordial. El objetivo de los CP es conseguir la mejor calidad de vida posible para los pacientes y sus familias” (8).

En 2002 esta misma organización amplía el concepto para que no quede reducido a las últimas fases de la enfermedad terminal. Este cambio se fundamenta en el hecho de que los síntomas tratados al inicio de la enfermedad son más fáciles de manejar en los últimos días de vida. Por lo tanto, según la OMS, los CP pretenden “mejorar la calidad de vida de los pacientes y las familias que hacen frente a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana e impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicológicos y espirituales” (9).

Existe una amplia diversidad en el desarrollo y provisión de los CP en el mundo que se puede relacionar, en parte, con la falta de un lenguaje común en este ámbito. Se emplean diferentes términos que se solapan entre sí y cuesta diferenciar nítidamente: “hospice” “cuidados continuados”, “cuidados al final de la vida”, “tanatología”, “cuidados de confort” y “cuidados de soporte”. En algunos países europeos se emplean como sinónimos de CP, pero en otros se establecen distinciones claramente (10). Los cuidados al final de la vida se pueden restringir al cuidado global de los pacientes terminales en los últimos meses de vida (11). Los cuidados de hospicio se dirigen también a las personas que se enfrentan al final de la vida y se llevan a cabo en entidades físicamente independientes de media-larga estancia (10,12). Aunque no se puedan delimitar claramente las definiciones, los CP parecen abarcar más aspectos que los cuidados al final de la vida o los hospicios, como se ilustra en la Figura 1 (13).



FIGURA 1. Taxonomía de términos relacionados con los CP. Fuente: elaboración propia. A partir de: American Society of Hematology (13).

De alguna manera, los CP brindan la esencia del cuidar (10). Pueden ser entendidos como una filosofía de trabajo a la que se puede recurrir en cualquier lugar o fase de una enfermedad. El foco de atención incluye tanto al paciente como a la familia, que es una pieza clave del proceso. Reconoce a las personas como individuos únicos y autónomos sobre quienes recae la toma de decisiones. Informar sobre el diagnóstico y pronóstico abiertamente mejora el afrontamiento y permite discutir sus preferencias de atención, algo fundamental en los CP (14). El objetivo es ayudar a que la persona viva de la forma más confortable posible, siendo esencial una comunicación efectiva para conocer sus prioridades (14). Los CP afirman la vida y aceptan la muerte, dejando que sigan su curso natural, sin prolongar ni acelerar estos procesos (15,16). Se trabaja desde un enfoque integral, teniendo en cuenta a la persona en su conjunto y contexto.

Epidemiología

En las últimas décadas el perfil sociodemográfico de la población ha cambiado. Se ha producido un descenso en las tasas de natalidad y ha aumentado la esperanza de vida como consecuencia de los avances científico-técnicos en medicina y las mejoras socioeconómicas (17). Consecuentemente, nuestras sociedades están cada vez más envejecidas y tienen una alta prevalencia de enfermedades crónicas (3).

En España, según el Instituto Nacional de Estadística (INE), la esperanza de vida entre 1999 y 2019 de los hombres ha pasado de 75,4 a 80,9 años y la de las mujeres de 82,3 a 86,2 años (18). En 2020, el 19,58% de la población española tenía 65 años o más (19).

Según la OMS, el 71% de las muertes anuales en el mundo son por enfermedades crónicas no transmisibles. Las principales causas de fallecimiento son las enfermedades cardiovasculares (17.7 millones), el cáncer (8.8 millones), las enfermedades respiratorias (3.9 millones) y la diabetes (2.6 millones) (20,21).

Las tres causas de mortalidad más frecuentes en España en el año 2018 fueron, en orden descendente, las enfermedades del sistema circulatorio, los tumores y las enfermedades del sistema respiratorio (22).

Se estima que 40 millones de personas al año tienen necesidades paliativas, pero solo el 14% de ellas reciben CP. Esta necesidad mundial seguirá aumentando debido a los cambios demográficos comentados previamente. Además de las enfermedades crónicas más mortales, existen muchas otras patologías que pueden requerir de asistencia paliativa por su elevada carga sintomática y/o la afectación a la calidad de vida como las enfermedades neurodegenerativas, la demencia, el SIDA o la insuficiencia renal entre otras (23).

Antecedentes del tema

A pesar de la evidencia que lo respalda, la integración de los CP en la práctica asistencial continúa siendo un reto. El principal obstáculo son las creencias erróneas que tienen pacientes, familiares y profesionales. Actualmente se continúan relacionando, quizás por sus orígenes, con la atención al final de la vida (24–26). Este prejuicio social es potenciado por los medios de comunicación y los profesionales sanitarios, que presentan los CP como el último recurso cuando “ya no hay nada más que hacer” y la muerte es un resultado inminente (24). Esta percepción provoca miedo y reticencia en los pacientes, que podrían disiparse con información; ofreciendo esta atención de forma temprana como otra opción de tratamiento. Si se delimita a la fase terminal, se pierden muchos de los potenciales beneficios que tienen los CP.

Además del significado cultural, existen otras barreras relacionadas con la formación, la implementación y las políticas. En España, los CP se tratan en el ámbito universitario en el 53%

de las escuelas de medicina y en el 61% de enfermería, siendo una asignatura obligatoria y específica en el 10% y 48%, respectivamente (27). En 2014, solo 18 países de la Unión Europea tenían una especialidad médica reconocida de CP, entre los que no se encuentra España (28). Existen escasos equipos de CP con formación disciplinar (26,29). Nuestro país cuenta con 260 equipos de CP especializados, lo que equivale a 0.6 servicios por cada 100.000 habitantes; una cifra inferior a la recomendada por la AECOP de 2 equipos por cada 100.000 habitantes (27). Otro de los grandes problemas es la fragmentación del sistema sanitario. Esto dificulta tanto la coordinación y continuidad entre los niveles asistenciales (26,29) como la equidad entre Comunidades Autónomas (30). La investigación clínica es un elemento impulsor principal y existe falta de financiación en este ámbito (26). En España, por ejemplo y a día de hoy, no hay constancia de que se haya realizado ningún Ensayo Clínico Aleatorizado (en adelante, ECA) sobre CP (27).

En nuestro contexto sanitario, los equipos de CP no pueden afrontar la cantidad de pacientes que pueden beneficiarse de esta atención (30). Por este motivo, el ideario de estos cuidados no debe limitarse exclusivamente a la atención especializada, sino que debería proveerse en todos los niveles de atención y servicios. Debido a sus características, entre las que se destaca la continuidad en la asistencia, la Atención Primaria (en adelante, AP) es fundamental para propiciar CP de calidad (25). Como se contempla en la Estrategia Nacional, la provisión de los CP primarios recae sobre los equipos de AP disponiendo de unidades especializadas para dar apoyo en los casos de complejidad (16). En España, los profesionales de AP solo identifican entre el 1-20% de los pacientes con necesidades paliativas (27). El acceso a estos servicios debería basarse en las realidades de cada paciente, no limitarse solo al diagnóstico o pronóstico de la enfermedad (30).

Los CP deben comenzar en las fases tempranas de una enfermedad que amenaza la vida, simultáneamente con otros tratamientos, y adaptarse a su progresión. Por lo tanto, las terapias curativas y paliativas no son mutuamente excluyentes, sino que tienen diferentes objetivos (4). En la Figura 2 se ilustra este modelo integrador de los CP.

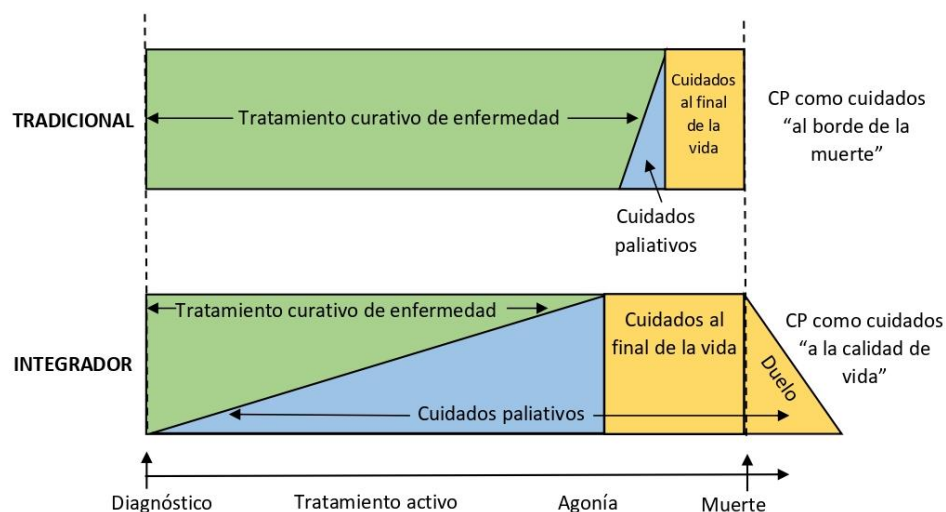


FIGURA 2. Modelos de CP. Fuente: elaboración propia. A partir de: Mayo Foundation for Medical Education and Research (14).

De acuerdo con un consenso reciente de expertos, los Cuidados Paliativos Tempranos (en adelante, CPT) son aquellos que se proveen entre las primeras 8 semanas desde el diagnóstico de una cáncer avanzado y/o metastásico (31). Sin embargo, el curso de las enfermedades crónicas es más impredecible y errático, con presencia de exacerbaciones; lo que dificulta establecer el momento idóneo para la integración de los CP.

Existe evidencia que respalda la integración temprana de los CP en el paciente oncológico (32,33), pero es escasa para otras patologías como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (en adelante, EPOC) y la insuficiencia cardíaca (en adelante, IC). La EPOC, una de las principales causas de muerte y discapacidad en el mundo, se asocia con deterioro funcional, alta carga sintomática y una baja calidad de vida (34). La IC, otra patología frecuente, cursa con multitud de síntomas físicos limitantes que afectan a la calidad de vida de los pacientes (35). Las personas con estas patologías son candidatas para recibir CP. El objetivo de esta investigación es evidenciar los potenciales beneficios de los CPT sobre los pacientes adultos con enfermedades crónicas.

Metodología

Diseño

Se ha llevado a cabo una revisión sistemática de la literatura con análisis cualitativo de los resultados (36,37). La pregunta a la que quiere dar respuesta la investigación es si la integración temprana de los cuidados paliativos tiene efectos beneficiosos para los pacientes adultos con enfermedades crónicas (cáncer, IC y EPOC) en comparación con la atención estándar. A continuación, se especifican sus componentes principales según el patrón PICO:

- Población de estudio: pacientes adultos con diagnóstico de enfermedad crónica avanzada incluyendo cáncer, IC y EPOC.
- Factor de estudio o intervención: CP en una fase temprana de la evolución de la enfermedad.
- Comparación: atención estándar de los pacientes.
- Variable respuesta u objetivo: mejorar la calidad de vida de los pacientes y la satisfacción con la atención recibida.

Búsqueda de evidencias

Se realizó una búsqueda de la literatura en las siguientes bases de datos: Scopus, PubMed-Medline, Dialnet, Cochrane y Web of Science. Las búsquedas fueron acotadas por fecha, desde 2011 hasta enero de 2021.

Los tesauros MeSH empleados en las bases de datos en inglés fueron: *'palliative care'*, *'standar of care'*, *'quality of life'*, *'patient comfort'* y *'patient satisfaction'*. Por otro lado, se utilizó el término *'early integration'*, a pesar de no estar incluidos en los descriptores de salud (MeSH), siendo necesario introducirlo con el objetivo de describir el tipo de intervención o factor de estudio. En la base de datos en español Dialnet se emplearon los términos *'cuidados paliativos tempranos'* y *'calidad de vida'*, ya que el resto de las combinaciones no mostraron ningún resultado. En el Anexo 1, se detallan las estrategias de búsqueda en las distintas bases de datos y los resultados obtenidos.

A pesar de no estar contemplados propiamente en la búsqueda bibliográfica, en esta revisión se han examinado otros posibles efectos de los CPT además de la calidad de vida y la satisfacción con la atención. Se han incluido estudios que evaluaban la carga sintomática, la supervivencia, el estado de ánimo, el uso de recursos sanitarios y los cuidados al final de la vida.

Los resultados de las bases de datos se incluyeron en un documento y se eliminaron manualmente los artículos repetidos. Los títulos y resúmenes fueron evaluados para seleccionar aquellos relacionados con la pregunta de investigación. Finalmente, se realizó una búsqueda manual revisando sus referencias bibliográficas y se añadieron a este estudio los que se consideraron relevantes.

Criterios de inclusión y exclusión

De la muestra inicial se seleccionaron aquellos manuscritos que cumplieran los siguientes criterios de inclusión:

- ✓ Fecha de publicación: 2011-2021.
- ✓ Idioma: inglés y español.
- ✓ Diseño epidemiológico: ECA, ECA por conglomerados (en adelante, ECAC) y revisiones sistemáticas (en adelante, RS).
- ✓ Tamaño de la muestra: más de 70 participantes.
- ✓ Población: pacientes adultos con enfermedad crónica avanzada incluyendo cáncer, IC y EPOC.
- ✓ Intervención: CPT en el ámbito hospitalario o ambulatorio.

La delimitación metodológica de la presente revisión obedece a la calidad de la evidencia aportada por los ECA, ECAC y RS (36,38). Se han excluido los artículos que cumplieran las siguientes características: editoriales, opiniones de expertos, conferencias o comunicaciones orales, estudios prospectivos o retrospectivos no aleatorizados, metodología mixta o cualitativa, protocolos y estudios piloto.

Evaluación de la calidad

Se procede a la revisión de los artículos seleccionados basándose en la metodología de lectura crítica (39), para ello se ha empleado la lista de comprobación CONSORT (40,41) y PRISMA (42). La declaración CONSORT establece 25 elementos básicos que todo ECA debería incluir (43). La puntuación mínima de los ECA incluidos ha sido 23. Para las RS, en cambio, se ha empleado la declaración PRISMA, que contiene 27 ítems. En estos casos, se han descartado artículos que no alcanzaban la puntuación de 10 y carecían de detalles referente a la búsqueda, las características de los estudios analizados y la síntesis de los resultados. Todas las revisiones incluidas obtuvieron una puntuación igual o superior a 22. Estas *checklists* han sido utilizadas como herramientas de apoyo para la lectura crítica. En ningún caso la falta de alguno de los ítems ha sido motivo absoluto de exclusión, se ha valorado el estudio en su conjunto. En los anexos 2 y 3 se detallan las puntuaciones de cada artículo.

De los posibles sesgos en los estudios, cabe mencionar la falta de cegamiento en la mayoría de ellos debido a la naturaleza de la intervención. En general, todos los que participaban en el estudio eran conocedores de la razón de asignación entre los grupos (44–53). No obstante, algunas investigaciones destacan por el uso de algún tipo de enmascaramiento, mayoritariamente simple-ciego. En unos casos los pacientes desconocían que había otro grupo en el estudio (54–56) y, en otros, eran los evaluadores (57), los analíticos (58,59) o los investigadores (58–60) quienes estaban cegados.

Se ha calculado la tasa de abandono de los estudios, por ser este uno de los criterios para la revisión crítica, de la siguiente forma: restando a la muestra inicial el número de participantes que completaron los cuestionarios en el último punto de evaluación; esta cifra se dividió entre la muestra inicial y se multiplicó por 100. Los resultados están redondeados a la unidad. 11 de los ECA incluidos en el análisis (61%), tienen una tasa de abandono igual o superior al 35%.

Resultados

Características de los estudios

En la Figura 3 se muestra el proceso de selección de los estudios que finalmente fueron incluidos en la revisión. En la búsqueda de las bases de datos se obtuvieron 255 artículos, de los cuales 33 fueron leídos íntegramente y de manera crítica. Finalmente, se añadieron mediante la

búsqueda manual 13 artículos. En total, se han incluido 21 artículos en la síntesis cualitativa de los resultados, de los cuales 13 eran ECA, 4 ECAC y 4 RS. Las características de estos estudios están plasmadas en la Tabla 1 y Tabla 2.

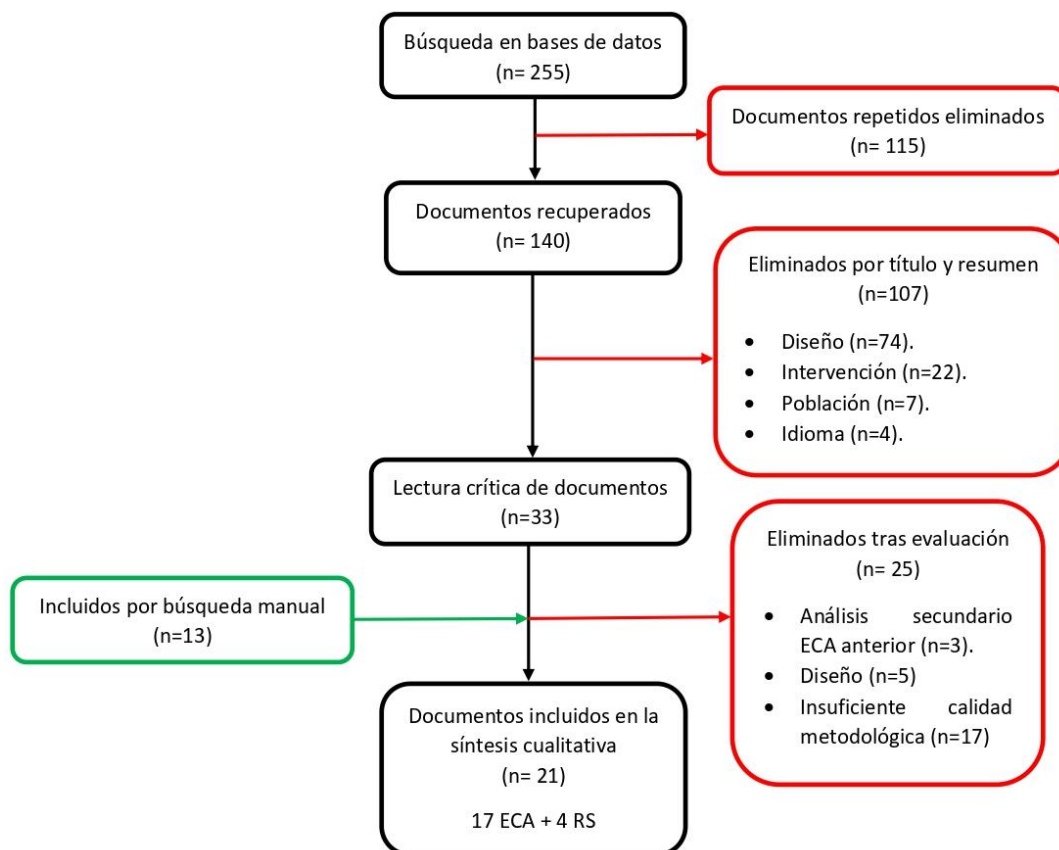


FIGURA 3. Diagrama de flujo del proceso de selección. Fuente: elaboración propia.

El tamaño muestral varía entre 72-461 y la edad media de los participantes oscila entre los 60 y 70 años. La patología estudiada con más frecuencia es el cáncer incurable o metastásico. Los estudios tienen en cuenta el estadio del cáncer (46,54,56–60) y/o el pronóstico de la enfermedad: mayor de 2 meses (48), entre 6-24 meses (54,57,60) o menor de 12 meses (44,50,53). En esta revisión también se han incluido estudios en pacientes con IC (45,47) y EPOC (55). Solo en uno de los estudios se evalúa la necesidad de recibir CP mediante el uso de una herramienta de medida que pondera la inclusión de los participantes en el estudio: la escala EORTC QLQ-C30 (58,59).

Se han incluido diferentes modalidades de CPT, tanto en el ámbito hospitalario (44,47,49,55) como ambulatorio (46,48–59). En algunos estudios, además, se realiza seguimiento domiciliario (45,54) y/o telefónico (44–46,54–57,60). La atención fue prestada principalmente por equipos multidisciplinares de CP especializados (45,47–50,53–56,58,59) o profesionales que, tras un entrenamiento, llevaban a cabo la intervención (46,50,53,55,57,60). Los equipos estaban formados principalmente por médicos y enfermeras, pero a su vez podían estar compuestos por otros profesionales como trabajadores sociales, psicólogos o curas, entre otros. No obstante, también se han incluido intervenciones que fueron llevadas a cabo únicamente por médicos (51,52) o enfermeras (44,46,50,53,57,60) que podían derivar al paciente a otro profesional en función de sus necesidades.

TABLA 1. Características de los estudios incluidos. Fuente: elaboración propia.

Autores	Año	Diseño	Muestra	Enfermedad	País	Evaluación crítica
Zimmerman et al. (54)	2014	ECAC	461 participantes 228 GI y 233 GC	Cáncer	Canadá	CONSORT 32
Tattersall et al. (44)	2014	ECA	107 participantes 53 GI y 54 GC	Cáncer	Australia	CONSORT 26
Brännström et al. (45)	2014	ECA	72 participantes 36 GI y 36 GC	IC	Suecia	CONSORT 26
Bakitas et al. (57)	2015	ECA	207 participantes 104 GI y 103 GC	Cáncer	EE. UU.	CONSORT 30
Dionne-Odom et al. (60)	2015	ECA	122 participantes 61 GI y 61 GC	Cuidador principal	EE. UU.	CONSORT 28
McCorkle et al. (46)	2015	ECAC	146 participantes 66 GI y 80 GC	Cáncer	EE. UU.	CONSORT 24
Sidebottom et al. (47)	2015	ECA	232 participantes 116 GI y 116 GC	IC	EE. UU.	CONSORT 23
Maltoni et al. (48)	2016	ECA	186 participantes 97 GI y 89 GC	Cáncer pancreático	Italia	CONSORT 25
Duenk et al. (55)	2017	ECAC	228 participantes 90 GI y 138 GC	EPOC	Holanda	CONSORT 30
McDonald et al. (56)	2017	ECAC	182 participantes 94 GI y 88 GC	Cuidador principal	Canadá	CONSORT 28
Temel et al. (49)	2017	ECA	350 participantes 175 GI y 175 GC	Cáncer de pulmón y gastrointestinal	EE. UU.	CONSORT 28
Groenvold et al. (58)	2017	ECA	297 participantes 145 GI y 152 GC	Cáncer	Dinamarca	CONSORT 30
Vanbutsele et al. (50)	2018	ECA	186 participantes 92 GI y 94 GC	Cáncer	Bélgica	CONSORT 31
Brims et al. (51)	2019	ECA	174 participantes 87 GI y 87 GC	Mesotelioma pleural maligno	Reino Unido y Australia	CONSORT 30
Slama et al. (52)	2020	ECA	126 participantes 60 GI y 66 GC	Cáncer	República Checa	CONSORT 24
Vanbutsele et al. (53)	2020	ECA	186 participantes 92 GI y 94 GC	Cáncer	Bélgica	CONSORT 27
Johnsen et al. (59)	2020	ECA	297 participantes 145 GI y 152 GC	Cáncer	Dinamarca	CONSORT 28
Haun et al. (61)	2017	RS	7 artículos en metaanálisis	Cáncer	Alemania	PRISMA 27
Zanghelini et al. (62)	2018	RS	8 artículos, 7 en metaanálisis	Cáncer	Brasil y Reino Unido	PRISMA 26
Fulton et al. (63)	2019	RS	21 artículos, 10 en metaanálisis	Cáncer	EE. UU.	PRISMA 25
Tanzi et al. (64)	2020	RS	8 artículos (2 ECA)	Cáncer hematológico	Italia	PRISMA 22

GI: Grupo Intervención. GC: Grupo Control.

El tiempo desde el diagnóstico de la enfermedad avanzada hasta la integración de los CP fue muy variado: 6 semanas previas (51), 8 semanas previas (48,49,57,60) o 12 semanas previas (46,50,53). En otros casos, el tiempo desde el diagnóstico no fue un criterio de inclusión para los participantes, pero se contemplaba en las características basales y se tenía en cuenta en el análisis de los resultados. Se han incluido participantes cuyo diagnóstico de cáncer avanzado fue recibido hasta más de 24 meses antes de la intervención (58,59).

En general, los participantes asignados a los CPT recibían al menos una consulta al mes; pero podían programarse más bajo el criterio del profesional. Muchas de los estudios basaban su intervención en recomendaciones de organizaciones, guías de práctica clínica o estudios previos. Se basaban fundamentalmente en el manejo de síntomas, evaluación de las necesidad psicosociales y espirituales, entendimiento de la enfermedad, estrategias de afrontamiento,

toma de decisiones, planificación anticipada de cuidados (en adelante, PAC), así como en la educación para el paciente y la familia. Algunas de las estrategias de intervención consistían en realizar 6 primeras consultas de asesoramiento al paciente llevadas a cabo por una enfermera semanalmente (57). Otras intervenciones iban dirigidas de forma específica al cuidador principal (3 sesiones), en las que se abordaba el rol del cuidador, la resolución de problemas, su autocuidado, la toma de decisiones y la PAC (60). La atención al cuidador también incluía el apoyo social, cuidado emocional y recursos para el cuidado del paciente (56).

Independientemente del grupo asignado, los participantes recibían la atención estándar por parte de sus médicos especialistas (oncólogos, neumólogos o cardiólogos) y resto de profesionales. Los del grupo control, además de los CP primarios que estos les propiciaban, podían ser derivados a un equipo de CP especializados si el médico, el paciente o la familia lo consideraba necesario. A excepción de un ECA cuyas cohortes recibieron la misma intervención por un equipo de CP especializados, con la diferencia de que el grupo control comenzó 3 meses más tarde que el grupo intervención (57,60).

TABLA 2. Características de los ECA. Fuente: elaboración propia.

Autores	Características basales	Intervención	Resultados*	Puntos de evaluación	Tasa de abandono
Zimmerman et al. (54)	Mayor porcentaje de cáncer genitourinario en el GC. Las puntuaciones en las escalas evaluadas tendían a ser peor en el GI.	Consulta y seguimiento ambulatorio por médico y enfermera al menos una vez al mes.	FACIT-Sp, QUAL-E, ESAS, FAMCARE-P16 y CARES-MIS.	0-1-2-3-4 meses	39%
Tattersall et al. (44)	Mayor tiempo desde el diagnóstico y mayor pronóstico de supervivencia en GC.	Una consulta con enfermera que ofrece seguimiento telefónico mensual.	MQoL, RSC, SCNS-short, supervivencia, uso de recursos y lugar de muerte.	0-1-3-6-9-12 meses	73%
Brännström et al. (45)	El GI tenía más edad que el GC.	Equipo multidisciplinar con cuidados centrado en la persona (modelo PREFER).	EQ-5D, ESAS, KCCQ y hospitalizaciones.	0-1-3-6 meses	46%
Bakitas et al. (57)	Los pacientes de GI tenían menos nivel educativo, más consumo alcohólico y más participación en ECAs.	Sesión telefónica semanal con la enfermera durante 6 semanas y seguimiento mensual (modelo ENABLE).	FACIT-PaL, QUAL-E, CES-D, supervivencia, uso de recursos y lugar de muerte.	0-3-6-12 meses	72%
Dionne-Odom et al. (60)	El GI tenía más proporción de trabajadores y menos jubilados y desempleados que GC.	Intervención específica para cuidador principal (tres sesiones) y seguimiento mensual por enfermera.	CQOL-C, CES-D, MBCB.	0-1.5-3 meses	57%
McCorkle et al. (46)	Los participantes del GI eran mayores y con más comorbilidades que el GC. No todas las escalas se evaluaron al inicio.	Enfermera realiza seguimiento semanal y coordina una intervención multidisciplinar.	SDS, EDT, PHQ-9, ESDS, angustia por la salud, salud percibida (SF-12), FACT-G, HADS, MUIS-C, SEMCD 6.	0-1-3 meses	37%

TABLA 2. Características de los ECA. Fuente: elaboración propia.

Autores	Características basales	Intervención	Resultados*	Puntos de evaluación	Tasa de abandono
Sidebottom et al. (47)	Los pacientes del GI eran mayores que los del GC.	Una consulta hospitalaria por el equipo de CP. Si había más consultas, se facturaba al seguro del paciente.	ESAS, PHQ-9, MLHF, reingresos, ingresos en hospicio, PAC, supervivencia.	0-1-3 meses	28%
Maltoni et al. (48)	Sin diferencias significativas entre grupos.	Consultas con un miembro de CP cada 2-4 semanas.	FACT-Hep, HADS, FAMCARE, uso de recursos, lugar de muerte, supervivencia.	0-12±3 semanas	30%
Duenk et al. (55)	En el GI había mayor porcentaje de disnea severa, ICC y participantes que vivían solos.	Consultas mensuales con equipo de CP especializados.	SGRQ, MQoL, HADS, PAC, supervivencia.	0-3-6-9-12 meses	40%
McDonald et al. (56)	Sin diferencias significativas entre grupos.	Consulta y seguimiento ambulatorio por médico y enfermera al menos una vez al mes.	FAMCARE, SF-36v2, CQoL-C.	0-1-2-3-4 meses	41%
Temel et al. (49)	Los pacientes del GI eran mayores y con más comorbilidades que los del GC.	Consulta ambulatoria con equipo de CP al menos una vez al mes.	FACT-G, PHQ-9, HADS, conocimiento del pronóstico.	0-12±3-24±3 semanas	31%
Groenvold et al. (58)	Sin diferencias significativas entre grupos.	Seguimiento por el equipo de CP especializados.	EORTC QLQ-C30, supervivencia	0-3-8 semanas	24%
Vanbutsele et al. (50)	Sin diferencias significativas entre grupos.	Consulta con enfermera de CP cada mes.	EORTC QLQ-C30, MQoL, HADS, PHQ-9, conocimiento de la enfermedad, supervivencia.	0-12-18-24 semanas	48%
Brims et al. (51)	Sin diferencias significativas entre grupos.	Consulta con médico de CP cada 4 semanas.	EORTC QLQ-C30, EORTC QLQ LC-13, supervivencia, cuidador principal (SF-36v2, FAMCARE-2, GHQ-12).	0-4-8-12-16-20-24 semanas	28%
Slama et al. (52)	Sin diferencias significativas entre grupos.	Consulta con médico de CP cada 6-8 semanas.	EORTC QLQ-C30, HADS, supervivencia.	0-3-6 meses	37%
Vanbutsele et al. (53)	Sin diferencias significativas entre grupos.	Consulta con enfermera de CP cada mes.	Calidad de vida al final de la vida y uso de recursos.	-	-
Johnsen et al. (59)	Sin diferencias significativas entre grupos.	Seguimiento por el equipo de CP especializados.	EORTC QLQ-C30, HADS, FAMCARE.	0-3-8 semanas	24%

(*) Las escalas que aparecen en el apartado de resultados se detallan en el Anexo 4.

Todas las RS contienen un análisis cuantitativo de los resultados (metaanálisis) (61–63), con excepción de Tanzi et al. (64). Los estudios que se analizaban en ellas solo contemplan pacientes oncológicos cuyas características eran similares a las descritas anteriormente. Muchos estudios de los metaanálisis se han examinado en esta investigación.

Calidad de vida

La calidad de vida ha sido evaluada por 18 artículos del total de la revisión. 11 de ellos han reportado mejoras a favor del grupo intervención (45,47–50,54,55,61–64) y 7 han demostrado que no había diferencias significativas entre los grupos (44,46,51,52,57–59).

En el estudio de Sidebottom et al., la calidad de vida mejoró a favor del grupo intervención al mes y a los tres meses con una diferencia entre grupos de 4.92 y 3.06, respectivamente ($p < 0.0001$). La puntuación en la escala *Minnesota Living with Heart Failure* (MLHF) para los pacientes que recibieron CP de forma temprana aumentó el valor basal en un 10% (47). Otras investigaciones también demostraron diferencias significativas a los 3 meses a favor de la intervención (48,50) y, en la de Vanbutsele et al., se alcanzó relevancia clínica (diferencia mayor a 10 puntos) a los 4 meses (50). Brännström et al. demostraron que a los 6 meses la diferencia fue significativamente mayor para el grupo intervención ($p = 0.02$), con un incremento del 28% en la puntuación basal en comparación con un 3% en el grupo control (45). En otros estudios, no hubo diferencias en las puntuaciones a los 3 meses, pero fueron significativas a los 4 meses (54) o 6 meses (49,55).

Por el contrario, otros estudios no evidenciaron efectos estadísticamente significativos sobre la calidad de vida a favor de la integración temprana de los CP. Algunos resultados mostraron una tendencia a favor del grupo control que, en ocasiones, alcanzaba la significación estadística. En este caso, el contacto con el equipo de CP, excepto la primera consulta, fue a petición del propio paciente y tan solo un 15% del grupo intervención tuvo seguimiento telefónico por parte de la enfermera (44). Tampoco se obtuvieron resultados significativos en el estudio de Slama et al., en el que un 47% del grupo control fue derivado al equipo de CP y el apoyo psicológico por un especialista no varió entre los grupos (52). Sin embargo, Groenvold et al. demostraron que, a pesar de que las diferencias no fueron significativas, tanto el grupo intervención como el grupo control experimentaron una importante mejoría (58,59).

En todos los metaanálisis el grupo de CPT presentaron resultados significativamente mayores en la calidad de vida (61–64). En una de las revisiones el cambio se observaba a los 3 meses [Diferencia de Media Estandarizada (en adelante, DME) 0.17, IC 95% 0.05-0.29; $I^2 = 1.8\%$] y a los 6 meses (DME 0.42, IC 95% de 0.21 a 0.63, $I^2 = 0\%$), pero a los 12 meses las diferencias no fueron estadísticamente significativa (DME 0.16, IC 95% de -0.2 a 0.53; $I^2 = 0\%$) (62). Se obtuvieron resultados similares en otro análisis en el que la mejoría en la calidad de vida continua siendo a corto plazo, en el periodo de 1-3 meses (DME 0.24, IC 95% de 0.13 a 0.35; $I^2 = 0.0\%$); y no a largo plazo, 6-12 meses (DME 0.15, IC 95% de -0.12 a 0.43; $I^2 = 28\%$) (63).

Carga sintomática

La carga de síntomas es valorada dentro de la calidad de vida en parte de la literatura revisada (49,50,52,55,58,59). De los 12 artículos que han analizado la intensidad de los síntomas físicos de forma independiente, 8 han demostrado mejoría en el grupo de CPT (45,47,48,54,61–64) y 4 no han obtenido resultados con significación estadística (44,46,51,57).

La evaluación de la carga sintomática se realiza en función del tiempo que transcurre hasta su desaparición o bien mediante el uso de escalas como ESAS (*Edmonton Symptom Assessment System*) o KCCQ (*Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire*), entre otras. De este modo, se observó que, en general, los síntomas se reducían al mes (47), a los 3 meses (47,48) y a los 4 meses (54) a favor del grupo intervención. Brännström et al. demostraron que la carga sintomática mejoró en un 18% en los participantes que recibían CPT ($p = 0.035$) (45). Si los síntomas se analizaban de forma independiente, mejoraron significativamente la disnea, el cansancio, el dolor (47) y las náuseas (45). Sin tener en cuenta el tiempo, los síntomas mejoraron de forma significativa.

Entre los estudios que no tuvieron resultados favorables para el grupo intervención cabe destacar el de Tattersall et al., en el que los participantes de este grupo reportaron más intensidad de dolor y falta de apetito que los del control (44).

Los distintos metaanálisis incluidos en la revisión muestran un efecto positivo de los CP tempranos sobre los síntomas físicos (61–64). Dos tipos de resultados fueron obtenidos en función del análisis realizado, de tal forma que, si se excluían los valores atípicos en el análisis de sensibilidad, la carga sintomática mostró un importante detrimento a favor de los CPT (DME -0.25, IC 95% de -0.39 a -0.11; $I^2=0\%$). Sin embargo, cuando se analizó el efecto a los 1-3 meses no se obtuvieron diferencias significativas (DME -0.17, IC 95% de -0.45 a 0.11; $I^2=62\%$) (63).

Estado de ánimo

El estado emocional ha sido revisado en cuanto a síntomas de ansiedad y depresión, así como por el número de consultas realizadas al psicólogo. Respecto a los síntomas de ansiedad y depresión no se obtuvieron diferencias significativas en la mayor parte de los estudios revisados (46,48,50,52,55,57,59,61–63). Sin embargo, 3 de los estudios mostraron diferencias estadísticamente significativas tanto en los síntomas depresivos (47,49,64) como en la ansiedad (47,64).

En cuanto al número de visitas con el psicooncólogo, se obtuvieron diferencias significativas en función del tiempo en el que se evaluaban los resultados. A las 18 semanas hubo diferencias significativas a favor del grupo intervención (37% vs 22%; $p=0.02$), pero no fue así en la semana 24. A pesar de ello, no hubo diferencias significativas en los síntomas emocionales en ninguno de los periodos estudiados (50).

Los metaanálisis revisados no demostraron ningún efecto de los CPT sobre el estado de ánimo (61–63). Los niveles de los síntomas depresivos para aquellos que recibían CP de forma temprana no diferían significativamente de aquellos con atención estándar (RR -0.11, IC 95% de -0.26 a 0.03); no se detectó heterogeneidad en la muestra ($I^2=0\%$) (61).

Supervivencia

La mayor parte de los estudios revisados no muestran resultados significativos de la intervención temprana respecto al aumento de la supervivencia o disminución de la mortalidad (44,45,47,48,50–52,55,58,61). Sin embargo, hubo 3 estudios que muestran un efecto beneficioso de los CPT (57,62,63). Al año de la intervención, la supervivencia fue un 15% mayor en el grupo intervención ($p=0.038$) (57).

Por otro lado, se pudo comprobar que la supervivencia mostraba una asociación estadísticamente significativa con la calidad de vida, a razón de -0.11 (IC 95% de -0.16 a -0.06; $p<0.01$). Esto implica que cuanto más baja sea la puntuación en la calidad de vida, mayor es la probabilidad de muerte (51).

De entre los estudios con resultados no favorables, se resalta el de Tattersall et al. en el que la supervivencia fue mayor en el grupo control (7 vs 11.7 meses; $p=0.014$) con un riesgo relativo ajustado de 1.5 (IC 95% de 0.99 a 2.2; $p=0.06$) (44).

Con respecto a los metaanálisis, cabe destacar que los resultados no fueron significativos en aquellos en los que existía heterogeneidad entre los estudios (61). Sin embargo, cuando se analizaba teniendo en cuenta el tiempo de desde el diagnóstico, la supervivencia global mejoró a favor del grupo intervención (RR 0.77, IC 95% de 0.61 a 0.98; $I^2=0\%$) (63). Los resultados demostraron una probabilidad de muerte 29% menor en los CPT en comparación con la atención estándar, con un verdadero efecto en la población entre 49% y 1% (OR 0.71, IC 95% 0.51-0.99; $p=0.04$) (62).

Satisfacción con la atención

La evaluación de la satisfacción, valorada tanto en los pacientes (54,59) como en las familias o cuidadores principales (48,51,56), arrojó resultados significativos para el grupo de CPT respecto al grupo control (51,54,56,59).

Se ha demostrado mayor satisfacción general de los pacientes a los 3 meses ($p=0.0003$) y a los 4 meses ($p<0.0001$) en el grupo intervención, pero sin diferencias significativas en los problemas con las interacciones médicas (CARES-MIS) (54). Johnsen et al. analizaron los ítems de la escala FAMCARE de forma independiente y los que obtuvieron mayor potencia significativa fueron: “atención del médico a la descripción de los síntomas” ($p=0.016$), “información dada sobre el manejo del dolor” ($p=0.011$) y “la manera en la que se incluía a la familia en las decisiones” ($p=0.027$). El “apoyo y ayuda en general recibida del sistema sanitario” tuvo la mayor diferencia significativa de todo el ensayo a favor de la integración temprana con una diferencia de 9.0 puntos (IC 95% 3.8-14.2; $p=0.0006$) (59).

En las familias también se han demostrado mejoras significativas en la satisfacción, a excepción de un estudio (48). McDonald et al. objetivaron mejores resultados a los 3 meses ($p=0.007$) y a los 4 meses ($p=0.02$); pero estas diferencias no se asocian con el número de visitas de CP en las que estuvo presente el cuidador principal ($p=0.21$ y $p=0.39$, respectivamente) (56).

Al analizar la satisfacción con los cuidados al final de la vida, Brims et al. observaron que las puntuaciones eran significativamente más altas en el grupo intervención a las 12 semanas (Diferencia media 4.1, IC 95% de 0.7 a 7.4; $p=0.02$) y a las 24 semanas (6.1, IC 95% de 2.1 a 10.1; $p=0.003$). Después de 6 meses de duelo, las diferencias seguían favoreciendo el grupo intervención, pero las muestras eran muy pequeñas en ambos grupos (51).

Efectos en el cuidador principal

Como se ha mencionado anteriormente, solo dos ensayos describen una intervención específica para los cuidadores principales. Los efectos de los CPT sobre su calidad de vida y/o estado de ánimo se han evaluado en 3 artículos (51,56,60). Teniendo en cuenta también la satisfacción, todos ellos evidencian algún beneficio en el cuidador.

Hubo diferencias significativas en el estado de ánimo a los 3 meses (60) y a los 6 meses (51) favoreciendo la intervención. Sin embargo, no se observaron diferencias en la calidad de vida (51,56,60), ni en la sobrecarga de cuidador (60). En el subgrupo de los pacientes que habían fallecido, los cuidadores experimentaron menos depresión ($p=0.02$) y sobrecarga emocional ($p=0.01$), con una tendencia a mejoras en la calidad de vida ($p=0.07$) (60).

Uso de recursos sanitarios

El uso de recursos sanitarios se estudia de forma indirecta en los estudios (44,45,47,55,57,63). En esta revisión se evalúan las hospitalizaciones, los ingresos en Unidad de Cuidados Intensivos (en adelante, UCI) y las visitas a urgencias. Solo uno de los estudios ha obtenido diferencias significativas con un menor número de hospitalizaciones (GI 0.42 ± 0.60 vs GC 1.47 ± 1.81 ; $p=0.009$) y días de ingreso en el grupo intervención (2.9 ± 8.3 vs 8.5 ± 12.4 ; $p=0.011$) (45).

A pesar de no alcanzar significación estadística, la tasa de hospitalización (47,55,57,63), los días en la UCI (57) y las visitas a urgencias (57,63) fue menor en los pacientes que recibieron CPT.

Cuidados al final de la vida

Los cuidados al final de la vida se analizaron de diferente forma entre los estudios incluidos (44,47,48,53–55,57,63), evaluándose la calidad de vida al final de la vida, la PAC, el lugar de muerte y el uso de quimioterapia en los últimos días. La mayoría de los estudios que lo

contemplan muestran algún efecto beneficioso de los CPT en comparación con el grupo control (47,53–55,63).

Se obtuvieron resultados estadísticamente significativos a favor de una mejora en la calidad de vida los meses previos al fallecimiento en el grupo intervención (53,54). En el último mes de vida se alcanzaron diferencias clínicamente relevantes (diferencia entre grupos de 7.6, IC 95% de 0.7 a 14.5; $p=0.03$) (53).

Los CPT se relacionan con mayor PAC. Sidebottom et al. demostraron que el grupo intervención tenía 2.87 veces más de probabilidad de completarlo (IC 95% de 1.09 a 7.59; $p=0.033$) (47). Duenk et al. también favorecieron este grupo con una Odds Ratio de 3.26 (IC 95% de 1.49 a 7.14; $p=0.003$) (55).

Con respecto al lugar de muerte, varios estudios no evidenciaron diferencias significativas entre los grupos (44,48,57). La mayoría de los pacientes fallecieron en un hospital de agudos (GI 59% vs GC 70%; $p=0.46$) (44). Sin embargo, un metaanálisis ha demostrado que los pacientes que recibían CP eran más propensos a morir en el domicilio (RR 1.19, IC 95% de 1.05 a 1.36; $I^2=0\%$) que aquellos que recibían una atención estándar (63).

No se han demostrado diferencias en el uso de quimioterapia en los últimos 14 días ($p=0.54$) (57) o en los últimos 30 días ($p=0.192$) (48) entre los dos grupos del estudio. Vanbutsele et al. no objetivaron diferencias en el uso de recursos en los últimos 30 días de vida ni en los cuidados agresivos al final de la vida ($p=0.42$) (53).

Discusión

En esta RS de la literatura, la integración temprana de los CP se ha relacionado con mejoras en la calidad de vida, la carga de síntomas, la PAC y la satisfacción con los cuidados recibidos. A pesar de ser uno de los focos de atención, los efectos en el cuidador principal no se han evaluado en muchos de los estudios incluidos; pero la tendencia es a ser positivos. Los efectos de los CPT en la supervivencia muestran resultados discordantes. Con respecto al uso del sistema sanitario y el estado de ánimo del paciente no se han observado diferencias entre los grupos.

El estudio de Temel et al. en pacientes con cáncer de pulmón metastásicos de células no pequeñas es uno de los más relevantes en este campo y permite comparar los resultados con los presentados en este análisis. Los participantes debían haber sido diagnosticados en las 8 semanas previas al inicio del ensayo para poder participar. La intervención consistía en consultas ambulatorias dirigidas por médicos y enfermeras con una frecuencia mensual, aunque podía programarse más encuentros si se requerían. Los resultados obtenidos en cuanto a la calidad de vida concuerdan con los de la presente revisión ya que los participantes del grupo intervención reportaron mejoras significativas en la calidad de vida en las primeras 12 semanas (diferencia entre grupos de 6.6, IC 95% de 1.5 a 10.4; $p=0.009$) (65).

Los resultados de esta revisión son similares a los obtenidos por Bakitas et al. que desarrollaron el proyecto ENABLE: educar, nutrir y aconsejar antes de que la vida termine (de las siglas en inglés: *Educate, Nurture, Advise, Before Life Ends*). El objetivo era ofrecer una atención telemática para mejorar el acceso a los CP de la población rural. En este caso, la intervención contaba con 4 sesiones de educación sanitaria y, posteriormente, seguimiento telefónico mensual por parte de una enfermera. En función de las necesidades insatisfechas detectadas durante las sesiones y con el permiso del paciente, podía ser derivado con otros profesionales. Los pacientes fueron seleccionados si el diagnóstico de cáncer avanzado fue en las 8-12 semanas previas al comienzo del estudio. En el grupo intervención se observó mejor calidad de vida (diferencia media 4.6 ± 2 ; $p=0.02$) y una tendencia hacia menos sintomatología física (-27.8 ± 15 ; $p=0.06$) (66).

La RS de Kavalieratos et al. también arroja resultados que favorecen los CP. A los 1-3 meses del inicio de la intervención, el metaanálisis de 30 artículos, que incluían pacientes con cáncer e IC, evidenció mejoras en la calidad de vida y la carga sintomática (67).

La disnea es uno de los síntomas frecuentes que pueden aparecer en los pacientes con necesidades paliativas, sobre todo en la fase terminal (68). Un servicio de apoyo a la disnea conformado por CP, medicina respiratoria, fisioterapia y terapia ocupacional ha demostrado un aumento significativo en el manejo de este síntoma. La muestra incluía pacientes con cáncer, EPOC, enfermedad pulmonar intersticial, IC y enfermedad de motoneurona. El grupo intervención mejoró su disnea en un 16% frente al grupo control ($p=0.048$) (69).

Los síntomas emocionales, de depresión y ansiedad, no mostraron resultados concluyentes en los estudios revisados. Otros ensayos obtuvieron menos síntomas depresivos en el grupo intervención (57,65), pero no diferencias significativas en la ansiedad (65).

La supervivencia ha sido analizada en varios estudios, aunque no sea uno de los objetivos de los CP. Los resultados dispares de esta revisión concuerdan con otros ensayos realizados. A pesar de la creencia infundada que relaciona los CP con la muerte (24,70), no se ha demostrado una disminución de la supervivencia en el grupo que recibía los CP de forma temprana. En el estudio de Temel et al., los pacientes que recibían CP de forma temprana tuvieron una supervivencia mayor (11.6 meses vs 8.9 meses; $p=0.02$) (65). Sin embargo, otros estudios no muestran diferencias significativas entre las cohortes (66,67,69). Aunque la supervivencia fue similar en los pacientes oncológicos, hubo una diferencia significativa para aquellos con EPOC y enfermedad pulmonar intersticial favoreciendo el grupo intervención. Todos los pacientes no-oncológicos que recibieron CPT seguían vivos al finalizar las 6 semanas de seguimiento (69).

Cuando se analiza el uso de recursos sanitarios, no se obtienen resultados concluyentes en los estudios analizados. Existen ensayos que no evidencian diferencias significativas en la utilización del sistema sanitario (66) y otros que favorecen los CPT (67). Tampoco hubo diferencias significativas en los costes de la atención entre los grupos; los CPT se asocian con una relación coste-efectividad de 41.938 dólares por año de vida ganado (71), un valor por debajo del umbral máximo rentable en su contexto sanitario (72).

Esta revisión demuestra efectos beneficios de los CPT en la atención al final de la vida, ya que mejoran la calidad de vida y la PAC. Otros estudios también establecen una relación positiva y significativa con la planificación de la atención (65,67), aunque en ninguno se evalúa si los deseos de los pacientes se llevan a cabo en sus últimos días. El uso de quimioterapia no arrojó resultados significativos en los estudios analizados, pero un análisis secundario del estudio de Temel et al. demostró menor uso de quimioterapia en los últimos 60 días de vida a favor del grupo intervención (73).

Los estudios analizados en esta revisión demuestran mayor grado de satisfacción de los pacientes y la familia con la atención recibida favoreciendo lo CPT. Estos resultados son comparables a los obtenidos en la revisión de Kavalieratos et al. (67). Aunque el soporte cualitativo de la integración temprana es escaso, hay estudios con resultados positivos. El contacto con el equipo de CP ayudó a modificar las creencias erróneas y el estigma en los pacientes y cuidadores (24). Los CPT mejoraron el autocontrol de los pacientes al aumentar sus conocimientos, confianza y funcionalidad (69). Los pacientes destacaron de la atención paliativa la comunicación constante para individualizar el cuidado, el manejo de los síntomas y el apoyo emocional con la sensación de tener “a alguien que está ahí” (74). Aseguran que ayudó a mejorar su calidad de vida y a dotarles de recursos para el afrontamiento (24).

Limitaciones del estudio

Existen ciertas limitaciones en esta revisión que deben ser consideradas a la hora de interpretar sus resultados. En primer lugar, existe mucha heterogeneidad en lo que respecta a

las intervenciones y los pacientes de los diferentes estudios. La investigación en el ámbito oncológico está más desarrollada, pero es escasa en lo que respecta a otras enfermedades crónicas como son el EPOC o la IC. La intervención a estudio, por sus características, no ha permitido el enmascaramiento en la mayoría de los ensayos y tampoco se le presuponen efectos adversos. Estos son dos de los aspectos considerados al evaluar la calidad metodológica que, en mucho de los estudios, no se contemplaban. Otra de las limitaciones encontradas ha sido el alto porcentaje de abandono. Las principales pérdidas en el seguimiento se debían fundamentalmente al fallecimiento del paciente o a la progresión de la enfermedad.

La búsqueda bibliográfica, selección de los estudios y extracción de los datos no ha sido realizada por pares, lo que ha podido incrementar los sesgos de la investigación. Se han incluido artículos publicados en revistas de impacto, sin analizar la bibliografía gris existente, lo que puede haber acarreado un sesgo de publicación. La búsqueda manual en las referencias incrementa el riesgo de seleccionar estudios con resultados positivos, por lo que se debe tener en cuenta el sesgo de citación.

Otra de las limitaciones a considerar es la falta de evaluación del riesgo de sesgo de los estudios con herramientas como la de Cochrane (75) o GRADE (38,76,77) debido a la inexperiencia en su manejo y falta de formación suficiente. Tampoco se ha realizado una síntesis cuantitativa de los resultados por el mismo motivo.

Conclusiones

Se ha demostrado que los CPT mejoran la calidad de vida y, muy relacionado con esto, la carga sintomática; dos de los objetivos fundamentales de esta atención. Los pacientes que reciben los CP de forma temprana tienen mayor satisfacción con los cuidados y mayor planificación anticipada que aquellos con atención estándar. Los resultados relacionados con los efectos en el cuidador principal y la supervivencia son contradictorios en los diferentes estudios. Con respecto al uso de recursos y el estado de ánimo, no hay evidencias que respalden la integración temprana.

Los estudios en pacientes no-oncológicos son escasos, por lo que no es correcto generalizar los hallazgos a esta población. Son necesarias más investigaciones para conocer el mejor momento para integrar los CP, cómo evaluar las necesidades paliativas y los efectos que tiene la intervención.

Bibliografía

1. Sanz J. Historia de la medicina paliativa española. Med Pal [Internet]. 1999 [citado 9 de mayo 2021];6(2):82-8.
Disponible en: <http://www.secpal.com/Documentos/Articulos/99%206.2.6%20Sanz.pdf>
2. Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SEPCAL). Historia de los Cuidados Paliativos [Internet]. Madrid: SEPCAL; 2014 [citado 9 de mayo de 2021].
Disponible en: https://www.secpal.com/secpal_historia-de-los-cuidados-paliativos-1
3. Río MI Del, Palma A. Cuidados Paliativos : historia y desarrollo. Boletín Esc Med U C ,Pontificia Univ Católica Chile [Internet]. 2007 [citado 9 de mayo de 2021];32(1):16-22.
Disponible en: <http://cuidadospaliativos.org/uploads/2013/10/historia de CP.pdf>
4. Irurzun Zuazabal J. Actuación paliativa en las distintas fases de la enfermedad terminal. En: Astudillo W, Orbegozo A, Díaz-Albo E, Bilbao Z. P, editores. Los cuidados paliativos, una labor de todos. 1ª Edición. San Sebastián: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos; 2007. p. 15-30.
5. Allende S, Lafuente P. Historia de los cuidados Paliativos. Introducción a los cuidados Paliativos. Tech España; c2020.
6. Our History [Internet]. European Association of Palliative Care (EAPC). Bélgica: EAPC; [citado 9 de mayo de 2021].
Disponible en: <https://www.eapcnet.eu/our-history/>
7. Unidad de Cuidados Paliativos [Internet]. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (HUMV). 2007 [actualizada 26 de junio de 2020; citado 9 de mayo de 2021].
Disponible en:
http://www.humv.es/index.php?option=com_content&task=view&id=1351
8. World Health Organization (WHO). Cancer pain relief and palliative care: report of a WHO expert committee. Ginebra, Suiza; 1990.
9. World Health Organization (WHO), editor. Pain relief and palliative care. En: National cancer control programme: policies and managerial guidelines. 2º Edición. 2002. p. 83-91.
10. Radbruch L, Payne S. White paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: Part 1. Recommendations from the European Association for Palliative Care. Eur J Palliat Care. 2009;16(6):278-89.
11. Hui D, Nooruddin Z, Didwaniya N, Dev R, De La Cruz M, Kim SH, et al. Concepts and definitions for «actively dying,» «end of life,» «terminally ill,» «terminal care,» and «transition of care»: A systematic review. J Pain Symptom Manage [Internet]. 2014 [citado 11 de mayo 2021];47(1):77-89.
Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.02.021>
12. Ministerior de Sanidad y Política Social. Unidad de cuidados paliativos. Madrid: Ministerior de Sanidad y Política Social; 2009.

13. LeBlanc TW, El-Jawahri A. When and why should patients with hematologic malignancies see a palliative care specialist? *Am Soc Hematol*. 2015;2015(1):471-8.
14. Buss MK, Rock LK, McCarthy EP. Understanding palliative care and hospice: A review for primary care providers. *Mayo Clin Proc* [Internet]. 2017 [citado 12 de mayo 2021];92(2):280-6.
Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.mayocp.2016.11.007>
15. Sanz Fernández ME, Molinero Blanco E. Cuidados paliativos en el paciente oncológico. *Med* [Internet]. 2013 [citado 12 de mayo 2021];11(27):1669-76.
Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0304-5412\(13\)70521-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0304-5412(13)70521-3)
16. Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud. Actualización 2010-2014 [Internet]. Ministerio de Sanidad, Política Social e igualdad. 2011 [citado 12 de mayo 2021]. p. 72.
Disponible en:
<https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/cuidadosPaliativos.htm>
17. Nieto Calmaestra JA, Capote Lama A. Geografía del envejecimiento en España y Portugal. *Ería Rev Cuatrimest Geogr*. 2020;40(1):107-22.
18. Instituto Nacional de Estadística. INEbase [Internet]. Esperanza de vida. 2020 [citado 15 de mayo de 2021]. p. 1-12.
Disponible en:
https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926380048&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios/PYSLayout
19. Instituto Nacional de Estadística. INEbase [Internet]. Proporción de personas mayores de cierta edad. 2020 [citado 15 de mayo de 2021].
Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=1417&L=0>
20. Organización Mundial de la Salud. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Enfermedades no transmisibles. 2021 [citado 15 de mayo de 2021].
Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
21. Serra Valdés MÁ. Las enfermedades crónicas no transmisibles y la pandemia por COVID-19. *Rev Finlay*. 2020;10(2):78-88.
22. Ministerio de Sanidad. Patrones de mortalidad en España, 2018. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2021.
23. Cuidados paliativos [Internet]. Organización Mundial de la Salud (OMS). 2020 [citado 15 de mayo de 2021].
Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
24. Zimmermann C, Swami N, Krzyzanowska M, Leighl N, Rydall A, Rodin G, et al. Perceptions of palliative care among patients with advanced cancer and their caregivers. *CMAJ*. 2016;188(10):E217-27.
25. WHO. Why Palliative Care Is an Essential Function of Primary Health Care [Internet]. Technical series on Primary Health Care. 2018 [citado 18 de mayo 2021]. p. 1-20.

Disponible en: https://www.who.int/docs/default-source/primary-health-care-conference/palliative.pdf?sfvrsn=ecab9b11_2&ua=1

26. Aldridge MD, Hasselaar J, Garralda E, Van Der Eerden M, Stevenson D, McKendrick K, et al. Education, implementation, and policy barriers to greater integration of palliative care: A literature review. *Palliat Med*. 2016;30(3):224-39.
27. Arias-casais N, Garralda E, Rhee JY, Lima L De, Pons JJ. EAPC Atlas of Palliative Care in Europe 2019. Arias-Casais N, Garralda E, Centeno C, editores. Pamplona: EAPC; 2019.
28. Bolognesi D, Centeno C, Biasco G. Specialisation in Palliative Medicine for Physicians in Europe 2014 - A supplement of the EAPC Atlas of Palliative Care in Europe [Internet]. 2014 [citado 15 de mayo 2021]. 54 p.
Disponible en: <http://dadun.unav.edu/handle/10171/35972>
29. Centeno C, Garralda E, Carrasco JM, den Herder-van der Eerden M, Aldridge M, Stevenson D, et al. The Palliative Care Challenge: Analysis of barriers and opportunities to integrate palliative care in Europe in the view of national associations. *J Palliat Med*. 2017;20(11):1195-204.
30. Barbero J, Díaz L. Diez cuestiones inquietantes en cuidados paliativos. *An Sist Sanit Navar*. 2007;30(SUPPL. 3):71-86.
31. Ferrell BR, Temel JS, Temin S, Alesi ER, Balboni TA, Basch EM, et al. Integration of palliative care into standard oncology care: American society of clinical oncology clinical practice guideline update. *J Clin Oncol*. 2017;35(1):96-112.
32. Kain D, Eisenhauer E. Early integration of palliative care into standard oncology care: evidence and overcoming barriers to implementation. *Curr Oncol*. 2016;23(6):277-96.
33. Mazanec P, Prince-Paul M. Integrating palliative care into active cancer treatment. *Semin Oncol Nurs* [Internet]. 2014 [citado 16 de mayo 2021];30(4):203-11.
Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.soncn.2014.08.002>
34. Harrington SE, Rogers E, Davis M. Palliative care and chronic obstructive pulmonary disease: Where the lines meet. *Curr Opin Pulm Med*. 2017;23(2):154-60.
35. Shah AB, Morrissey RP, Baraghoush A, Bharadwaj P, Phan A, Hamilton M, et al. Failing the failing heart: A review of palliative care in heart failure. *Rev Cardiovasc Med*. 2013;14(1):41-8.
36. Argimon Pallás JM, Jiménez Villa J. Revisiones sistemáticas. En: *Métodos de investigación clínica y epidemiológica*. 4ª Edición. Barcelona: Elsevier España; 2013. p. 97-105.
37. Beltrán O. Revisiones sistemáticas de la literatura. *Rev Colomb Gastroenterol*. 2005;20(1):60-9.
38. GRADE Working Group. Grading quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ*. 2004;328(7454):1490.
39. Cabello López JB, Emparanza Knörr JI. Lectura crítica para la práctica clínica basada en la

evidencia. En: Cabello López JB, editor. Lectura crítica de la evidencia clínica. Barcelona: Elsevier España; 2015. p. 7-20.

40. Cobos-Carbó A, Augustovski F. Declaración CONSORT 2010: actualización de la lista de comprobación para informar ensayos clínicos aleatorizados de grupos paralelos. *Med Clin (Barc)*. 2011;137(5):213-5.
41. Moher D, Hopewell S, Schulz KF, Montori V, Gøtzsche PC, Devereaux PJ, et al. CONSORT 2010 explanation and elaboration: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. *BMJ*. 2010;340:c869.
42. Urrutia G, Bonfill X. Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Med Clin (Barc)* [Internet]. 2010 [citado 18 de abril 2021];135(11):507-11.
Disponible en:
http://es.cochrane.org/sites/es.cochrane.org/files/public/uploads/PRISMA_Spanish.pdf
43. Schulz KF, Altman DG, Moher D. CONSORT 2010 Statement: Updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. *BMJ*. 2010;340(7748):698-702.
44. Tattersall M, Martin A, Devine R, Rn JR, Jansen J, Hastings L, et al. Early Contact with Palliative Care Services: A Randomized Trial in Patients with Newly Detected Incurable Metastatic Cancer Palliative Care & Medicine Early Contact with Palliative Care Services : A Randomized Trial in Patients with Newly Detected Incura. *Palliat Care Med*. 2014;4(1):170.
45. Brännström M, Boman K. Effects of person-centred and integrated chronic heart failure and palliative home care . *PREFER: a randomized controlled study*. *Eur J Heart Fail*. 2014;16(10):1142-51.
46. McCorkle R, Jeon S, Ercolano E, Lazenby M, Reid A, Davies M, et al. An advanced practice nurse coordinated multidisciplinary intervention for patients with late-stage cancer: A cluster randomized trial. *J Palliat Med*. 2015;18(11):962-9.
47. Sidebottom AC, Jorgenson A, Richards H. Inpatient palliative care for patients with acute heart failure: Outcomes from a randomized trial. *J Palliat Med*. 2015;18(2):134-42.
48. Maltoni M, Scarpi E, Dall M, Zagonel V, Berte R, Broglia CM, et al. Systematic versus on-demand early palliative care: results from a multicentre , randomised clinical trial. *Eur J Cancer*. 2016;65:61-8.
49. Temel JS, Greer JA, El-jawahri A, Pirl WF, Park ER, Jackson VA, et al. Effects of Early Integrated Palliative Care in Patients With Lung and GI Cancer: A Randomized Clinical Trial. *J Clin Oncol*. 2017;35(8):834-41.
50. Vanbutsele G, Pardon K, Belle S Van, Surmont V, Laat M De, Colman R, et al. Effect of early and systematic integration of palliative care in patients with advanced cancer: a randomised controlled trial. *Lancet Oncol*. 2018;19(3):394-404.
51. Brims F, Gunatilake S, Lawrie I, Marshall L, Fogg C, Qi C, et al. Early specialist palliative care on quality of life for malignant pleural mesothelioma: a randomised controlled trial.

Thorax. 2019;74(4):354-61.

52. Slama O, Pochop L, Sedo J, Svancara J, P S, Svetlakova L, et al. Effects of Early and Systematic Integration of Specialist Palliative Care in Patients with Advanced Cancer: Randomized Controlled Trial PALINT. 2020;23(12):1586-93.
53. Vanbutsele G, Belle S Van, Surmont V, Laat M De, Colman R, Eecloo K, et al. The effect of early and systematic integration of palliative care in oncology on quality of life and health care use near the end of life: A randomised controlled trial. Eur J Cancer. 2020;124:186-93.
54. Zimmermann C, Swami N, Krzyzanowska M, Hannon B, Leighl N, Oza A, et al. Early palliative care for patients with advanced cancer: a cluster-randomised controlled trial. Lancet. 2014;383(9930):1721-30.
55. Duenk RG, Verhagen C, Bronkhorst EM, van Mierlo PJWB, Broeders MEAC, Dekhuijzen PNR, et al. Proactive palliative care for patients with COPD (PROLONG): a pragmatic cluster controlled trial. Int J COPD. 2017;12:2795-806.
56. McDonald J, Swami N, Hannon B, Lo C, Pope A, Oza A, et al. Impact of early palliative care on caregivers of patients with advanced cancer: cluster randomised trial. Ann Oncol. 2017;28(1):163-8.
57. Bakitas MA, Tosteson TD, Li Z, Lyons KD, Hull JG, Li Z. Early Versus Delayed Initiation of Concurrent Palliative Oncology Care : Patient Outcomes in the ENABLE III Randomized Controlled Trial. J Clin Oncol. 2015;33(13):1438-45.
58. Groenvold M, Petersen MA, Damkier A, Neergaard MA, Nielsen JB, Pedersen L, et al. Randomised clinical trial of early specialist palliative care plus standard care versus standard care alone in patients with advanced cancer: The Danish Palliative Care Trial. Palliat Med. 2017;31(9):814-24.
59. Johnsen AT, Petersen MA, Sjøgren P, Pedersen L, Neergaard MA. Exploratory analyses of the Danish Palliative Care Trial (DanPaCT): a randomized trial of early specialized palliative care plus standard care versus standard care in advanced cancer patients. Support Care Cancer. 2020;28(5):2145-55.
60. Dionne-odum JN, Azuero A, Lyons KD, Hull JG, Tosteson T, Li Z, et al. Benefits of Early Versus Delayed Palliative Care to Informal Family Caregivers of Patients With Advanced Cancer : Outcomes From the ENABLE III Randomized Controlled Trial. J Clin Oncol. 2015;33(13):1446-52.
61. Haun MW, Estel S, Rücker G, Friederich HC, Villalobos M, Thomas M, et al. Early palliative care for adults with advanced cancer (Review). Cochrane Database Syst Rev. 2017;(6):CD011129.
62. Zanghelini F, Zimmermann IR, Souza de Andrade CA, Wu O. Early palliative care for improving quality of life and survival in patients with advanced cancer: A systematic review and meta-analysis. J Palliat Care Med. 2018;08(05):343.
63. Fulton JJ, Leblanc TW, Cutson TM, Starr KNP, Kamal A, Ramos K, et al. Integrated

- outpatient palliative care for patients with advanced cancer: A systematic review and meta-analysis. *Palliat Med.* 2019;33(2):123-34.
64. Tanzi S, Venturelli F, Luminari S, Merlo FD, Braglia L, Bassi C, et al. Early palliative care in haematological patients: a systematic literature review. *BMJ Support Palliat Care.* 2020;0:1-9.
 65. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, Gallagher ER, Admane S, Jackson VA, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med.* 2010;363(8):733-42.
 66. Bakitas M, Lyons KD, Hegel MT, Balan S, Brokaw FC, Seville J, et al. Effects of a Palliative Care Intervention on Clinical Outcomes in Patients With Advanced Cancer. The Project ENABLE randomized controlled trial. *Jama.* 2009;302(7):741-9.
 67. Kavalieratos D, Corbelli J, Zhang D, Dionne-odum JN, Ernecoff NC, Hanmer J, et al. Association between palliative care and patient and caregiver outcomes. A systematic review and meta-analysis. *Jama.* 2016;316(20):2104-14.
 68. Sociedad Española de Cuidados paliativos. Guía de cuidados paliativos [Internet]. Secpal. 2002 [citado 16 de mayo 2021]. p. 1-52.
Disponible en: <https://secpal.com/guia-cuidados-paliativos-1>
 69. Higginson IJ, Bausewein C, Reilly CC, Gao W, Gysels M, Dzingina M, et al. An integrated palliative and respiratory care service for patients with advanced disease and refractory breathlessness: a randomised controlled trial. *Lancet Respir Med* [Internet]. 2014 [citado 16 de mayo 2021];2:979-87.
Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S2213-2600\(14\)70226-7](http://dx.doi.org/10.1016/S2213-2600(14)70226-7)
 70. Caprio AJ. Palliative care: Renaming as supportive care and integration into comprehensive cancer care. *Cmaj.* 2016;188(10):E217-27.
 71. Greer JA, Tramontano AC, McMahon PM, Pirl WF, Jackson VA, El-Jawahri A, et al. Cost analysis of a randomized trial of early palliative care in patients with metastatic nonsmall-cell lung cancer. *J Palliat Med.* 2016;19(8):842-8.
 72. Neumann PJ, Cohen JT, Weinstein MC. Updating cost-effectiveness--the curious resilience of the \$50,000-per-QALY threshold. *N Engl J Med.* 2014;371(9):796-7.
 73. Greer JA, Pirl WF, Jackson VA, Muzikansky A, Lennes IT, Heist RS, et al. Effect of early palliative care on chemotherapy use and end-of-life care in patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *J Clin Oncol.* 2012;30(4):394-400.
 74. Wallen GR, Baker K, Stolar M, Miller-Davis C, Ames N, Yates J, et al. Palliative care outcomes in surgical oncology patients with advanced malignancies: A mixed methods approach. *Qual Life Res.* 2012;21(3):405-15.
 75. Centro Cochrane Iberoamericano. Manual Cochrane de Revisiones Sistemáticas de Interenciones, versión 5.1.0 [actualizado en marzo de 2011] [Internet]. Cochrane Database of Systematic Reviews. Barcelona: Centro Cochrane Iberoamericano; 2012 [citado 18 de abril 2021].

Disponible en: <http://www.cochrane.es/?q=es/node/269>

76. Sanabria AJ, Rigau D, Rotaecche R, Selva A, Marzo-Castillejo M, Alonso-Coello P. Sistema GRADE: Metodología para la realización de recomendaciones para la práctica clínica. *Aten Primaria*. 2015;47(9):48-55.
77. Guyatt GH, Oxman AD, Sultan S, Glasziou P, Akl EA, Alonso-Coello P, et al. GRADE guidelines: 9. Rating up the quality of evidence. *J Clin Epidemiol*. 2011;64(12):1311-6.

Anexos

ANEXO 1. Estrategia de búsqueda en las diferentes bases de datos.

TABLA A1. Estrategia de búsqueda. Fuente: elaboración propia

BASE DE DATOS	BÚSQUEDA	RESULTADOS
SCOPUS	<i>Palliative care AND Early integration AND Standard of care AND Comfort</i>	5 artículos
	<i>Palliative care AND Early integration AND Standard of care AND Patient satisfaction</i>	13 artículos
	<i>Palliative care AND Early integration AND Standard of care AND Quality of Life</i>	61 artículos
PUBMED-MEDLINE	<i>Palliative care AND Early integration AND Standard of care AND Quality of Life</i>	19 artículos
	<i>Palliative care AND Early integration AND Standard of care AND Patient comfort</i>	2 artículos
	<i>Palliative care AND Early integration AND Standard of care AND Patient satisfaction</i>	2 artículos
DIALNET	<i>Cuidados paliativos tempranos AND Calidad de vida</i>	10 artículos
COCHRANE	<i>Palliative care AND Early integration AND Standard of care AND Quality of Life</i>	89 artículos
	<i>Palliative care AND Early integration AND Standard of care AND Patient comfort</i>	4 artículos
	<i>Palliative care AND Early integration AND Standard of care AND Patient satisfaction</i>	18 artículos
WEB OF SCIENCE	<i>Palliative care AND Early integration AND Standard of care AND Quality of Life</i>	32 artículos

ANEXO 2. Lectura crítica de los ECA.

TABLA A2. Lista de comprobación CONSORT 2010 por artículo. Fuente: elaboración propia.

	Zimmerman et al.	Tattersall et al.	Brännström et al.	Bakitas et al.	Dionne-Odom et al.	McCorkle et al.	Sidebottom et al.	Maltoni et al.	Duenk et al.	McDonald et al.	Temel et al.	Groenvold et al.	Vanbutssele et al. (2018)	Brims et al.	Slama et al.	Vanbutssele et al. (2020)	Johnsen et al.
1a	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
1b	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
2a	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
2b	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
3a	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
3b									X		X		X				
4a	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
4b	X		X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X
5	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
6a	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
6b	X								X								
7a	X	X	X	X			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
7b	X			X			X								X		
8a	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
8b	X	X		X	X			X		X		X	X	X		X	X
9	X										X		X				
10	X					X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X
11a	X			X	X				X	X		X					X
11b																	
12a	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
12b	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
13a	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
13b	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
14a	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
14b		X															
15	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
16	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X
17a	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
17 b	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X
18	X	X	X	X	X	X		X		X	X	X	X	X	X		
19														X			
20	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
21		X	X	X	X				X		X	X	X	X			
22	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
23	X	X	X	X	X			X	X	X		X	X	X		X	X
24				X	X				X			X	X	X		X	X
25	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
TOTAL	32	26	26	30	28	24	23	25	30	28	28	30	31	30	24	27	28

ANEXO 3. Lectura crítica de las RS.

TABLA A3. Lista de comprobación PRISMA 2009. Fuente: elaboración propia.

	Haun et al.	Zanghelini et al.	Fulton et al.	Tanzi et al.
1	X	X	X	X
2	X	X	X	X
3	X	X	X	X
4	X	X	X	X
5	X	X	X	X
6	X	X	X	X
7	X	X	X	X
8	X	X	X	X
9	X	X	X	X
10	X	X	X	X
11	X	X	X	X
12	X	X	X	X
13	X	X	X	X
14	X	X	X	X
15	X	X		
16	X	X	X	
17	X	X	X	X
18	X	X	X	X
19	X	X	X	X
20	X	X	X	X
21	X	X	X	
22	X	X		
23	X	X	X	
24	X	X	X	X
25	X	X	X	X
26	X	X	X	X
27	X	X	X	X
TOTAL	27	26	25	22

ANEXO 4. Escalas empleadas para evaluar los resultados en los ECAs.

TABLA A4. Escalas empleadas en los estudios. Fuente: elaboración propia

CALIDAD DE VIDA.			
FACIT-G	Functional Assessment of Chronic Illness Therapy –General	27 ítems que evalúan 4 dimensiones (física, funcional, emocional y social)	Puntuaciones de 0 a 180; cuanto más alta mejor
FACIT-Pal	Functional Assessment of Chronic Illness Therapy – Palliative Care	14 ítems, añadiendo ítems específicos que evalúan los cuidados paliativos	Puntuación de 0 a 187; cuanto más alta mejor
FACIT-Sp	Functional Assessment of Chronic Illness Therapy – Spiritual Well-Being	12 ítems que evalúan 3 dimensiones de la espiritualidad: significado, paz y fe	Puntuación de 0 a 156; cuanto más alta mejor
FACIT-Hep	Functional Assessment of Chronic Illness Therapy – Hepatobiliary	FACIT-G y escala específica de cáncer hepatobiliar (Hep).	Puntuación de 0 a 72 (Hep); cuanto más alta mejor
MQoL	McGill Quality of Life	17 ítems que evalúan calidad de vida	Puntuación de 17 a 119; cuanto más alta mejor.
EQ-5D	EuroQol-5D	Evalúa la calidad de vida en cinco dimensiones: movilidad, autocuidado, actividades cotidianas, dolor o malestar y ansiedad y depresión.	
EORTC QLQ-C30	European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core 30	30 ítems que evalúan la calidad de vida.	Puntuación de 0 a 100; cuanto más alta peor.
EORTC QLQ LC-13	European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Lung Cancer	13 ítems que evalúan los síntomas específicos del cáncer de pulmón.	Puntuación de 13 a 52; cuanto más alta peor.
SF-36v2	Short Form Health Survey	36 ítems que evalúan la calidad de vida en 8 dimensiones.	Puntuación de 0 a 100; cuanto más alta mejor.

TABLA A4. Escalas empleadas en los estudios. Fuente: elaboración propia

SF-12	Short Form Health Survey	Versión resumida de SF-36, con 12 ítems.	
GHQ-12	General Health Questionnaire	12 ítems que evalúan la calidad de vida.	
KCCQ	Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire	23 ítems que evalúan la calidad de vida en IC	Puntuación de 0 a 100; cuanto más alta mejor
MLHF	Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire	21 ítems que evalúan cómo la IC afecta a la vida de los pacientes	Puntuación de 0 a 100; cuanto más alta peor
SGRQ	St George Respiratory Questionnaire	50 ítems que evalúan la calidad de vida en enfermedades respiratorias obstructivas	Puntuación de 0 a 100; cuanto más alta peor
QUAL-E	Quality of Life at the End of Life	Evalúa la calidad de vida al final de la vida	
ESDS	Enforced Social Dependency Scale	10 ítems que evalúan la dependencia en las actividades básicas de la vida diaria.	
CARGA SINTOMÁTICA.			
ESAS	Edmonton Symptom Assessment System	Evalúa dolor, fatiga, somnolencia, náuseas, ansiedad, depresión, apetito, disnea y bienestar	Puntuación de 0 a 90; cuanto más alta peor.
RSC	Rotterdam Symptom Checklist	23 ítems evalúan síntomas físicos	Se evalúa de 0 a 100; cuanto más alta peor.
SDS	Symptom Distress Scale	Evalúa 13 síntomas comunes del cáncer	Puntuación de 13 a 65; cuanto más alta peor.
ESTADO DE ÁNIMO.			
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale	14 ítems con 2 subescalas que evalúan síntomas de ansiedad y depresión	Puntuación de 0 a 21; cuanto más alta peor.
CES-D	Center for Epidemiologic Studies – Depression	20 ítems que evalúan síntomas depresivos	Puntuación de 0 a 60; cuanto más alta peor.

TABLA A4. Escalas empleadas en los estudios. Fuente: elaboración propia

PHQ-9	Personal Health Questionnaire	9 ítems que evalúan síntomas depresivos	Puntuación de 0 a 27; cuanto más alta peor.
SATISFACCIÓN CON LA ATENCIÓN RECIBIDA.			
FAMCARE	Family Satisfaction with End-of-Life Care	20 ítems que evalúan la satisfacción de la familia.	Puntuación de 20 a 100; cuanto más alta peor.
FAMCARE-P16	Patient Satisfaction with End-of-Life Care	16 ítems que evalúan la satisfacción del paciente.	Puntuación de 16 a 80; cuanto más alta mejor.
SCNS-short	Supportive Care Needs – Short Form	34 ítems que evalúan el apoyo percibido.	Puntuación de 34 a 170; cuanto más alta peor.
CARES-MIS	Cancer Rehabilitation Evaluation System Medical Interaction Subscale	Evalúa los problemas con las interacciones del paciente con los profesionales	Puntuación de 0 a 44; cuanto más alta peor.
CUIDADOR PRINCIPAL.			
CQOL-C	Caregiver Quality of Life - Cancer	35 ítems que evalúan el bienestar físico, emocional y espiritual del cuidador principal.	Puntuación de 0 a 140; cuanto más alta peor.
MBCB	Montgomery – Borgatta Caregiver Burden	3 subescalas: - Carga objetiva (6 ítems). - Carga de la demanda subjetiva (4 ítems) - Carga de estrés subjetivo (4 ítems)	Cuanto más alta peor: Puntuación de 6 a 30 Puntuación de 4 a 20 Puntuación de 4 a 20
OTRAS ESCALAS EMPLEADAS.			
MUIS-C	Mishel Uncertainty in Illness Scale – Community Form	23 ítems que evalúan la incertidumbre del paciente	Puntuación de 23 a 115; cuanto más alta peor.
SEMCD 6	Self-Efficacy for Managing Chronic Disease Scale.	6 ítems que evalúan la auteficacia del paciente	Puntuación de 0 a 10; cuanto más alta mejor.