

Guadalupe Grimanesa Ilaño-Laura<sup>1</sup>

**E-mail:** [laura29guaadalupe@gmail.com](mailto:laura29guaadalupe@gmail.com)

**ORCID:** <https://orcid.org/0009-0009-6371-7547>

Diana Hipatia Malusin-Pillana<sup>1</sup>

**E-mail:** [dianahipatia15@gmail.com](mailto:dianahipatia15@gmail.com)

**ORCID:** <https://orcid.org/0009-0001-9987-5960>

Juan Ernesto Pérez-Reyes<sup>2</sup>

**E-mail:** [juanernesto1976@mail.com](mailto:juanernesto1976@mail.com)

**ORCID:** <https://orcid.org/0000-0001-7476-6349>

<sup>1</sup>Universidad Iberoamericana del Ecuador. Ecuador.

<sup>2</sup>Universidad Tecnológica Israel. Ecuador.

**Cita sugerida (APA, séptima edición)**

Ilaño-Laura, G. G., Malusin-Pillana, D. H., & Pérez-Reyes, J. E. (2026). Efectividad y agresividad de la quimioterapia paliativa en pacientes oncológicos en etapa terminal: una revisión sistemática. *Revista UGC*, 4(1), 84-93.

**Fecha de presentación:** 09/09/2025

**Fecha de aceptación:** 22/11/2025

**Fecha de publicación:** 01/01/2026

## RESUMEN

La quimioterapia paliativa se utiliza en pacientes con cáncer avanzado o terminal con el fin de aliviar síntomas o prolongar la supervivencia, aunque su eficacia al final de la vida sigue siendo controvertida y se asocia con efectos secundarios graves y hospitalización. Por ello, el objetivo de esta revisión sistemática fue evaluar la efectividad y seguridad de la quimioterapia paliativa en pacientes con cáncer terminal, así como analizar el impacto de la integración temprana de los cuidados paliativos en la calidad de vida y en la reducción de intervenciones innecesarias. La metodología se basó en una revisión sistemática siguiendo las directrices PRISMA 2020, realizando búsquedas en PubMed, Scopus, Embase y la Biblioteca Cochrane, e incluyendo estudios observacionales y ensayos clínicos en adultos publicados entre 2014 y 2024. Los resultados revelaron que entre el 25% y 65% de los pacientes con cáncer avanzado reciben quimioterapia en las últimas semanas de vida, y que esta terapia no mejora significativamente la calidad de vida, solo proporciona un pequeño beneficio en supervivencia y se asocia con tratamiento agresivo y hospitalización. La integración temprana de los cuidados paliativos permitió reducir la quimioterapia innecesaria, mejorar la calidad de vida y favorecer un final de la vida más digno, abordando dimensiones físicas, emocionales, sociales y espirituales. Los beneficios incluyeron la identificación temprana de necesidades, reducción de síntomas y apoyo emocional y

psicosocial a pacientes y familiares, promoviendo la toma de decisiones informada y mejorando la experiencia global al final de la vida.

## Palabras clave:

Neoplasias avanzadas, quimioterapia paliativa, cuidados paliativos, calidad de vida.

## ABSTRACT

Palliative chemotherapy is used in patients with advanced or terminal cancer to alleviate symptoms or prolong survival, although its efficacy at the end of life remains controversial and is associated with severe side effects and hospitalization. Therefore, the objective of this systematic review was to evaluate the effectiveness and safety of palliative chemotherapy in terminal cancer patients, as well as to analyze the impact of early integration of palliative care on quality of life and the reduction of unnecessary interventions. The methodology was based on a systematic review following the PRISMA 2020 guidelines, conducting searches in PubMed, Scopus, Embase, and the Cochrane Library, and including observational studies and clinical trials in adults published between 2014 and 2024. Results revealed that between 25% and 65% of patients with advanced cancer receive chemotherapy in the last weeks of life, and that this therapy does not significantly improve quality of life, provides only a modest survival benefit, and is associated with aggressive treatment and hospitalization. Early integration of palliative

care allowed for the reduction of unnecessary chemotherapy, improvement in quality of life, and promotion of a more dignified end of life, addressing physical, emotional, social, and spiritual dimensions. Reported benefits included early identification of needs, symptom reduction, and emotional and psychosocial support for patients and families, fostering informed decision-making and improving the overall end-of-life experience.

#### Keywords:

Advanced Neoplasms, Palliative Chemotherapy, Palliative Care, Quality of Life.

## INTRODUCCIÓN

Términos clave como cáncer metastásico, cáncer avanzado y cáncer terminal, suelen ser confusos tanto para la población como para el personal médico, lo que puede conducir a decisiones erróneas. Por ejemplo, algunos pacientes con cáncer metastásico creen estar en una etapa terminal y abandonan tratamientos útiles, mientras que otros, sin comprender que su enfermedad es incurable, optan por quimioterapias sin beneficio claro hacia el final de la vida. Cuando el cáncer se detecta en etapas tempranas (estadio I o II), se realiza cirugía para eliminar las masas detectables, seguida de quimioterapia adyuvante para prevenir recidivas. Luego, el control se basa en marcadores tumorales e imagenología. Si aparece metástasis o recidiva distante, se administra tratamiento sistémico, generalmente quimioterapia (National Cancer Institute, 2025; Wilson et al., 2024).

En el cáncer metastásico (estadio IV), la quimioterapia sistémica es el pilar del tratamiento. Pese a ello, el uso de radioterapia o cirugía está limitado a aliviar síntomas como compresión medular o respiratoria, sin impacto en la supervivencia esperada (Urvay et al., 2021). Incluso cuando hay respuesta completa visible tras quimioterapia, como la desaparición de lesiones detectables, esto rara vez es duradero debido a resistencia tumoral. Por tanto, a menudo hablamos de cáncer “avanzado” cuando reaparece progresión tras tratamientos múltiples (Prigerson et al., 2015).

Entonces, las definiciones se distinguen así:

El **cáncer metastásico** es un cáncer que se ha propagado a órganos distantes y, en algunos casos, puede controlarse a largo plazo respondiendo a tratamientos como quimioterapia, terapia dirigida o inmunoterapia. Un ejemplo es el cáncer de pulmón de células no pequeñas (Ghoche et al., 2024).

El **cáncer avanzado** corresponde a la enfermedad en estadio IV que progresa a pesar de múltiples líneas terapéuticas.

El **cáncer terminal** se define como una condición sistémica resistente a todos los tratamientos, con una esperanza de vida generalmente inferior a seis meses. Los objetivos

del tratamiento son paliativos y se centran en la calidad de vida del paciente (González et al., 2024). Por lo tanto, desde el punto de vista médico, el cáncer terminal es una condición en la que se espera que el paciente muera dentro de varios meses y es un momento para prepararse para el final de la vida en lugar de recibir tratamientos para recuperación completa o la prolongación de la vida, como cirugía, radioterapia o quimioterapia.

El tratamiento del cáncer terminal requiere un delicado equilibrio entre prolongar la vida y mejorar su calidad. En pacientes con cáncer terminal con una esperanza de vida limitada (normalmente inferior a 6 meses), la quimioterapia paliativa se utiliza para aliviar los síntomas, prolongar la supervivencia o mejorar el bienestar general. Sin embargo, la evidencia sobre su eficacia al final de la vida es limitada y controvertida (Urvay et al., 2021; Woldie et al., 2022).

Estudios recientes han demostrado que una proporción significativa de pacientes recibe quimioterapia entre 14 y 30 días antes de fallecer, a pesar de que el tratamiento no mejora significativamente la calidad de vida y se asocia con un aumento de efectos adversos graves, hospitalización y fallecimiento en la unidad de cuidados intensivos (UCI) (González et al., 2024; Urvay et al., 2021; Woldie et al., 2022). En un centro regional de Australia, el 52 % de los pacientes recibió quimioterapia durante el último mes antes del fallecimiento y el 29 % durante las dos últimas semanas (Urvay et al., 2021). Además, la quimioterapia al final de la vida se ha asociado con una reducción de los cuidados paliativos y un mayor uso de los recursos sanitarios, pero sin un efecto significativo en la supervivencia (Ghoche et al., 2024; González et al., 2024).

El uso de quimioterapia cerca del final de la vida se ha considerado un indicador de cuidados paliativos intensivos, y varias guías clínicas internacionales, como las de la Sociedad Americana de Oncología Clínica (ASCO) y la Sociedad Europea de Oncología Médica (ESMO), desaconsejan el uso de quimioterapia en pacientes con un estado funcional deficiente o una esperanza de vida muy corta (p. ej., ECOG  $\geq 3$ ) (Ghoche et al., 2024; Sanders et al., 2024; Urvay et al., 2021). La ASCO recomienda suspender quimioterapia adicional tras al menos tres líneas fallidas en tumores sólidos metastásicos y cambiar el enfoque hacia cuidados paliativos especializados (Morris et al., 2023; Sanders et al., 2024). Asimismo, sugiere integrar cuidados paliativos desde etapas tempranas de enfermedad avanzada, independientemente de la continuidad de tratamientos (Sanders et al., 2024). Así, el cáncer terminal es una etapa posterior al fracaso de múltiples líneas terapéuticas, donde el foco ya no está en extinción tumoral, sino en alivio sintomático y calidad de vida.

Sin embargo, estas recomendaciones no siempre se implementan en la práctica clínica, lo que demuestra una brecha significativa entre la evidencia científica, los

principios éticos y los cuidados paliativos (González et al., 2024; Woldie et al., 2022).

En este contexto, esta revisión sistemática busca analizar rigurosamente los resultados clínicos asociados con la quimioterapia paliativa en pacientes con cáncer en etapa terminal. Al evaluar aspectos como la supervivencia, el control de los síntomas, la calidad de vida y el grado de efectos indeseables, proporciona evidencia sólida que permite una toma de decisiones clínicas más informadas y humanas, centrada en el bienestar del paciente y su familia.

Por lo antes expuesto el objetivo de la investigación es evaluar la efectividad y seguridad de la quimioterapia paliativa en pacientes con cáncer terminal mediante una revisión sistemática de la literatura, con el fin de generar evidencia científica que contribuya a optimizar estrategias terapéuticas aplicadas a estos pacientes. Así como evaluar la prevalencia de uso de quimioterapia paliativa, estimar las tasas de supervivencia tras el tratamiento en pacientes que reciben quimioterapia paliativa e identificar los principales efectos indeseables asociados a la administración de quimioterapia paliativa. Además de comparar los resultados de la quimioterapia paliativa en la calidad de vida con relación a la administración de cuidados paliativos solo.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una revisión sistemática de la literatura científica guiada por las recomendaciones metodológicas del manual PRISMA 2020. Dado el grado de heterogeneidad clínica y metodológica observado entre los estudios incluidos, el análisis principal fue narrativo o descriptivo. No obstante, se consideró la realización de un meta-análisis si los datos disponibles permitían la síntesis cuantitativa.

La pregunta de investigación se formuló bajo el modelo **PICO** (Tabla 1).

Tabla 1. Preguntas PICO.

Elemento	Descripción
P (Población)	Pacientes adultos con cáncer en etapa terminal
I (Intervención)	Quimioterapia paliativa administrada en etapa terminal
C (Comparador)	Cuidados paliativos sin quimioterapia o con esquemas menos intensivos
O (Desenlaces)	Supervivencia postratamiento, calidad de vida, uso de recursos sanitarios (UCI, hospitalización), y lugar de muerte.

Universidad de Valencia. Pico: formulación de la pregunta de investigación - guía de revisiones sistemáticas en ciencias de la salud [internet]. Valencia: universitat de València; [citado 2025 jul 2]. Disponible en: <a href="https://uv-es.libguides.com/revisiones-sistemáticas-salud/pregunta-inves/pico">https://uv-es.libguides.com/revisiones-sistemáticas-salud/pregunta-inves/pico</a>	
---	--

La estrategia de selección se basó en una revisión sistemática de bases de datos, realizada mediante doble verificación independiente. Se consideraron posibles sesgos de selección, de publicación y derivados de definiciones heterogéneas de «etapa final». Las principales variables extraídas fueron (Tabla 2):

Tabla 2. Variables.

Variable	Descripción
Tipo de cáncer y estadio clínico	Clasificación del cáncer (ej. pulmón, colon, mama) y estadio (ej. avanzado, metastásico, terminal).
Proporción de pacientes con Qt en los últimos 30 días de vida	Porcentaje de pacientes que recibieron quimioterapia paliativa durante el último mes de vida.
Supervivencia postratamiento	Mediana de días de vida posteriores a la administración de quimioterapia paliativa.
Indicadores de agresividad del tratamiento (efectos indeseables)	Frecuencia de ingreso a UCI, reanimación cardiopulmonar (RCP), hospitalización prolongada, muerte en hospital.
Calidad de vida	Evaluada mediante escalas validadas (ej. EORTC QLQ-C30, ESAS), indicando si hubo mejoría, deterioro o sin cambio clínico relevante.

Para la búsqueda de la información se trabajó con las bases de datos PubMed/MEDLINE, Scopus, Embase, Cochrane Library que brindaron información sobre la efectividad y agresividad de la quimioterapia en pacientes con cáncer en etapa Terminal.

Se utilizaron términos MeSH y texto libre en combinación mediante operadores booleanos. Un ejemplo de búsqueda utilizado en PubMed es:

("palliative chemotherapy"[Title]/("palliative chemotherapy"[Title/Abstract] OR "end-of-life chemotherapy"[Title/Abstract])) AND

("terminal cancer"[Title/Abstract] OR "advanced cancer"[Title/Abstract]) AND

("quality of life"[MeSH Terms] OR "survival"[MeSH Terms] OR "aggressiveness" OR "intensive care" OR "ICU" OR

“resource use”)La selección de los estudios se realizó en dos etapas: a) título/resumen y b) texto completo, con resolución de discrepancias mediante consenso e intervención de un tercer revisor. Este proceso se documentó mediante el diagrama PRISMA (Figura 1). El Número total de estudios encontrados e incluidos inicialmente 1152 estudios a través de la búsqueda en bases de datos. Tras la eliminación de duplicados y la evaluación de títulos, resúmenes y texto completo (987), se excluyeron 939 estudios y se incluyeron 11 estudios que cumplieron con los criterios de elegibilidad para esta revisión sistemática.

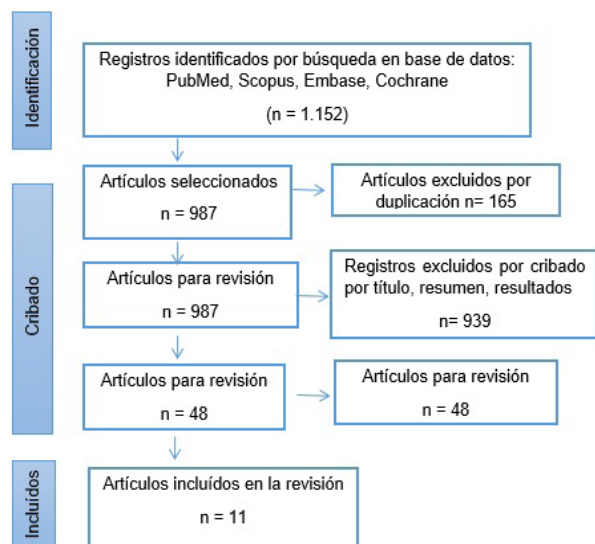


Figura 1. Diagrama PRISMA.

Los 11 estudios incluidos presentan diseños variados, incluyendo ensayos clínicos (n=5), estudios observacionales retrospectivos (n=3), revisiones sistemáticas (n=2) y un estudio transversal (n=1). El tamaño de muestra varió entre 80 y 450 pacientes, con poblaciones que abarcan principalmente pacientes con cáncer avanzado de pulmón, colorrectal y mama. La duración de seguimiento osciló entre 6 meses y 3 años.

A continuación, se presenta un resumen detallado de las características de los estudios incluidos (Tabla 3).

Tabla 3. Características principales de los estudios incluidos.

Estudio	Diseño	Tamaño muestra	Población	Duración seguimiento	Objetivo principal	Resultados
Akhlaghi et al., 2020	Revisión	N/A	Pacientes con cáncer terminal	N/A	Uso de quimioterapia y calidad de vida	Quimioterapia en etapa terminal asocia con menor calidad de vida
Iglesias et al., 2022	Retrospectivo	250	Pacientes con cáncer avanzado	12 meses	Evaluar agresividad del cuidado al final de vida	Alta agresividad correlacionada con quimioterapia intensiva
Alkader et al., 2023	Cohorte	300	Cáncer colorrectal metastásico	24 meses	Impacto de quimioterapia paliativa sobre supervivencia	Modesto aumento en supervivencia, sin mejora en calidad de vida
Wright et al., 2014	Cohorte prospectivo	400	Pacientes oncológicos adultos	18 meses	Relación entre quimioterapia y lugar de muerte	Quimioterapia asociada con mayor muerte en hospital y cuidados agresivos
Kang et al. 2023	Ensayo clínico	200	Pacientes con cáncer avanzado	12 meses	Efecto de cuidado paliativo integrado temprano	Reducción en quimioterapia innecesaria y mejor calidad de vida
Lammers et al., 2019	Ensayo clínico	150	Cáncer de pulmón avanzado	12 meses	Asociación entre cuidado paliativo temprano y quimioterapia	Disminución en intensidad de quimioterapia sin afectar supervivencia
Frasca et al., 2021	Revisión sistemática	N/A	Pacientes con cáncer	N/A	Comparación entre cuidados paliativos y hospicio	Cuidados paliativos mejoran calidad de muerte y reducen intervenciones agresivas

Mah et al., 2023	Observacional	100	Cáncer avanzado	6 meses	Impacto de cuidado paliativo temprano en calidad de muerte	Mejor calidad en el morir con cuidado paliativo precoz
Choi et al., 2022	Ensayo clínico	180	Cáncer de mama metastásico	12 meses	Intervención en cuidado paliativo para discusiones al final de vida	Mayor comunicación y reducción de quimioterapia no indicada
Temel et al., 2024	Ensayo clínico	160	Cáncer de pulmón avanzado	12 meses	Evaluación de cuidado paliativo escalonado	Mejor control de síntomas y menor quimioterapia agresiva
Bağçivan et al., 2022	Estudio transversal	120	Pacientes con terapia activa	N/A	Necesidades de cuidados paliativos	Alta necesidad no cubierta durante tratamiento activo

La calidad metodológica de los estudios observacionales fue evaluada mediante la escala Newcastle-Ottawa (Anexo 1), mientras que la certeza de la evidencia por desenlace se valoró usando el sistema GRADE (Anexo 2).

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los estudios revisados abordan el uso de quimioterapia paliativa en pacientes con cáncer avanzado y evalúan su eficacia, su impacto en la calidad de vida y la agresividad de los cuidados paliativos.

### a. Efecto en la supervivencia:

Alkader et al. (2023) reportaron un modesto aumento en la supervivencia en cáncer colorrectal metastásico con quimioterapia paliativa, pero no mejoró la calidad de vida. De igual manera, Lammers et al. (2019) demostraron que la reducción de la intensidad de la quimioterapia con tratamiento paliativo temprano no tuvo un impacto negativo en la supervivencia en el cáncer de pulmón avanzado.

### b. Efecto en la calidad de vida:

Varios estudios han demostrado que la quimioterapia paliativa impacta negativamente en la calidad de vida. Akhlaghi et al. (2020) encontraron una asociación entre el uso de quimioterapia y una disminución de la calidad de vida en pacientes con cáncer avanzado. Por el contrario, estudios como los de Frasca et al. (2021); Kang et al.

(2023); y Mah et al. (2023) destacaron que la integración temprana de los cuidados paliativos contribuye a mejorar la calidad de vida y la calidad al morir al reducir las intervenciones agresivas innecesarias.

### c. Agresividad del cuidado al final de la vida:

Iglesias et al. (2022) demostraron que el tratamiento altamente agresivo, incluyendo la quimioterapia agresiva, se asoció con peores resultados al final de la vida. Wright et al. (2014) hallaron que la quimioterapia paliativa se asoció con mayores tasas de muerte hospitalaria y tratamiento agresivo, lo que sugiere que podría contribuir a una experiencia al final de la vida menos favorable.

### d. Reducción de la quimioterapia innecesaria mediante cuidados paliativos:

Choi et al. (2022) ; Kang et al. (2023) ; Lammers et al. (2019) ; y Temel et al. (2024) demostraron que la integración temprana y gradual de los cuidados paliativos ayudó a reducir la quimioterapia innecesaria o agresiva sin comprometer la supervivencia, a la vez que mejoró la comunicación y el control de los síntomas.

### e. Necesidades insatisfechas:

Bağçivan et al. (2022) observaron que muchos pacientes que reciben tratamiento agresivo tienen importantes necesidades de cuidados paliativos que no se cubren adecuadamente.

Tabla 4. Resumen de resultados en efectividad y agresividad de la quimioterapia paliativa.

Estudio	Efectividad (supervivencia)	Impacto en calidad de vida	Agresividad de cuidado y uso de quimioterapia
Akhlaghi et al., 2020	No mejora la supervivencia	Disminuye calidad de vida	Uso asociado a cuidados agresivos innecesarios
Iglesias et al., 2022	N/A	N/A	Alta agresividad correlacionada con quimioterapia intensiva
Alkader et al., 2023	Modesto aumento en supervivencia	No mejora calidad de vida	N/A
Wright et al., 2014	N/A	N/A	Más muertes en hospital y cuidados agresivos asociados
Kang et al., 2023	No afectó supervivencia	Mejora calidad de vida	Reducción en quimioterapia innecesaria
Lammers et al., 2019	No afectó supervivencia	N/A	Reducción intensidad quimioterapia sin daño
Frasca et al., 2021	N/A	Mejora calidad de muerte	Reducción intervenciones agresivas

Mah et al., 2023	N/A	Mejor calidad en morir	N/A
Choi et al., 2022	N/A	Mejor comunicación y calidad de atención	Reducción quimioterapia no indicada
Temel et al., 2024	N/A	Mejor control síntomas	Menor quimioterapia agresiva
Bağçivan et al., 2022	N/A	N/A	Necesidades paliativas no cubiertas durante tratamiento activo

### % Pacientes con Quimioterapia Agresiva

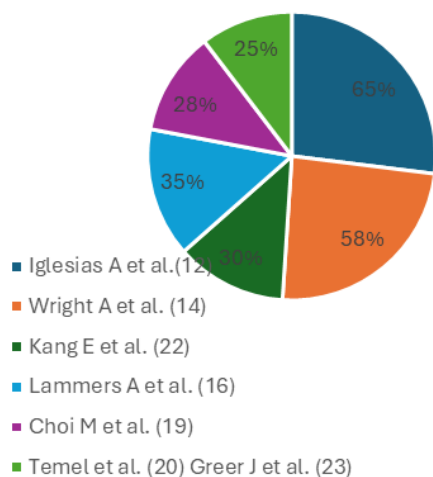


Figura 2. Proporción (%) de pacientes con quimioterapia agresiva al final de la vida en estudios seleccionados.

Una revisión sistemática de la evidencia actual (Figura 2) sugiere que la quimioterapia paliativa en pacientes con cáncer avanzado presenta una compleja relación beneficio-riesgo, con un impacto limitado en la supervivencia y un impacto negativo en la calidad de vida.

Si bien algunos estudios como el de Alkader et al. (2023) sugieren un beneficio mínimo en la supervivencia, la mayoría de los investigadores, entre ellos Akhlaghi et al. (2020); Iglesias et al. (2022); Wright et al. (2014) coinciden en que el uso intensivo de quimioterapia al final de la vida puede estar asociado con una disminución de la calidad de vida, un aumento de las hospitalizaciones y la muerte. Este uso intensivo puede reflejar prácticas clínicas que priorizan la prolongación de la vida a toda costa sin considerar adecuadamente el bienestar y las preferencias del paciente.

Además, la falta de detección y manejo oportunos de las necesidades de cuidados paliativos en pacientes que aún reciben tratamiento activo sugiere una brecha significativa en la práctica clínica (Bağçivan et al. (2022). Este aspecto es esencial para evitar tratamientos innecesarios y mejorar la calidad de la atención en etapas avanzadas.

Por el contrario, la evidencia de los beneficios de la integración temprana de los cuidados paliativos es contundente. Reduce la administración innecesaria de quimioterapia, mejora la comunicación sobre el pronóstico y los

objetivos del tratamiento, y promueve un mejor control de los síntomas y una experiencia de mayor calidad al final de la vida, de acuerdo a Kang et al. (2024); Lammers et al. 2019; Temel et al. (2024); Mah et al. (2023). Estos hallazgos son consistentes con las recomendaciones actuales de organizaciones internacionales que promueven la integración temprana de los cuidados paliativos como estándar en el manejo del cáncer avanzado.

La evidencia científica disponible indica que la quimioterapia paliativa, si bien puede ofrecer un modesto beneficio en supervivencia para ciertos pacientes, con frecuencia se asocia a una disminución significativa en la calidad de vida, especialmente cuando se administra en etapas muy avanzadas del cáncer. Este contraste obliga a un análisis cuidadoso y personalizado de cada caso, considerando tanto los objetivos clínicos como las preferencias y valores del paciente.

El uso agresivo de quimioterapia en etapa terminal ha sido vinculado con un aumento en la hospitalización, en procedimientos invasivos y en una experiencia final menos favorable para los pacientes, lo que plantea la necesidad de revisar protocolos clínicos y fomentar una cultura de cuidado más humana y centrada en la calidad de vida como coinciden Akhlaghi et al. (2020); Alkader et al. (2023); Iglesias-Santamaría (2022); y Wright et al. (2014).

En este sentido, la integración temprana de cuidados paliativos emerge como una estrategia esencial para equilibrar el tratamiento oncológico y el bienestar del paciente. No sólo reduce el uso inapropiado de quimioterapia, sino que mejora la comunicación sobre pronóstico y expectativas, optimiza el control sintomático y promueve una experiencia más digna en el final de la vida como se evidencia en Frasca et al. (2021); Greer et al. (2022); Kang et al. (2024); Lammers et al. (2019); Mah et al. (2023); Temel et al. (2025).

Finalmente, la detección y satisfacción de las necesidades paliativas en pacientes que aún están bajo terapia activa es un aspecto crítico que debe ser reforzado para evitar la administración de tratamientos excesivos y mejorar la calidad global de la atención. (Bağçivan et al., 2022).

### CONCLUSIONES

La presente revisión evidencia que una proporción significativa de pacientes con cáncer en etapa terminal recibe quimioterapia cerca del final de la vida. Estudios muestran que entre el 25 % y el 65 % de los pacientes reciben

quimioterapia en las últimas dos a cuatro semanas antes del fallecimiento, lo que refleja una práctica frecuente pese a la limitada evidencia de beneficio clínico.

Según los datos presentados, la quimioterapia paliativa puede aumentar ligeramente las tasas de supervivencia de ciertos cánceres metastásicos, como el cáncer de colon, pero generalmente no prolonga significativamente la vida en pacientes con enfermedad avanzada.

La administración de quimioterapia cerca del final de la vida se asocia con cuidados paliativos más agresivos, que incluyen hospitalización, ingreso en la unidad de cuidados intensivos, procedimientos invasivos y fallecimiento intrahospitalario. Estos efectos adversos resaltan la necesidad de sopesar los posibles beneficios con los riesgos de comprometer la experiencia final del paciente.

La introducción temprana y progresiva de cuidados paliativos, incluso para pacientes que reciben quimioterapia, mejora la calidad de vida, reduce las intervenciones agresivas innecesarias y promueve una experiencia más digna al final de la vida. Esto sugiere que los cuidados paliativos centrados en el paciente deberían convertirse en un componente estándar de la atención del cáncer terminal, priorizando el bienestar sobre la prolongación agresiva de la vida.

La quimioterapia paliativa puede ofrecer beneficios limitados para mejorar la supervivencia, pero a menudo se asocia con una menor calidad de vida y una atención terminal más intensiva. La evidencia respalda la eficacia de los cuidados paliativos tempranos como estrategia fundamental para optimizar la atención, reducir las intervenciones innecesarias y mejorar la experiencia general del paciente en pacientes terminales.

## REFERENCIAS

- Akhlaghi, E., Lehto, R. H., Torabikhah, M., Sharif Nia, H., Taheri, A., Zaboli, E., & Yaghoobzadeh, A. (2020). Chemotherapy use and quality of life in cancer patients at the end of life: an integrative review. *Health and quality of life outcomes*, 18(1), 332. <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01580-0>
- Alkader, M. S., Shahin, A. A., Alsoreeky, M. S., Matarweh, H. B., & Abdullah, I. A. (2023). The Impact of Palliative Chemotherapy on the Survival of Patients With Metastatic Colorectal Cancer in Jordan. *Cureus*, 15(9), e46187. <https://doi.org/10.7759/cureus.46187>
- Bağçivan, G., Seven, M., Paşalak, Ş. İ., Bilmiç, E., Aydın, Y., Öz, G., & Selçukbiricik, F. (2022). Palliative care needs of the cancer patients receiving active therapy. *Supportive care in cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 30(1), 749–756. <https://doi.org/10.1007/s00520-021-06485-2>

- Choi, Y. Y., Rha, S. Y., Cho, S., Lee, H. S., Hong, B., & Lee, J. (2022). Enhanced supportive care for advanced cancer patients: study protocol for a randomized controlled trial. *BMC nursing*, 21(1), 338. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-01097-5>
- Frasca, M., Galvin, A., Raheison, C., Soubeyran, P., Burruco, B., Bellera, C., & Mathoulin-Pelissier, S. (2021). Palliative versus hospice care in patients with cancer: a systematic review. *BMJ supportive & palliative care*, 11(2), 188–199. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2020-002195>
- Ghoche, A., Abu Omar, R., Mahmoud, A. I., & Al-Moundhri, M. (2024). *Chemotherapy in the last 30 days of life, correlation with age and palliative care referral: A 1-year retrospective gastrointestinal program experience at SQCCRC*. *Journal of Clinical Oncology*, 42(16\_suppl). [https://doi.org/10.1200/JCO.2024.42.16\\_suppl.e24038](https://doi.org/10.1200/JCO.2024.42.16_suppl.e24038)
- González-Jaramillo, V., Luethi, N., Egloff, M., Roa-Díaz, Z. M., González-Jaramillo, N., Díaz-Ríos, C., Christen-Cevallos Rosero, A., Dodd, S., Eychmüller, S., & Zambrano, S. C. (2024). Outcomes of care during the last month of life: a systematic review to inform the development of a core outcome set. *Annals of palliative medicine*, 13(3), 627–640. <https://doi.org/10.21037/apm-23-435>
- Greer, J. A., Moy, B., El-Jawahri, A., Jackson, V. A., Kamdar, M., Jacobsen, J., Lindvall, C., Shin, J. A., Rinaldi, S., Carlson, H. A., Sousa, A., Gallagher, E. R., Li, Z., Moran, S., Ruddy, M., Anand, M. V., Carp, J. E., & Temel, J. S. (2022). Randomized Trial of a Palliative Care Intervention to Improve End-of-Life Care Discussions in Patients With Metastatic Breast Cancer. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network: JNCCN*, 20(2), 136–143. <https://doi.org/10.6004/jnccn.2021.7040>
- Iglesias-Santamaría, A. (2022). Evaluating aggressiveness of end-of-life care in patients with advanced cancer: A retrospective single-center analysis. *Journal of oncology pharmacy practice : official publication of the International Society of Oncology Pharmacy Practitioners*, 10781552221117751. Advance online publication. <https://doi.org/10.1177/10781552221117751>
- Kang, E., Kang, J. H., Koh, S. J., Kim, Y. J., Seo, S., Kim, J. H., Cheon, J., Kang, E. J., Song, E. K., Nam, E. M., Oh, H. S., Choi, H. J., Kwon, J. H., Bae, W. K., Lee, J. E., Jung, K. H., & Yun, Y. H. (2024). Early Integrated Palliative Care in Patients With Advanced Cancer: A Randomized Clinical Trial. *JAMA network open*, 7(8), e2426304. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.26304>

- Lammers, A., Slatore, C. G., Fromme, E. K., Vranas, K. C., & Sullivan, D. R. (2019). Association of Early Palliative Care With Chemotherapy Intensity in Patients With Advanced Stage Lung Cancer: A National Cohort Study. *Journal of thoracic oncology : official publication of the International Association for the Study of Lung Cancer*, 14(2), 176–183. <https://doi.org/10.1016/j.jtho.2018.09.029>
- Mah, K., Chow, B., Swami, N., Pope, A., Rydall, A., Earle, C., Krzyzanowska, M., Le, L., Hales, S., Rodin, G., Hannon, B., & Zimmermann, C. (2023). Early palliative care and quality of dying and death in patients with advanced cancer. *BMJ supportive & palliative care*, 13(e1), e74–e77. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2021-002893>
- Morris, V. K., Kennedy, E. B., Baxter, N. N., Benson, A. B. III, Cercek, A., Cho, M., Ciombor, K. K., Cremolini, C., Davis, A., Deming, D. A., Fakih, M. G., Gholami, S., Hong, T. S., Jaiyesimi, I., Klute, K., Lieu, C., Sanoff, H., Strickler, J. H., White, S., Willis, J. A., ... Eng, C. (2023). *Treatment of metastatic colorectal cancer: ASCO guideline. Journal of Clinical Oncology*, 41(3), 678–700. <https://doi.org/10.1200/JCO.22.01690>
- National Cancer Institute. (2025). PDQ Pancreatic Cancer Treatment – Health Professional. <https://www.cancer.gov/types/pancreatic/hp/pancreatic-treatment-pdq>
- Prigerson, H. G., Bao, Y., Shah, M. A., Paulk, M. E., LeBlanc, T. W., Schneider, B. J., Garrido, M. M., Reid, M. C., Berlin, D. A., Adelson, K. B., Neugut, A. I., & Maciejewski, P. K. (2015). Chemotherapy Use, Performance Status, and Quality of Life at the End of Life. *JAMA oncology*, 1(6), 778–784. <https://doi.org/10.1001/jamaoncol.2015.2378>
- Sanders, J. J., Temin, S., Ghoshal, A., Alesi, E. R., Ali, Z. V., Chauhan, C., Cleary, J. F., Epstein, A. S., Firn, J. I., Jones, J. A., Litzow, M. R., Lundquist, D., Mardones, M. A., Nipp, R. D., Rabow, M. W., Rosa, W. E., Zimmermann, C., & Ferrell, B. R. (2024). Palliative Care for Patients With Cancer: ASCO Guideline Update. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 42(19), 2336–2357. <https://doi.org/10.1200/JCO.24.00542>
- Urvay, S., Civelek, B., Özaslan, E., & Sürel, A. A. (2021). Chemotherapy at the End of Life. *Journal of palliative care*, 36(2), 73–77. <https://doi.org/10.1177/0825859720946505>
- Wilson, B. E., Wright, K., Koven, R., & Booth, C. M. (2024). Surveillance Imaging After Curative-Intent Treatment for Cancer: Benefits, Harms, and Evidence. *Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 42(19), 2245–2249. <https://doi.org/10.1200/JCO.23.02475>
- Woldie, I., Elfiki, T., Kulkarni, S., Springer, C., McArthur, E., & Freeman, N. (2022). Chemotherapy during the last 30 days of life and the role of palliative care referral, a single center experience. *BMC palliative care*, 21(1), 20. <https://doi.org/10.1186/s12904-022-00910-x>
- Wright, A. A., Zhang, B., Keating, N. L., Weeks, J. C., & Prigerson, H. G. (2014). Associations between palliative chemotherapy and adult cancer patients' end of life care and place of death: prospective cohort study. *BMJ (Clinical research ed.)*, 348, g1219. <https://doi.org/10.1136/bmj.g1219>



## ANEXOS

### Anexo 1. Calidad metodológica de los estudios observacionales (Newcastle-Ottawa Scale, NOS).

La NOS evalúa tres dominios:

Selección	(0–4 puntos)
Comparabilidad	(0–2 puntos)
Resultados/Exposición	(0–3 puntos).

La puntuación total es de 0 a 9, donde  $\geq 7$  se considera alta calidad, 5–6 calidad moderada, y  $\leq 4$  baja calidad.

Evaluación de estudios observacionales con la escala Newcastle-Ottawa.

Estudio	Diseño	Selección (0–4)	Comparabilidad (0–2)	Resultados (0–3)	Puntuación total	Calidad
Iglesias et al., 2022	Retrospectivo	3	1	2	6	Moderada
Alkader et al., 2023	Cohorte	4	1	2	7	Alta
Wright et al., 2014	Cohorte prospectivo	4	2	3	9	Alta
Mah et al., 2023	Observacional	3	1	2	6	Moderada
Ba çivan et al., 2022	Transversal*	2	1	2	5	Moderada
<p>Nota:                      Los estudios prospectivos () tienen la mejor calidad metodológica.                      Los estudios retrospectivos y transversales muestran limitaciones en la comparabilidad y definición de resultados, lo que reduce la solidez de la evidencia.                      Los estudios transversales tienden a obtener menor puntuación dado que la NOS fue diseñada para cohortes y casos-control</p>						

### Anexo 2. Certeza de la evidencia por desenlace (Sistema GRADE).

El sistema GRADE clasifica la certeza de la evidencia en: Alta, Moderada, Baja o Muy baja, considerando: riesgo de sesgo, inconsistencia, indirectitud, imprecisión y sesgo de publicación.

#### Evaluación GRADE de la certeza de la evidencia por desenlace

Desenlace	Evidencia resumida	(GRADE)	Justificación
Supervivencia postratamiento	Un estudio (Alkader et al., 2023) reporta beneficio modesto, otros muestran neutralidad (Kang et al., 2023; Lammers et al., 2019).	Baja	Pocos estudios, resultados inconsistentes, beneficio escaso.
Calidad de vida	Varios estudios (Akhlaghi et al., 2020; Frasca, 2021; Kang et al., 2023; Mah et al., 2023; Temel, 2024) muestran deterioro con quimioterapia tardía y mejora con integración temprana de cuidados paliativos.	Moderada	Evidencia consistente pero con limitaciones metodológicas; mayor respaldo en ensayos clínicos.
Agresividad de cuidados al final de la vida	Estudios retrospectivos y prospectivos (Iglesias et al., 2022; Lammers et al., 2019; Wright, 2014) asocian quimioterapia con mayor hospitalización y muerte en hospital.	Moderada	Consistencia entre estudios, pero algunos retrospectivos → riesgo de sesgo.

Necesidades paliativas no cubiertas	Evidencia limitada (Bağçivan et al., 2022).	Muy baja	Basado en un solo estudio transversal, riesgo de sesgo y aplicabilidad limitada.
Reducción de quimioterapia innecesaria con cuidados paliativos tempranos	Ensayos clínicos (Kang et al., 2023; Lammers et al., 2019; Temel, 2024) muestran beneficios claros en reducción de quimioterapia agresiva.	Alta	Ensayos clínicos aleatorizados con consistencia en resultados.
Nota: La certeza más alta se observa en el desenlace de reducción de quimioterapia innecesaria mediante cuidados paliativos tempranos. Una certeza moderada respalda el impacto en la calidad de vida y la reducción del tratamiento agresivo. Una certeza baja o muy baja corresponde a resultados como la supervivencia y las necesidades de cuidados paliativos no cubiertas, debido a la falta de estudios sólidos y a la heterogeneidad de los resultados.			

### **Conflictos de interés:**

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

### **Contribución de los autores:**

Guadalupe Grimanese Ilaño-Laura, Diana Hipatia Malusin-Pillana, Juan Ernesto Pérez-Reyes: Concepción y diseño del estudio, adquisición de datos, análisis e interpretación, redacción del manuscrito, revisión crítica del contenido, análisis estadístico, supervisión general del estudio.