

**Cumplimiento y adherencia al tratamiento  
quimioterápico en los servicios de hospitalización  
domiciliaria.**

**Compliance and adherence to chemotherapy  
treatment in home hospitalization services.**



# RESUMEN

**Objetivo:** Este trabajo pretende revisar los estudios relacionados con pacientes oncológicos, tratados en su domicilio con quimioterapia. Con el objetivo de estudiar su viabilidad y seguridad para el paciente desde el punto de vista de la adherencia.

**Método:** Estudio descriptivo transversal y análisis crítico de los trabajos recuperados mediante revisión sistemática. Los datos se obtuvieron de la consulta a las siguientes bases de datos bibliográficas: MEDLINE (vía PubMed), Cochrane Library, Embase y Scopus. Los términos utilizados, como descriptores y como texto en los campos de registro del título y el resumen, fueron "Home Care Services", "Drug Therapy" y "Neoplasms", utilizando los filtros «Humans», «Adult: 19+ years» y «Clinical Trial».. La calidad documental de los artículos se evaluó mediante el cuestionario CONSORT.

**Resultados:** Se recuperaron 772 referencias, tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión quedaron 7 artículos. Solo dos artículos encontraron mejora significativa en la adherencia, mientras que 4 no encontraron diferencias significativas y 1 observó una disminución de esta. La mayoría de los estudios observaron que en la hospitalización a domicilio se daba una mejoría en la calidad de vida y que esta era preferida por los pacientes.

**Conclusiones:** Se está realizando incorrectamente la medida de la adherencia en la mayoría de estudios que se han revisado hasta el momento, además existen muy pocos estudios sobre el tema, por lo que no podemos llegar a un resultado claro en cuanto a la adherencia en hospitalización a domicilio. Se necesitan más estudios y un método de medida de adherencia mejor, el cual debería ser sensible y específico, permitir una medida cuantitativa y continua, fiable, reproducible, capaz de detectar cambios de adherencia en el tiempo y aplicable en diferentes situaciones, además de rápido y económico (28).

# ABSTRACT

**Objective:** This work aims to review studies related to cancer patients, treated at home with chemotherapy. In order to study its viability and safety for the patient from the point of view of adherence.

**Method:** Cross-sectional descriptive study and critical analysis of the works recovered through systematic review. Data were obtained from the query of the following database : MEDLINE (via PubMed), Cochrane Library, Embase and Scopus. Terms used, as descriptors and as text in the title and summary registration fields, were "Home Care Services", "Drug Therapy" and "Neoplasms", using the filters "Humans", "Adult: 19+ years" and "Clinical Trial". The documentary quality of the articles was assessed using the CONSORT questionnaire.

**Results:** 772 references were retrieved, after applying the inclusion and exclusion criteria, 7 articles remained. Only two articles found significant improvement in adherence, while 4 found no significant differences and 1 observed a decrease in this. Most of the studies observed that in hospitalization at home there was an improvement in the quality of life and this was preferred by the patients.

**Conclusions:** adherence measure is being carried out incorrectly in the majority of studies that have been reviewed so far, in addition there are very few studies on the subject, so we cannot reach a clear result about hospitalization adherence at home. More studies and a better adherence measurement method are needed, which should be sensitive and specific, allow a quantitative and continuous measure. That method must be reliable, reproducible, be able to detect changes in adherence over time and applicable in different situations, as well as fast and economical (28).

*Hernández*

# INTRODUCCIÓN

La hospitalización a domicilio (HAD) comienza como modelo asistencial en 1947 en el Hospital Universitario Guido Montefiore de Nueva York, con un desarrollo creciente y progresivo que no alcanzará a nuestro país hasta 1981, año en que el antiguo Hospital Provincial de Madrid (en la actualidad Hospital General Universitario Gregorio Marañón) pone en marcha la primera unidad de hospitalización a domicilio en España.

A lo largo de estos casi 70 años, la HAD ha luchado por conseguir un marco definitorio que la ubique dentro de los modelos organizativos sanitarios tanto a nivel internacional como nacional. La ausencia de este marco ha lastrado su desarrollo al coexistir modelos dispares que dificultaban la generación de evidencia científica en todos los aspectos y su comparación con la hospitalización convencional (1).

Hoy en día, nadie duda de que la HAD aporta ventajas como alternativa a la hospitalización convencional. Actualmente existe evidencia acerca de dichas ventajas en lo que respecta a la eficacia, seguridad y al alto nivel de satisfacción de esta modalidad asistencial (2).

Por otro lado, el cáncer sigue constituyendo una de las principales causas de morbilidad del mundo, con aproximadamente 14 millones de casos nuevos en el mundo en el año 2012 (últimos datos disponibles a nivel mundial estimados por los proyectos EUCAN y GLOBOCAN, de la OMS). Las estimaciones poblacionales indican que el número de casos nuevos probablemente aumente en un 70 % en las próximas décadas, alcanzando los 24 millones de casos aproximadamente en el año 2035 (3).

Además, durante las dos últimas décadas también se ha producido un considerable desarrollo tecnológico (bombas de infusión, monitores, aparatos de oxigenoterapia y nebulizadores portátiles) que permiten tratar en el domicilio procesos que anteriormente requerían de ingreso hospitalario. (4)

La preocupación por la adherencia al tratamiento cobró importancia en la segunda mitad del siglo XX, cuando los avances de las ciencias médicas hicieron que los tratamientos fueran más seguros y eficaces, pero donde la falta de cumplimiento seguía generando la no resolución del motivo de indicación y la aparición de problemas concomitantes. Esta compleja situación continúa siendo un problema vigente (5)

Una serie de revisiones rigurosas han encontrado que, en los países desarrollados, la adherencia entre pacientes que padecen enfermedades crónicas promedia solo el 50% (6, 7). Se supone que la magnitud y el impacto de la mala adherencia en los países en desarrollo son aún mayores dada la escasez de recursos de salud y las desigualdades en acceso a la asistencia sanitaria (8).

Por todo lo anteriormente expuesto, en este trabajo se pretende revisar los estudios relacionados con pacientes oncológicos, tratados en su domicilio con quimioterapia. Con el objetivo de estudiar su viabilidad y seguridad para el paciente desde el punto de vista de la adherencia.

# MÉTODOS

## Diseño

Estudio descriptivo transversal y análisis crítico de los trabajos recuperados mediante revisión sistemática.

## Fuente de obtención de los datos

Los datos se obtuvieron por consulta directa y acceso, vía internet, a las siguientes bases de datos bibliográficas del ámbito de las ciencias de la salud: MEDLINE (vía PubMed), The Cochrane Library, Embase y Scopus.

## Tratamiento de la información

Para definir los términos de la búsqueda se consultó el *Thesaurus* desarrollado por la U.S. National Library of Medicine, conformando la sintaxis de búsqueda final mediante la intersección booleana de tres ecuaciones: (ecuación 1) AND (ecuación 2) AND (ecuación 3).

- Ecuación 1: Servicios de Atención de Salud a Domicilio (Home Care Services) “Home Care Services”[MeSH] OR “Home Care”[Title/Abstract] OR “Domiciliary Care”[Title/Abstract] OR “Home Care Services, Hospital-Based”[Mesh] OR “Hospital-Based Home Care”[All Fields] OR “Hospital Based Home Care”[Title/Abstract] OR “Hospital Home Care Services”[Title/Abstract] OR “Hospital-Based Home Care Services”[Title/Abstract] OR “Hospital Based Home Care Services”[Title/Abstract] OR “Home Hospitalization”[Title/Abstract] OR “Hospital at Home”[Title/Abstract] OR “Hospital-at-Home”[Title/Abstract] OR “Hospital Home Care”[Title/Abstract] OR “Hospital at Home Care”[Title/Abstract] OR “Hospital in the Home”[Title/Abstract]
- Ecuación 2: “Drug Therapy”[Mesh] OR “Drug Therapy”[Title/Abstract] OR “Drug Therapies”[Title/Abstract] OR “Chemotherapy”[Title/Abstract] OR “Chemotherapies”[Title/Abstract] OR “Pharmacotherapy”[Title/Abstract] OR “Pharmacotherapies”[Title/Abstract] OR “Cytostatic Agents”[Mesh] OR “Cytostatic Agents”[Title/Abstract] OR “Cytostatics”[Title/Abstract] OR “Cytostatic Drugs”[Title/Abstract] OR “Antineoplastic Drugs”[Title/Abstract] OR “Antineoplastics”[Title/Abstract] OR “Chemotherapeutic Anticancer Drug”[Title/Abstract] OR “Antitumor Drugs”[Title/Abstract] OR “Cancer Chemotherapy Agents”[Title/Abstract] OR “Cancer Chemotherapy Drugs”[Title/Abstract] OR “Chemotherapeutic Anticancer Agents”[Title/Abstract] OR “Anticancer Agents”[Title/Abstract] OR “Antitumor Agents”[Title/Abstract] OR “Antineoplastic Agents/drug therapy”[Mesh]

- Ecuación 3: “Treatment Adherence and Compliance”[Mesh] OR “Treatment Adherence and Compliance”[Title/Abstract] OR “Patient Acceptance of Health Care”[Title/Abstract] OR “Patient Compliance”[Title/Abstract] OR “Patient Dropouts”[Title/Abstract] OR “Patient Participation”[Title/Abstract] OR “Patient Satisfaction”[Title/Abstract] OR “Patient Preference”[Title/Abstract] OR “Treatment Refusal”[Title/Abstract] OR “Patient Acceptance of Health Care”[Title/Abstract] OR “Patient Dropouts”[Title/Abstract] OR “Patient Adherence”[Title/Abstract] OR “Patient Cooperation”[Title/Abstract] OR “Patient Non-Compliance”[Title/Abstract] OR “Patient Non Compliance”[Title/Abstract] OR “Patient Nonadherence”[Title/Abstract] OR “Patient Noncompliance”[Title/Abstract] OR “Patient Non-Adherence”[Title/Abstract] OR “Patient Non Adherence”[Title/Abstract] OR “Treatment Compliance”[Title/Abstract] OR “Treatment Compliances”[Title/Abstract] OR “Therapeutic Compliance”[Title/Abstract] OR “Therapeutic Compliances”[Title/Abstract]

La ecuación de búsqueda final se desarrolló para su empleo en la base de datos MEDLINE, vía PubMed, utilizando los filtros: “Humans”, “Adult 19+ years” y “Clinical Trial”.

Esta estrategia se adaptó a las características de cada una del resto de las bases de datos consultadas. La búsqueda se realizó mediante un examen del listado bibliográfico de los artículos mostrados por las bases de datos, comenzando por los artículos más recientes.

### **Selección final de los artículos**

Se escogieron para su estudio los artículos que cumplieron los siguientes criterios: adecuarse a los objetivos de la búsqueda, estar publicados en revistas revisadas por pares y escritos en inglés, español o portugués. Se excluyeron aquellos no realizados en humanos, los que incluían menores de edad o que no trataran sobre el tema de estudio.

### **Evaluación de la calidad metodológica**

Para valorar la calidad de los documentos seleccionados se utilizaron las directrices para la publicación de estudios observacionales CONSORT (Consolidated Standards of Reporting Trials) (9), el cual está formado por un listado de 25 aspectos o ítems esenciales que deben describirse en la publicación de dichos estudios. Para cada artículo se asignó un punto por cada ítem presente (en caso de no ser aplicable no puntúa). Cuando un ítem estaba compuesto por varios puntos, estos se evaluaban de forma independiente, dándole el mismo valor a cada uno de ellos y realizándose posteriormente un promedio de tal forma que en ningún caso se pudiera superar la puntuación de un punto por ítem.

### **Extracción de los datos**

Se usaron dobles tablas para el control de la corrección de los datos que permitieron la detección de las desviaciones de su subsanación mediante nueva consulta a los documentos originales

Para determinar la actualidad de los artículos se calculó el semiperiodo de Burton-Kebler (la mediana de la edad) y el índice Price (porcentaje de los artículos con edad inferior a 5 años).

Los estudios se agruparon según las variables a estudiar, con el fin de sistematizar y facilitar la comprensión de los resultados, considerando los siguientes datos: primer autor de la referencia bibliográfica y año de publicación, tipo de estudio, población estudiada, país, tipo de cáncer, período de estudio, forma y frecuencia del tratamiento recibido, técnica para medir la adherencia, resultado observado en el estudio.

## RESULTADOS

De las diferentes búsquedas realizadas en las distintas bases de datos, se obtuvieron 772 referencias, de las cuales 56 (7,25%) fueron encontradas en Medline, 69 (8,93%) en Cochrane Library, 513 (66,45%) en Embase, 134 (17,35%) en Scopus. De todos ellos, 26 artículos fueron eliminados por estar repetidos en una o varias bases de datos. Finalmente tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión (figura 1), quedaron 7 (10,11,12,13,14,15,16) trabajos que cumplieron todos los requisitos propuestos y por tanto aceptados para su revisión y análisis crítico (tabla 1 y 2).

Los estudios revisados son en su totalidad ensayos clínicos, siendo el ensayo clínico fase II el más común (10,12,14). Todos los textos se encontraban redactados en inglés, 6 de ellos habían sido realizados en Europa y uno en Australia (16), siendo Reino Unido el país con más estudios sobre el tema (10,11,14). El trabajo más reciente es de Lal *et al* 2015 (10), mientras que el más obsoleto es el de King *et al* 2000 (16).

Al evaluar la calidad de los artículos para la revisión, mediante el cuestionario CONSORT, las puntuaciones oscilaron entre mínimo 9,5 y un máximo de 18 (sobre 25 ítems) con una mediana igual a 16,5 (tabla 3).

Los artículos elegidos presentaron una obsolescencia, según el índice de Burton Kebler (IBK) igual a 14 años, con índice Price (IP) del 11,11%. El artículo más actual fue Lal *et al*. 2015 (10).

La edad media de la población incluida era de 65,2 años. El trabajo con más personas incluidas fue el de Corrie *et al* 2013 (11) con N = 97, por el contrario el que menos incluyó fue el de Johansson *et al* (13) con N = 13.

El periodo de seguimiento osciló entre un mínimo de 3 semanas (13) y un máximo de 12 meses (15), con un promedio de 4,85 meses.

Las enfermedades más estudiadas, fueron el cáncer de colon (15,16) y el mieloma múltiple (17,18). Algunos trabajos estudiaron varios tipos de cáncer simultáneamente (11,12,16). Cada tipo de cáncer recibió su quimioterapia específica, siendo la más común el fluorouracilo 500 mg/m<sup>2</sup> (15,16). El trabajo de Corrie *et al* 2013 (11) no especifica el tipo de tratamiento.

### Forma y frecuencia de la administración

Los tratamientos de mantenimiento con fluorouracilo 500 mg/m<sup>2</sup> para cáncer de colon(15,16) y ácido pamidróico para mieloma múltiple (13,12) fueron los tratamiento más comunes.

En el trabajo de Lal *et al.* 2015 (10), se da el primer ciclo en el hospital y la terapia de mantenimiento de 500 mg/m<sup>2</sup> de pemetrexed en el domicilio cada 21 días. En el estudio de King *et al.* 2000 (16) se utiliza quimioterapia vía oral para el tratamiento del cáncer de mama

### **Técnicas para medir la adherencia**

La adherencia en la mayoría de los estudios fue medida indirectamente a través de cuestionarios de calidad de vida o de entrevistas, salvo algunos trabajos como el de Beijer *et al.* 2008 (12), en el cual se midió contando las personas que abandonaron el tratamiento, además de entrevistas, o el trabajo de Lal *et al.* 2015 (10), que utilizó el número de visitas al hospital o paradas en el tratamiento para medir el cumplimiento, o el trabajo de Borrás *et al.* 2001 el cual utilizó cuestionarios y contó el número de pacientes que abandonaron el tratamiento voluntariamente.

El cuestionario más utilizados fue el EORTC QLQC30 (11,14,15). El trabajo de King *et al.* 2000 (16) utilizó el índice de vida-cáncer junto con cuestionarios. El trabajo de Johansson *et al.* 2005 (13) solo utilizó la entrevista individualizada para medir la adherencia y calidad de vida.

### **Resultados observados**

Ante el inconveniente previamente comentado hemos decidido dividir los resultados desde dos puntos de vistas:

Resultados observados: adherencia directa.

Los estudios realizados por Borrás *et al.* 2001 (15) y Lal *et al.* 2015 (11) ven la hospitalización a domicilio como segura, factible y preferida por los pacientes. Solo 1/24 pacientes requiere volver a administración hospitalaria (10). Por el contrario el trabajo de Beijer *et al.* 2008 (12) la adhesión fue solo del 47% y la aceptación del tratamiento evaluada como buena.

Resultados observados: adherencia indirecta

Los estudios de Corrie *et al.* 2013 (11), Smith *et al.* 2004 (14) y King *et al.* 2000 (16) no aprecian diferencia significativa en la calidad de vida ni la adherencia. Mientras que el estudio de Johansson *et al.* 2005 (13) una mejoría en la calidad de vida y cumplimiento de los pacientes.



# DISCUSIÓN

Al realizar la revisión de los diferentes artículos se puede observar que se trata de un tema poco estudiado, a pesar de su importancia. Además de que existen distintos métodos para evaluarlo, directos e indirectos.

Actualmente la adherencia al tratamiento, según la OMS se define como el grado en el que el comportamiento del paciente en términos de medicación, seguimiento de dieta o cambios en el estilo de vida concuerda con las recomendaciones acordadas con el profesional de la salud (8). Se puede evaluar mediante dos métodos: Directos, los cuales Tienen la desventaja de ser métodos más costosos, invasivos, poco prácticos para los pacientes (17). Los indirectos son los más utilizados al ser más baratos. Entre sus inconvenientes se encuentran su falta de objetividad, tienden a sobreestimar el cumplimiento y sólo permiten identificar a parte de los cumplidores (18).

Se decide restringir la revisión sólo ensayos clínicos para obtener un alto grado de evidencia según el grado de evidencia y recomendación de la U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) (19). El ceñir la revisión a ensayos clínicos y estudios comparativos se debió a la búsqueda de una consistente relación causa–efecto (20).

Cabría esperar que las puntuaciones obtenidas en la tabla CONSORT fueran en aumento proporcionalmente a la actualidad del estudio, pero esto no sucede. La puntuación tampoco resultó muy elevada a pesar de tratarse de ensayos clínicos.

La obsolescencia de los artículos seleccionados fue considerablemente mayor respecto a lo esperable en el ámbito de la ciencias de la salud, lo que denota que se trata de un área de conocimiento que no presenta plena actualidad.

El gran número de artículos excluidos se debe a que las bases de datos como Scopus o Embase, no disponen de Thesaurus, por lo que no permite el uso de Descriptores para la búsqueda precisa de los ensayos, aumentando la aparición de “ruido” en los documentos recogidos tras la pesquisa (21).

La mayoría de los artículos son de origen europeo, siendo el idioma de las publicaciones el inglés, no se encontró ningún artículo en ninguno de los otros idiomas aceptados. Esto es debido a que este idioma es el elegido para la publicación de la mayoría de los artículos ya que hacerlo en otra lengua distinta resulta negativo para la visibilidad. Asimismo, el número de revistas anglófonas contenidas en las principales bases de datos bibliográficas es muy elevado y publicar en ellas facilita la citación (22).

La edad media de la población era predecible 65 años, porque por lo general, la incidencia del cáncer aumenta con edad, siendo máxima entre los 65-75 años (23). La enfermedad más tratada fue el mieloma múltiple y el cáncer de colon, este último es predecible ya que en Europa es la segunda causa de cáncer (24).

Los resultados de esta revisión muestran es una práctica habitual utilizar cuestionarios sobre calidad de vida o satisfacción para medir la adherencia de los pacientes. Esta técnica fue utilizada en algunos estudios (11,13,14,16). Estas formas de medidas tienen sus limitaciones (25). La falta de adherencia puede deberse a múltiples causas, como la presencia de barreras o creencias del paciente, ignorancia y olvido o descuido (26). Hay que tener en cuenta que la calidad de vida y/o satisfacción se verá influenciada por la percepción del paciente, el impacto de la enfermedad, el tratamiento, las

expectativas y el bienestar. Por tanto deben buscarse herramientas validadas que permitan minimizar cualquier tipo de subjetividad del paciente (20).

Algunos estudios midieron la adherencia de forma directa, contando el número de pacientes que abandonan el tratamiento, e indirecta simultáneamente utilizando entrevistas y cuestionarios (10,12,15). Para aumentar la validez y fiabilidad se recomienda usar más de una técnica para medir la adherencia (27).

En esta revisión en cuanto a la adhesión y seguridad del tratamiento, podemos observar que la mayoría de los estudios revisados (11,15) que utilizaron métodos directos para evaluar la adherencia ven un aumento de ésta, viendo el tratamiento como factible, seguro y preferido por los pacientes (10). Solo el trabajo de Beijer *et al.* 2008 (12) observa una baja adherencia.

En cuanto a los trabajos que estudiaron la adherencia de forma indirecta se puede observar que no encuentran diferencias en cuanto adherencia ni calidad de vida. Los pacientes estaban satisfechos con la quimioterapia sin importar donde la recibieron (16). Se observa una pequeña mejoría en la adherencia y calidad de vida pero no es significativa en el trabajo de Smith *et al.* 2004 (14).

Posibles limitaciones del estudio. La principal limitación sería el escaso número de estudios recuperados.

En conclusión se está realizando incorrectamente la medida de la adherencia en la mayoría de estudios que se han revisado hasta el momento, además existen muy pocos estudios sobre el tema, por lo que no se puede llegar a un resultado claro en cuanto a la adherencia en hospitalización a domicilio. Se necesitan más estudios y un método de medida de adherencia mejor, el cual debería ser sensible y específico, permitir una medida cuantitativa y continua, fiable, reproducible, capaz de detectar cambios de adherencia en el tiempo y aplicable en diferentes situaciones, además de rápido y económico (28).

Hernández

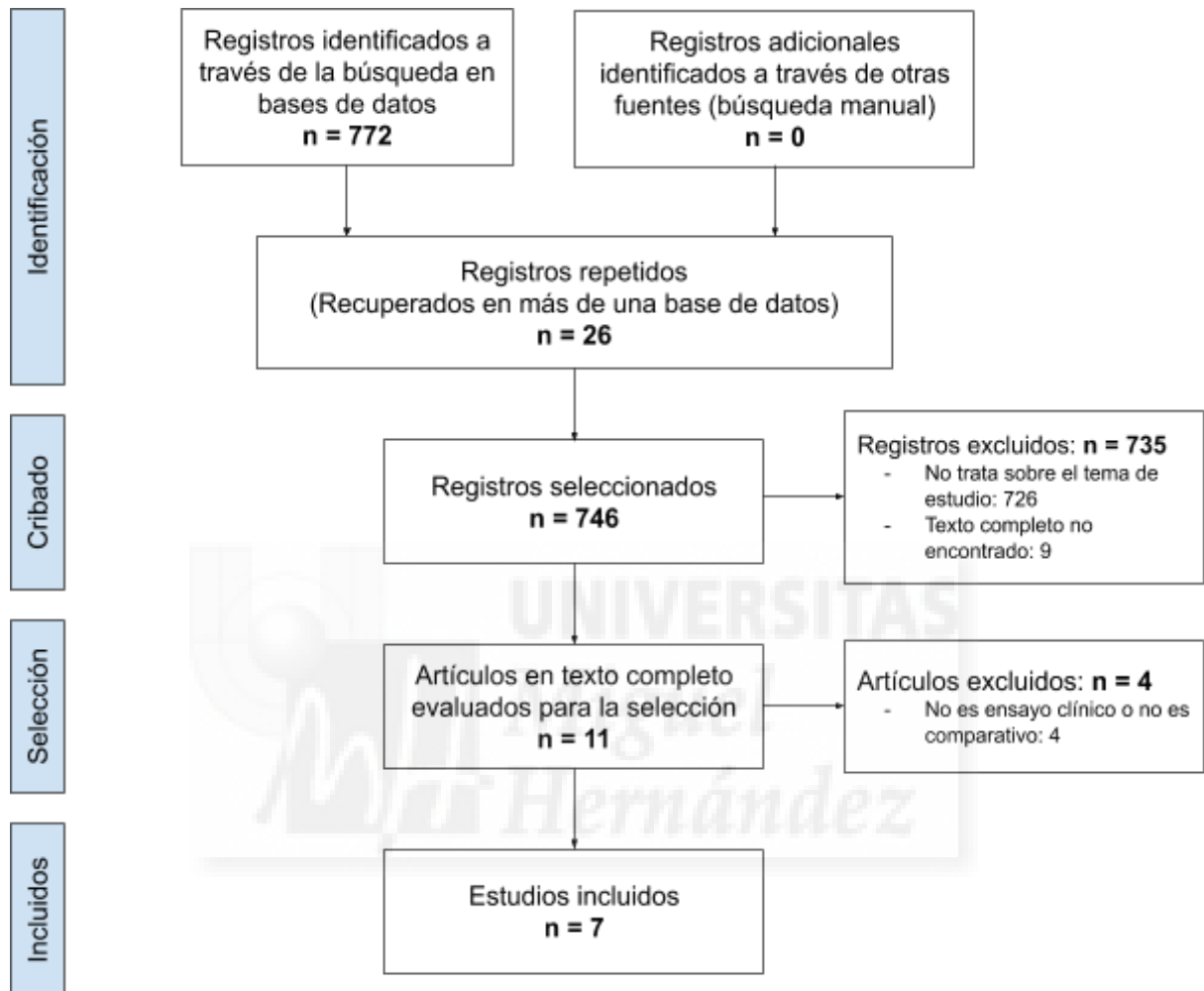
## BIBLIOGRAFÍA

1. Massa-Domínguez B. La hospitalización a domicilio en el siglo XXI. *Hosp Domic.* 2017; 1(1): 7-9. DOI: 10.22585/hospdomic.v1i1.8
2. Estrada-Cuxart O, Massa-Domínguez B, Ponce-González MA, Mirón-Rubio M, Torres-Corts A, Mujal-Martínez A, et al. Proyecto HAD 2020: una propuesta para consolidar la hospitalización a domicilio en España. *Hosp Domic.* 2017; 1(2): 93-117. DOI: 10.22585/hospdomic.v1i2.13
3. Sociedad Española de Oncología Médica. Las cifras del cáncer en España en 2018. [Internet]. [Consultado 10 Ene 2020]. Disponible en: <https://seom.org/es/noticias/106525-las-cifras-del-cancer-en-espana-2018>
4. Díaz-Gegundez M, Manzano Monfort G, Garcia Vilches J, Gómez de Argila I. Implementación de una Aplicación móvil para trabajar con la Historia Clínica electrónica de los pacientes en domicilio. *Hosp Domic.* 2019; 3(3): 203-15 DOI: 10.22585/hospdomic.v3i3.80
5. Wanden-Berghe C, Cheikh Moussa K, Sanz-Valero J. Adherencia a la Nutrición Enteral Domiciliaria. *Hosp Domic.* 2018; 2(1): 11-8 DOI: 10.22585/hospdomic.v2i1.33
6. Haynes R, McDonald HP, Garg A, Montague P. Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002, Issue 2. Art. No.: CD000011. DOI: 10.1002/14651858.CD000011.
7. Sackett D, Haynes B, Gibson E, Taylor W, Roberts R, Arnold L, et al. Patient compliance with antihypertensive regimens. *Patient Counselling & Health Education*, 1978; 11: 18-2 DOI:10.1016/S0738-3991(78)80033-0
8. Sabaté E. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2003.
9. Begg C, Cho M, Eastwood S, Horton R, Moher D, Olkin I, et al. Improving the quality of reporting of randomized controlled trials: The CONSORT statement. *JAMA.* 1996; 276(8): 637-9. DOI: 10.1001/jama.1996.03540080059030
10. Lal R, Hillerdal G, Shahc R, Crosse B, Thompsone J, Nicolsonf M, et al. Feasibility of home delivery of pemetrexed in patients with advanced non-squamous non-small cell lung cancer. *Lung Cancer.* 2015; 89(2): 154–160. DOI: 10.1016/j.lungcan.2015.05.003
11. Corrie PG, Moody AM, Armstrong G, Nolasco S, Lao-Sirieix SH, Bavister L, et al. Is community treatment best? a randomised trial comparing delivery of cancer treatment in the hospital, home and GP surgery. *Br J Cancer.* 2013; 109: 1549–55 DOI:10.1038/bjc.2013.414
12. Beijer S1, Wijckmans NE, Van-Rossum E, Spreeuwenberg C, Winkens RA, Ars L, et al. Treatment adherence and patients' acceptance of home infusions with adenosine 5'-triphosphate (ATP) in palliative home care. *Supportive Care Cancer.* 2008; 16(12):1419-24. DOI:10.1007/s00520-008-0504-3.
13. Johansson E, Langius-Eklöf A, Engervall P, Wredling R. Patients' experience of ambulatory self-administration of pamidronate in multiple myeloma. *Cancer Nurs.* 2005; 28(2): 158-65. DOI: 10.1097/00002820-200503000-00011

14. Smith AG, Richard L, Schey S, Christopher D, Baister E, Bilbrough C, et al. Home care versus hospital care in patients with multiple myeloma treated with pamidronate. *Int J Palliative Nurs*. 2004;10(3) DOI: 10.12968/ijpn.2004.10.3.12602
15. Borrás JM, Sánchez-Hernández A, Navarro M, Martínez M, Méndez E, Pontón JL, et al. Compliance, satisfaction, and quality of life of patients with colorectal cancer receiving home chemotherapy or outpatient treatment: a randomised controlled trial. *BMJ*. 2001; 322(7290): 826. DOI: 10.1136/bmj.322.7290.826.
16. King M, Hall J, Caleo S, Gurney H, Harnett P. Home or Hospital? An Evaluation of the Costs, Preferences, and Outcomes of Domiciliary Chemotherapy. *Int J Health Serv*. 2000;30(3):557-79. DOI: 10.2190/CY03-EV15-K38Y-X4AA
17. Evans L, Spelman M. The problem of non compliance with using therapy. *Drugs* 1983; 25(1): 63-76. DOI: 10.2165/00003495-198325010-00004
18. Rincón-Rincón JR, Jaimes-Fernández DA, García-Casallas JC, Beltrán A, Téllez A, Fernández-Ávila DG, et al. Métodos para la medición de la adherencia a medicamentos modificadores de la enfermedad orales en artritis reumatoide y factores asociados con baja adherencia farmacológica. *Rev Colomb Reumatol*. 2018;25(4):261-270. DOI: 10.1016/j.rcreu.2018.07.002
19. Primo J. Niveles de evidencia y grados de recomendación (I/II). *Enfermedad Inflamatoria Intestinal al día*. 2003; 2(2): 39-42.
20. Aracil-Lavado E, Wanden-Berghe C, Sanz-Valero, J. Evaluation of quality of life according to the nutritional status of the adult palliative patient: Systematic review. *Hosp. Domic*. 2017; 1: 199–210. DOI: 10.22585/hospdomic.v1i4.27
21. Domingo Pena V, Sanz-Valero J. Efectos de la inmunoterapia en el paciente adulto en el domicilio: revisión sistemática. *Hosp Domic*. 2018; 2(2): 55-65. DOI: 10.22585/hospdomic.v2i2.40
22. Franco-López AA, Sanz-Valero J, Culebras JM. Publicar en castellano, o en cualquier otro idioma que no sea inglés, negativo para el factor de impacto. *J Negat No Posit Results*. 2016; 2(2): 65-70. DOI: 10.19230/jonnpr.2016.1.2.1005
23. Bayo-Calero J. Manual SEOM de prevención y diagnóstico precoz del cáncer. SEOM; 2017
24. Ferlay J, Steliarova-Foucher E, Lortet-Tieulent J, Rosso S, Coebergh JWW, Comber H, et al. Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries in 2012. *EJC*. 2013;49(6):1374-1403. DOI: 10.1016/j.ejca.2012.12.027
25. Lehmann A, Aslani P, Ahmed R, Celio J, Gauchet A, Bedouch P, et al. Assessing medication adherence: Options to consider. *Int. J. Clin. Pharm*. 2014; 36: 55–69. DOI: 10.1007/s11096-013-9865-x
26. Vrijens B, De-Geest S, Hughes DA, Przemyslaw K, Demonceau J, Ruppert T, et al. A new taxonomy for describing and defining adherence to medications. *Br. J. Clin. Pharmacol*. 2012; 73: 691–705. DOI: 10.1111/j.1365-2125.2012.04167.x
27. Alicia Gea-Cabrera A, Sanz-Lorente M, Sanz-Valero J, López-Pintor E. Compliance and Adherence to Enteral Nutrition Treatment in Adults: A Systematic Review. *Nutrients*. 2019; 11(11):2627. DOI: 10.3390/nu11112627
28. Ibarra-Barrueta O, Morillo-Verdugo R. Lo que debes saber sobre la adherencia al tratamiento. Madrid, España: Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria; 2017.

## ANEXOS

Figura 1.





**Tabla 1. Resumen de los estudios revisados sobre el cumplimiento y adherencia a la quimioterapia en personas adultas ingresadas en hospitalización a domicilio. Medida directa.**

Autor, año PMID	Diseño	Población estudiada	Patología	País	Periodo del estudio	Medicación	Forma y frecuencia de administración	Técnica para "medir" la adherencia	Resultado observado
Lal <i>et al.</i> 2015 (10)	Ensayo clínico fase II.	N=52 Gc: n= No consta. H/M =0,92 Edad = 66 Gi: n=No consta. H/M =0,92 Edad= 66	Cáncer de pulmón.	Reino Unido y Suecia.	Periodo de reclutamiento: Diciembre 2011 – octubre 2012 Periodo de seguimiento: 6 meses.	Pemetrexed	El primer ciclo fue administrado en el hospital, los ciclos adicionales fueron en hospitalización a domicilio terapia de mantenimiento de 500 mg/m <sup>2</sup> .	Número de visitas al hospital o paradas en el tratamiento, calidad de vida, supervivencia, satisfacción.	El tratamiento en hospital a domicilio fue factible, segura y preferida por los pacientes, ya que solo 1/24 requiere volver a la administración hospitalaria.
Beijer <i>et al.</i> 2008 (12)	Ensayo clínico fase II.	N=51 Gc: n= no consta. H/M = no consta. Edad = 68,5 Gi: n= no consta. H/M = no consta. Edad= 68,5	Varios tipos de cáncer.	Países Bajos.	Periodo de reclutamiento: no consta. Periodo de seguimiento: 8 semanas.	Quimioterapia no específica y adenosine 5'-triphosphate (ATP)	1 ciclo de ATP semanal con una dosis máxima de 50 mcg / kg.min, durante 8 semanas.	Mediante el registro de los pacientes que dejaron el tratamiento con ATP y entrevistas.	En cuanto a la adhesión solo el 47% completo los 8 ciclos, mientras que la aceptación el tratamiento fue evaluado como bueno.
Borras <i>et al.</i> 2001 (15)	Ensayo clínico aleatorizado comparativo.	N=87 Gc: n=42 H/M = 1,3 Edad = 60,8 Gi: n=45 H/M = 0,87 Edad= 59,8	Cáncer colorrectal.	España	Periodo de reclutamiento: 1997-1998 Periodo de seguimiento: 12 meses.	Fluorouracilo y ácido folínico.	Un bolo fluorouracilo (500 mg / m <sup>2</sup> ) durante cinco días consecutivos a la semana, durante 12.	Midiendo la calidad de vida, mediante el cuestionario EORTC QOL-C30 y el número de pacientes que se retiran por voluntad propia	La quimioterapia domiciliaria es aceptable y segura, puede mejorar el cumplimiento y la satisfacción con el tratamiento.

**Tabla 2. Resumen de los estudios revisados sobre el cumplimiento y adherencia a la quimioterapia en personas adultas ingresadas en hospitalización a domicilio. Medida indirecta.**

<b>Autor, año PMID</b>	<b>Diseño</b>	<b>Población estudiada</b>	<b>Patología</b>	<b>País</b>	<b>Periodo del estudio</b>	<b>Medicación</b>	<b>Forma y frecuencia de administración</b>	<b>Técnica para "medir" la adherencia</b>	<b>Resultado observado</b>
Corrie et al. 2013 (11)	Ensayo clínico prospectivo.	N=97 Gc: n= 32 H/M = 0,52 Edad = No consta. Gi: n= 33 H/M = 0,52 Edad= No consta. Gp = 32 H/M=0,52 Edad= No consta.	Varios tipos de cáncer.	Reino Unido.	Periodo de reclutamiento: enero de 2009 – mayo 2011 Periodo de seguimiento: 12 semanas.	Quimioterapia, no específica cual.	No consta.	Cuestionario EORTC QLQ-C30 y de calidad de vida EQ-5D.	No hubo diferencias significativas en la calidad de vida y adherencia, aunque el paciente prefirió el tratamiento en el hogar.
Johansson et al. 2005 (13)	Ensayo clínico aleatorizado.	N=13 Gc: n= 6 H/M = 1,6 Edad = 56 Gi: n= 7 H/M = 1,6 Edad= 68,5	Mieloma múltiple.	Suecia	Periodo de reclutamiento: 1999-2000 Periodo de seguimiento: 3 semanas.	Ácido panidrónico.	1 ciclo de 275 o 550ml a velocidad de 250ml/h durante 3 semanas.	Entrevista	Muchos pacientes informaron una mejora en la calidad de vida, y algunos deficiencias de educación sobre el procedimiento.
Smith et al. 2004 (14)	Ensayo clínico fase II.	N= 67 H/M= 1,05 Edad = 64,8 Gc=34 Gi=33	Mieloma múltiple.	Reino Unido.	Periodo de reclutamiento: No consta. Periodo de seguimiento: 6 meses	Ácido panidrónico	90mg en 90min cada 4 semanas durante 3 meses.	Questionarios de calidad de vida (EORTC QLQ-C30)	Pequeña mejora en la calidad de vida y adherencia que no fue significativa.
King et al. 2000 (16)	Ensayo clínico cruzado.	N= 87 Gc y Gi: n= 87 H/M = no consta. Edad = no consta	Cáncer de colon y de mama.	Australia	Periodo de reclutamiento: No consta. Periodo de seguimiento: 12 meses	Fluorouracilo y levamisol para cáncer de colon. Ciclofosfamida y metotrexato para cáncer de mama	Un ciclo por semana de 500 mg/m <sup>2</sup> para fluoracilo en cáncer de colon. 5 días de tratamiento con ciclofosfamida y metotrexato vía oral a la semana.	Questionarios de calidad de vida y índice de vida-cáncer.	Los pacientes estaban satisfechos con la quimioterapia sin importar donde la recibirían, no hubo diferencia significativa en cuanto a calidad de vida y cumplimiento.



Tabla 3. Análisis de la calidad metodológica de los estudios a través de los 25 ítems de valoración de la guía CONSORT.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	Total	Total(%)
Lal et al. 2015 (10)	0,5	0,5	1	1	1	0,5	1	0	0	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	16,5	66
Corrie et al. 2013 (11)	1	0,5	1	1	0	0,5	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	18	72
Beijer et al. 2008 (12)	0,5	1	0	1	1	0,5	0	0	0	0	0	1	1	0,5	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	10,5	42
Johansson et al. 2005 (13)	0	1	0	1	1	0,5	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	0	0	1	9,5	38
Smith et al. 2004 (14)	0	1	1	0,5	1	0,5	1	0	0	0	0	1	1	0,5	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	17,5	70
Borras et al. 2001 (15)	1	1	0	1	1	0,5	1	1	0	0	0	1	1	0,5	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	17	68
King et al. 2000 (16)	0	1	1	1	1	0,5	0	1	0	1	0	1	1	0,5	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	16	64	