



Doi: <https://doi.org/10.70577/asce.v4i4.404>

Recibido: 2025-08-29

Aceptado: 2025-09-29

Publicado: 2025-10-17

Cuidados paliativos tempranos en cáncer avanzado: revisión sistemática

Early palliative care in advanced cancer: a systematic review

Autores

Pamela Cristina Rivera Tapia¹

pamlu79@hotmail.com

<https://orcid.org/0009-0001-5018-697X>

Universidad Iberoamericana del Ecuador

Quito- Ecuador

Juan Ernesto Pérez Reyes²

juanernesto1976@gmail.com

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

Universidad Tecnológica Israel

Quito – Ecuador

Cómo citar

Rivera Tapia, P. C., & Pérez Reyes, J. E. (2025). Cuidados paliativos tempranos en cáncer avanzado: revisión sistemática. *ASCE MAGAZINE*, 4(4), 630–654.

Resumen

Introducción: El cáncer avanzado tiene un impacto negativo en el bienestar y funcionalidad de los pacientes. Los cuidados paliativos tempranos (CPT) junto al cuidado oncológico estándar podría mejorar los síntomas, calidad de vida e incluso la supervivencia.

Objetivo: Evaluar los efectos de los CPT en la calidad de vida, sintomatología y supervivencia en adultos con cáncer avanzado

Métodos: Revisión sistemática. Se ejecutó una búsqueda avanzada de ensayos clínicos aleatorizados en PubMed y Scopus. Fueron incluidos estudios realizados en adultos con cáncer avanzado de cualquier tipo e integración temprana de cuidados paliativos al cuidado oncológico estándar. Los desenlaces analizados incluyeron: calidad de vida, ansiedad, depresión, severidad de sintomatología y supervivencia. El riesgo de sesgo se evaluó con la herramienta RoB- 2.

Resultados: Fueron incluidos 16 estudios (N=3934 pacientes, Intervención: 1970, Control: 1964). Doce ensayos tuvieron bajo riesgo de sesgo. Todos los ensayos mostraron mejores puntajes en la calidad de vida frente al control, solo en seis la diferencia fue significativa. Siete estudios evaluaron depresión y ansiedad; dos tuvieron mejoría significativa sobre depresión y uno en ansiedad. Dos de tres ensayos que evaluaron supervivencia mostraron medianas significativamente mayores respecto al control. Ningún ensayo mostró beneficios significativos sobre la severidad de sintomatología.

Conclusiones: En adultos con cáncer avanzado, los CPT muestran beneficios heterogéneos en la calidad de vida y sintomatología. Los resultados sugieren que el tipo de cáncer y el tiempo de integración influyen en los desenlaces, por lo que su aplicación debe ajustarse a cada contexto clínico.

Palabras clave: Cáncer, Medicina Clínica, Tratamiento Médico, Calidad de Vida, Salud Mental, Bienestar



Abstract

Background: Advanced cancer has a negative impact on the patient's wellbeing and functionality. Early palliative care (EPC) in conjunction with standard oncologic care may improve symptoms, quality of life, and even survival. **Aim:** To evaluate the effect of EPC on quality of life, symptom burden, and survival in adult patients with advanced cancer. **Methods:** Systematic Review. An advanced search for randomized controlled trials (RCTs) was executed in PubMed and Scopus. Eligible studies included adults with any advanced cancer and EPC integrated with standard oncologic care. Outcomes addressed were quality of life, anxiety, depression, symptom burden, and survival. Risk of bias was determined using the RoB-2 tool. **Results:** Sixteen RCTs were included (N= 3934, intervention= 1970, control= 1964). Twelve trials presented a low risk of bias. All RCTs reported better QoL scores in the EPC group than the control group, although only six reached statistical significance. Seven studies assessed psychological distress; two showed significant improvement in depression, and one in anxiety. Three trials analyzed survival; two reported significantly longer median survival time with EPC. No trial demonstrated consistent benefits for symptom severity. **Conclusions:** In adults with advanced cancer, EPC presented heterogeneous benefits in QoL and psychological distress. These findings suggest that cancer type and timing of integration affect overall outcomes, underscoring the need for tailored EPC programs adapted to each clinical context.

Keywords: Cancer, Clinical Medicine, Medical Treatment, Quality of Life, Mental Health; Wellbeing

Introducción

El cáncer representa una condición con alto impacto sanitario a nivel mundial y considerables repercusiones económicas y sociales. Hasta el 2022, se notificaron 20 millones de casos nuevos y 9.7 millones de defunciones asociadas. Se prevé que 1 de cada 5 personas desarrollará una neoplasia en algún momento de su vida, y que 1 de cada 9 hombres y 1 de cada 12 mujeres fallecerán debido a esta patología (Bray et al., 2024). El cáncer avanzado abarca la mayor carga de mortalidad, lo cual representa un importante desafío para los sistemas sanitarios

El cáncer avanzado o metastásico se define como una condición con baja probabilidad de curación, pero con oportunidad de manejo y tratamiento integral de los síntomas, complicaciones y demás condiciones asociadas (American Cancer Society, 2024; Maher et al., 2015). Esta condición supone importantes desafíos para los pacientes afectados y sus cuidadores, tales como distrés psicológico, desesperanza, depresión, ansiedad, dolor, pérdida de apetito, náuseas, vómitos, entre otros; mismos que afectan negativamente el bienestar físico, social, emocional y pronóstico (Bergerot & Pal, 2022; Rodenbach et al., 2021). Todo esto establece la necesidad de una atención centrada en el paciente y sus necesidades, donde los cuidados paliativos juegan un rol esencial para el abordaje integral (Khandelwal et al., 2017).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) cataloga a la atención y cuidado paliativo como un enfoque dirigido a pacientes y cuidadores que deben afrontar una patología incurable, enfocado a evitar y mitigar el sufrimiento a través de la detección temprana, asesoramiento oportuno y manejo apropiado del dolor, así como de otros problemas de índole física, psicosocial o espiritual (OMS, 2020). Habitualmente, este enfoque se ha recomendado a enfermedades en etapas avanzadas, donde los pacientes se encuentran cerca al final de la vida. Sin embargo, evidencia reciente plantea que la integración temprana del cuidado paliativo al cuidado oncológico estándar podría optimizar los resultados de tratamiento, la calidad de vida y la supervivencia (Chelazzi & Ripamonti, 2024).

Los cuidados paliativos tempranos (CPT) se definen como la consulta y acompañamiento por equipos especializados, ya sea integrados al cuidado oncológico estándar o de forma independiente, a pacientes en fases avanzadas de cáncer dentro de las 8 semanas posteriores al diagnóstico (Kircher et al., 2025). Tanto la OMS como la Sociedad Americana de Oncología recomiendan fuertemente que los pacientes afectados con cáncer avanzado sean referidos a CPT en

el curso de su enfermedad, en escenarios ambulatorios e intrahospitalarios. Esta recomendación se basa en los potenciales beneficios sobre el bienestar integral, así como los impactos positivos en la calidad de vida del paciente y su entorno (Ferrell et al., 2017; Petrillo et al., 2024).

Respecto a los efectos de los CPT, el ensayo clínico de Temel et al. (2010) establece no solamente una definición operativa de CPT, sino que presenta beneficios probados de su aplicación sobre la calidad de vida, bienestar emocional y supervivencia, lo cual, en consecuencia, uno de los hitos para la evaluación posterior de CPT (Temel et al., 2010). Bandieri et al. (2020), en un estudio observacional, determinaron que, además de los beneficios antes descritos, los CPT reducen la severidad en la sintomatología de los pacientes en fases avanzadas del cáncer (Bandieri et al., 2020).

En contraste, las revisiones sistemáticas de Kochovska et al. (2020) y la de Haroen et al. (2025), no lograron demostrar de forma consistente estos beneficios. Aunque se reportaron mejores perfiles de calidad de vida en pacientes que recibieron CPT, el beneficio se da solamente en algunas esferas como la ansiedad o dolor, pero no en aspectos como funcionalidad, depresión o supervivencia (Haroen et al., 2025; Kochovska et al., 2020).

Los ensayos clínicos actualmente disponibles muestran una alta heterogeneidad en sus resultados, lo que dificulta evaluar de manera conjunta todos los impactos que los CPT tienen sobre los pacientes con cáncer avanzado. Esta variabilidad sugiere que los resultados están condicionados por el tipo de protocolo aplicado, la clase de cáncer y las características y recursos de los diversos escenarios clínicos a nivel mundial (Nadolny et al., 2023).

Según lo antes expuesto, esta revisión tiene como objetivo caracterizar la evidencia actualmente disponible respecto a los efectos de los CPT en adultos con cáncer avanzado. De este objetivo, se derivan tres propósitos específicos: (1) describir las características de los estudio incluidos a revisión, (2) analizar los desenlaces primarios relativos a esferas de la calidad de vida, distrés psicológico, severidad de síntomas/dolor y supervivencia y (3) evaluar la heterogeneidad de resultados acorde el tipo de cáncer e intervención.

Material y Métodos

Diseño

Se llevó a cabo una revisión sistemática. El estudio siguió los lineamientos establecidos en Preferred Systematic Review and Meta-analysis (PRISMA) (Liberati et al., 2009).

Estrategia de búsqueda

La pesquisa de estudios se realizó en las bases de Scopus y PubMed. Los términos usados en la cadena de búsqueda fueron: (“advanced cancer” OR “advanced cancer patients”) AND (“early palliative care”) sin aplicación de filtros. El proceso fue ejecutado por dos investigadores independientes entre agosto y septiembre del 2025.

Criterios de selección

Los criterios para la selección de estudios (inclusión/exclusión) se definieron acorde la pregunta PICO (Population, Intervention, Comparison, Outcomes) y tipo de estudio. Los parámetros se explican a continuación:

- **Población:** adultos con diagnóstico de cáncer avanzado de cualquier tipo, que no hubieran recibido cuidados paliativos u otra intervención previa.
- **Intervención:** cuidados paliativos tempranos (CPT) iniciado lo más cercano posible al momento del diagnóstico. Los CPT debieron incluir los siguientes componentes: comunicación, manejo de síntomas, acompañamiento y seguimiento regular. Los estudios que reportaron solo una fase (por ejemplo: solamente quimioterapia paliativa o únicamente intervención psicológica) de los CPT fueron excluidos.
- **Comparación:** cuidado oncológico con o sin cuidados paliativos a demanda. El cuidado oncológico estándar corresponde al manejo terapéutico usual sin la integración de cuidado paliativo. La referencia a cuidado paliativo en el grupo control se aplicó a demanda o a mejor criterio clínico.
- **Resultados (Outcomes):** (a) calidad de vida: evaluación de bienestar multidimensional con cuestionarios o instrumentos validados, (b) distrés psicológico: ansiedad y depresión, (c) severidad de los síntomas y dolor: carga de los diversos síntomas valorado con escalas

estandarizadas, (d) supervivencia: análisis con modelos de Kaplan-Meier.

Las escalas de valoración de calidad de vida declaradas en los estudios fueron:

- FACIT-Pal: Functional Assessment of Chronic Illness Therapy Palliative Care
- QUAL-E: Quality of Life at the End of Life Scale
- FACT-G: Functional Assessment of Cancer Therapy-General Measure
- FACT-L: Functional Assessment of Cancer Therapy Lung
- FACT-BMT: Functional Assessment of Cancer Therapy for Bone Marrow Transplant
- FACT-H&N:
- EORTC QLQ-C30: European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire
- EORTC QLQ-C15 PAL: European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core 15 Palliative Care
- QLQ-LC 13: Quality of Life Questionnaires Lung Cancer
- MQOL: McGill Quality of Life Questionnaire

Las escalas de evaluación de síntomas y dolor fueron:

- NRS: Numerical Rating Score (Dolor)
- ESAS: Edmonton Symptom Assessment System
- ESAS-r: Edmonton Symptom Assessment System Revised

La escala para análisis de ansiedad y depresión:

- HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale
- **Tipo de estudio:** ensayos clínicos aleatorizados en idioma inglés o español.

Se excluyeron: reportes de casos, series de casos, editoriales, cartas al editor, memorias de conferencias, revisiones, artículos que presentaron solo resumen estructurado y estudios en fase de preprint.

Proceso de selección e inclusión

Los resultados de la búsqueda se consolidaron en una matriz en Microsoft Excel 2019, en donde se eliminaron los documentos duplicados. Durante el cribado, se examinaron títulos y abstracts acorde los criterios predefinidos. En la evaluación de texto completo, fueron seleccionados los estudios que reunieron los criterios de criterios de inclusión.

Evaluación de calidad

Los ensayos clínicos aleatorizados fueron evaluados para riesgo de sesgo con la herramienta Risk of Bias 2 (RoB 2.0). Los dominios analizados fueron: (D1) sesgo derivado del proceso de aleatorización, (D2) sesgo por desviaciones de la intervención prevista, (D3) sesgo por datos de desenlace faltantes, (D4) sesgo en la medición del desenlace y (D5) sesgo en la selección del resultado a reportar. Cada uno de los dominios cuenta con cinco ítems de valoración que son: “sí”, “probablemente sí”, “probablemente no”, “no” y “sin información”. El riesgo de sesgo fue categorizado de la siguiente manera: bajo riesgo, con ciertas consideraciones (riesgo en alguno de los dominios) y alto riesgo (Sterne et al., 2019).

Síntesis de la información

Los datos de los estudios incluidos fueron organizados en una tabla con los siguientes apartados: autores, año de publicación, país, diseño, muestra, edad, sexo, tipo de cáncer, intervención, instrumentos de evaluación y resultados (calidad de vida, distrés psicológico, severidad de sintomatología, supervivencia). La selección de los resultados a extraer se realizó en consenso entre los investigadores. Se consultó el material suplementario de los estudios cuya información no estaba disponible en el texto principal. Luego de dicha revisión, ningún estudio presentó datos incompletos.

Las características de los participantes (total de participantes en general y por grupo de estudio, sexo, edad y tipo de cáncer) fueron extraída manualmente de cada ensayo clínico incluido a revisión. Esta información fue consolidada en una matriz en Microsoft Excel 2019, y posteriormente sistematizados a través de análisis descriptivo simple, mismo que consistió en un conteo total de participantes, identificación de los rangos de edad, distribución por sexo y frecuencia absoluta de los tipos de cáncer reportados en los estudios revisados.

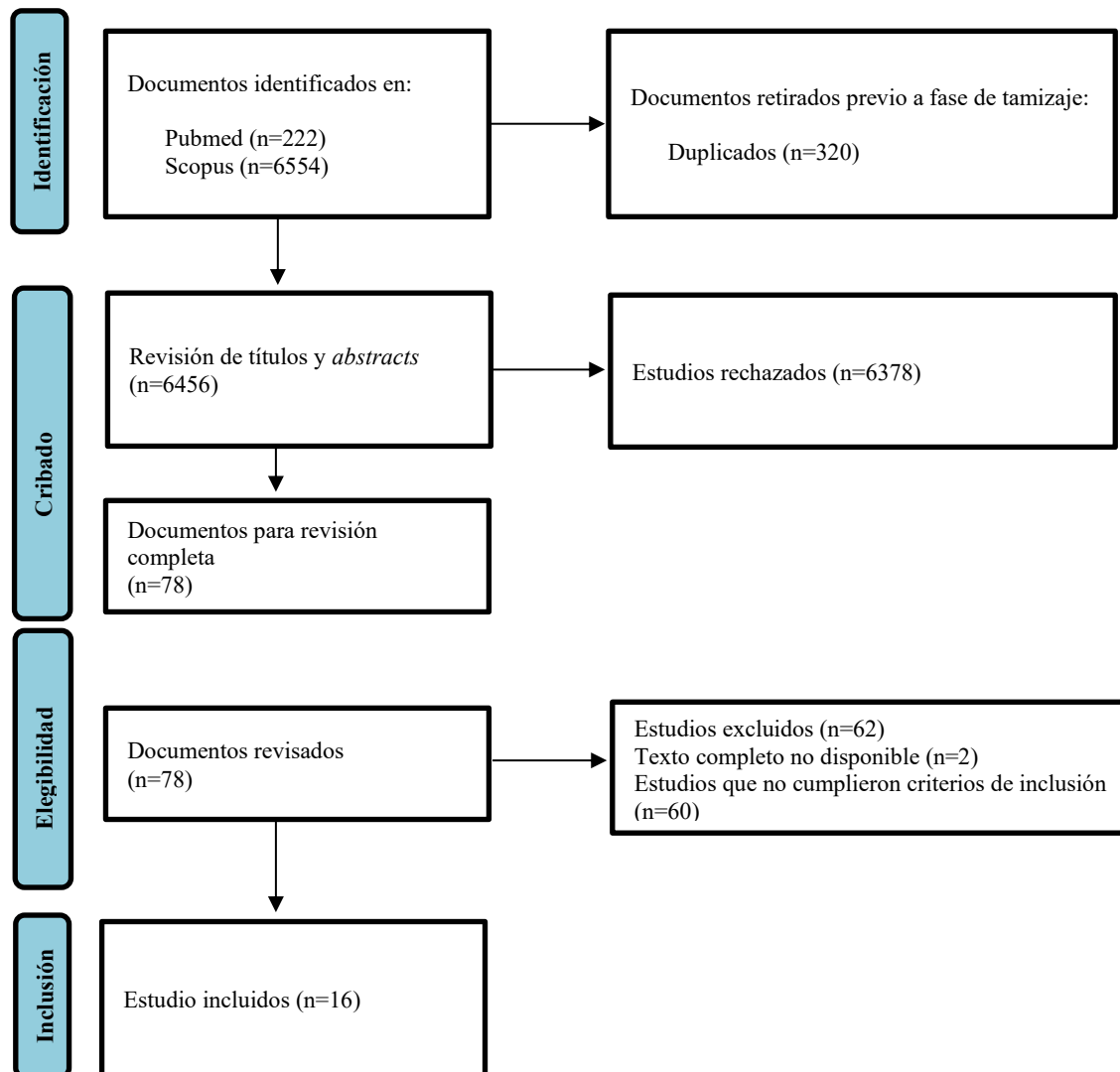
Resultados

Selección y características de los estudios

Se incluyeron 16 ensayos clínicos aleatorizados publicados entre el año 2010 a 2025 (véase Figura 1). Tres estudios se realizaron en Asia (India, China y Corea del Sur), uno en Latinoamérica (México) y el resto en Estados Unidos y Europa. Diez estudios fueron multicéntricos. El tamaño muestral de los estudios osciló entre 120 a 470 participantes, sin considerar la segmentación entre grupos de intervención y control.

Figura 1

Diagrama de flujo PRISMA



Fuente: Elaboración propia

Características de los participantes

En total se evaluaron 3934 participantes, de los cuales 1964 y 1970 fueron incluidos en el grupo control y de intervención respectivamente. El sexo de los participantes fue heterogéneo entre los ensayos, no obstante, en dos estudios hubo mayor frecuencia de participantes del sexo femenino. La edad, osciló en un rango promedio de 47 a 68 años, sin embargo, en la mayoría de estudios los participantes fueron mayores a 60 años. Respecto al tipo de cáncer, las neoplasias pulmonares fueron las más frecuentes (n=1317), seguido por neoplasias gastrointestinales (n=1311), hematológicas (n=370), cabeza y cuello (n=221), mama (n=206), genitourinario (n=157) y melanoma (n=30).

Todos los estudios incluyeron cuidado oncológico estándar en el grupo control; doce estudios permitieron referencia a cuidados paliativos a demanda en el grupo control.

Riesgo de sesgo

Doce estudios tuvieron bajo riesgo de sesgo. Los dominios mejor valorados fueron: ausencia de sesgo por datos faltantes, medición de desenlaces y selección de resultados. Cuatro estudios (Bakitas et al., 2015; Patil et al., 2021; Temel et al., 2010; Zimmermann et al., 2014), tuvieron ciertas inconsistencias en el dominio de aleatorización (véase Figura 2).

Figura 2.
Riesgo de sesgo de los estudios

	Dominios					Overall
	D1	D2	D3	D4	D5	
Estudio						
Temel et al (2010)	-	+	+	+	+	-
Zimmermann et al (2014)	-	+	+	+	+	-
Bakitas et al (2015)	-	+	+	+	+	-
Groenvold et al (2017)	+	+	+	+	+	+
Vanbutsele et al (2018)	+	+	+	+	+	+
Franciosi et al (2019)	+	+	+	+	+	+
Vanbutsele et al (2020)	+	+	+	+	+	+
Temel et al (2020)	+	+	+	+	+	+
Slama et al (2020)	+	+	+	+	+	+
Patil et al (2021)	-	+	+	+	+	-
Chen et al (2022)	+	+	+	+	+	+
Rodin et al (2022)	+	+	+	+	+	+
Adenis et al (2024)	+	+	+	+	+	+
Allende et al (2024)	+	+	+	+	+	+
Kang et al (2024)	+	+	+	+	+	+
El-Jawahri et al (2025)	+	+	+	+	+	+

Fuente: RobVis, Visualization Tool

Calidad de vida

La calidad de vida fue reportada en todos los ensayos incluidos en la revisión. En 10 ensayos (Adenis et al., 2024; Allende et al., 2024; Bakitas et al., 2015; Franciosi et al., 2019; Groenvold et al., 2017; Kang et al., 2024; Patil et al., 2021; Slama et al., 2020; Temel et al., 2020; Zimmermann et al., 2014) no se demostraron diferencias significativas en los puntajes globales de calidad de vida entre pacientes beneficiarios de cuidados paliativos tempranos frente al cuidado oncológico estándar en los diversos puntos de seguimiento. Por su parte, 6 ensayos (M. Chen et al., 2022; El-Jawahri et al., 2025; Rodin et al., 2022; Temel et al., 2010; Vanbutsele et al., 2018, 2020) mostraron mejoría principalmente en las dimensiones de funcionalidad física, espiritualidad y bienestar emocional.

Ansiedad y Depresión

Siete estudios evaluaron síntomas depresivos y ansiedad en pacientes con cáncer avanzado

mediante los instrumentos HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) y CES- D (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale). Respecto a depresión, cinco estudios (Adenis et al., 2024; Allende et al., 2024; Bakitas et al., 2015; Slama et al., 2020; Temel et al., 2020) no encontraron diferencias en la proporción y puntaje de depresión en los grupos de intervención y control. Respecto a la ansiedad, cinco estudios (Adenis et al., 2024; Allende et al., 2024; M. Chen et al., 2022; El-Jawahri et al., 2025; Slama et al., 2020) no lograron demostrar beneficios de los cuidados paliativos tempranos sobre esta sintomatología.

Severidad de la sintomatología

Cinco estudios evaluaron la severidad de síntomas. El dolor fue evaluado específicamente en el ensayo de Chen et al. (2022), sin evidenciar diferencias entre los grupos (M. Chen et al., 2022). La severidad global fue valorada en cuatro estudios (Groenvold et al., 2017; Patil et al., 2021; Rodin et al., 2022; Zimmermann et al., 2014), en la que tampoco se encontraron ventajas de los cuidados paliativos tempranos frente al cuidado oncológico estándar.

Supervivencia

La supervivencia fue analizada en tres estudios (Adenis et al., 2024; Allende et al., 2024; Temel et al., 2010). Los estudios de Adenis et al. (2024) y Allende et al. (2024) demostraron medianas de supervivencia significativamente más prolongadas en los grupos de intervención respecto al grupo control.

El detalle de las características y resultados de cada ensayo se presentan en las Tablas 1 y 2

Tabla 1

Características generales de los estudios

Autor (Año)	País	Diseño	Muestra	Edad (años)	Sexo	Tipo de cáncer
Temel et al (2010)	Estados Unidos	Ensayo Clínico Aleatorizado	Control (n=74) Intervención (n=77)	Control: 64.87 ± 9.41 Intervención: 64.98 ± 9.73	Control: F (n=36), M (n=38) Intervención: F (n=43), M (n=34)	Carcinoma pulmonar de células no pequeñas



Autor (Año)	País	Diseño	Muestra	Edad (años)	Sexo	Tipo de cáncer
Zimmermann et al (2014)	Canadá	Ensayo Clínico Aleatorizado	Control (n=233) Intervención (n=228)	Control: 60.2 ± 11.3 Intervención: 61.2 ± 12	Control: F (n=125), M (n=108) Intervención: F (n=139), M (n=89)	Pulmón (n=101), Gastrointestinal (n=139), Genitourinario (n=78), Mama (n=72) y Ginecológico (n=71)
Bakitas et al (2015)	Estados Unidos	Ensayo Clínico Aleatorizado	Control (n=103) Intervención (n=104)	Control: 64.6 ± 11.3 Intervención: 61.2 ± 12	Control: F (n=50), M (n=53) Intervención: F (n=48), M (n=56)	Pulmón (n=88), Gastrointestinal (n=50), Genitourinario (n=16), Mama (n=23), Hematológico (n=10) y Otros (n=20)
Groenvold et al (2017)	Dinamarca	Ensayo Clínico Aleatorizado	Control (n=152) Intervención (n=145)	NR	Control: F (n=90), M (n=62) Intervención: F (n=82), M (n=63)	Pulmón (n=103), Gastrointestinal (n=58), Mama (n=66), Otros (n=70)
Vanbutsele et al (2018)	Bélgica	Ensayo Clínico Aleatorizado	Control (n=94) Intervención (n=92)	Control: 65 (57-71) Intervención: 64.5 (57.3-71)	Control: F (n=25), M (n=69) Intervención: F (n=33), M (n=59)	Pulmón (n=51), Gastrointestinal (n=71), Genitourinario (n=16), Mama (n=14), Melanoma (n=15), Cabeza y Cuello (n=19)
Franciosi et al (2019)	Italia	Ensayo Clínico Aleatorizado	Control (n=139) Intervención (n=142)	Control: 68 (11) Intervención: 68.5 (12)	Control: F (n=53), M (n=86) Intervención: F (n=45), M (n=97)	Pulmón (n=163), Gastrointestinal (n=118)
Vanbutsele et al (2020)	Bélgica	Ensayo Clínico Aleatorizado	Control (n=94) Intervención (n=91)	NR	Control: F (n=25), M (n=69) Intervención: F (n=33), M (n=58)	Pulmón (n=51), Gastrointestinal (n=71), Genitourinario (n=15), Mama (n=14), Melanoma (n=15), Cabeza y Cuello (n=19)
Temel et al (2020)	Estados Unidos	Ensayo Clínico Aleatorizado	Control (n=196) Intervención (n=195)	Control: 65 ± 10.7 Intervención: 65.5 ± 9.4	Control: F (n=81), M (n=114) Intervención: F (n=89), M (n=107)	Pulmón (n=234), Gastrointestinal (n=157)
Slama et al (2020)	República Checa	Ensayo Clínico Aleatorizado	Control (n=66) Intervención (n=60)	Control: 63.5 ± 10.4 Intervención: 61.1 ± 9.8	Control: F (n=28), M (n=38) Intervención: F (n=23), M (n=37)	Pulmón (n=26), Gastrointestinal (n=97), Cabeza y Cuello (n=3)



Autor (Año)	País	Diseño	Muestra	Edad (años)	Sexo	Tipo de cáncer
Patil et al (2021)	India	Ensayo Clínico Aleatorizado	Control (n=90) Intervención (n=90)	Control: 50 (42.7-57.3) Intervención: 47.5 (40-57.3)	Control: F (n=14), M (n=76) Intervención: F (n=17), M (n=73)	Cabeza y Cuello (n=180)
Chen et al (2022)	China	Ensayo Clínico Aleatorizado	Control (n=60) Intervención (n=60)	Control: 64.62 ± 10.50 Intervención: 61.42 ± 11.48	Control: F (n=19), M (n=41) Intervención: F (n=20), M (n=40)	Pulmón (n=120)
Rodin et al (2022)	Canadá	Ensayo Clínico Aleatorizado	Control (n=102) Intervención (n=127)	Control: 58.6 ± 10.2 Intervención: 61 ± 12.2	Control: F (n=46), M (n=56) Intervención: F (n=42), M (n=85)	Pulmón (n=65), Gastrointestinal (n=54), Genitourinario (n=32), Ginecológico (n=39)
Adenis et al (2024)	Francia	Ensayo Clínico Aleatorizado	Control (n=237) Intervención (n=233)	Control: 68 (61-74) Intervención: 67 (60-73)	Control: F (n=95), M (142) Intervención: F (n=102), M (n=131)	Gastrointestinal (n=470)
Allende et al (2024)	México	Ensayo Clínico Aleatorizado	Control (n=73) Intervención (n=73)	Control: 61.6 ± 14.05 Intervención: 59.5 ± 12.6	Control: F (n=32), M (n=41) Intervención: F (n=37), M (n=36)	Pulmón (n=146)
Kang et al (2024)	Corea del Sur	Ensayo Clínico Aleatorizado	Control (n=71) Intervención (n=73)	Control: 60.2 ± 8 Intervención: 60.6 ± 9.7	Control: F (n=27), M (n=44) Intervención: F (n=34), M (n=39)	Pulmón (n=18), Gastrointestinal (n=26), Hepatobiliar (n=73), Mama (n=17)
El-Jawahri et al (2025)	Estados Unidos	Ensayo Clínico Aleatorizado	Control (n=180) Intervención (n=180)	Control: 58 (19-78) Intervención: 58 (21-76)	Control: F (n=67), M (n=113) Intervención: F (n=70), M (n=110)	Hematológico (n=360)

Nota: NR (No Reportado), F (Femenino), M (Masculino). Los valores de edad se expresan con media y desviación estándar (±) ó con mediana y rango intercuartil

Tabla 2

Resumen de los hallazgos principales



Autor (Año)	Intervención/Seguimiento	Instrumentos de Evaluación	Resultados
Temel et al (2010)	Intervención: Cuidados paliativos por equipo multidisciplinario temprano 8 semanas tras el diagnóstico + cuidado oncológico estándar y seguimiento personalizado Control: Cuidado oncológico estándar con cuidados paliativos a demanda Seguimiento: 12 semanas	Calidad de vida y estado de ánimo: FACT-L Supervivencia	FACT-L: grupo intervención: 98 vs 91.5 del grupo control, $p=0.03$. Estado de ánimo: grupo de intervención 16% vs 38% del grupo control, $p=0.01$ Supervivencia: grupo intervención 11.6 meses vs 8.9 en el grupo control, $p=0.02$
Zimmermann et al (2014)	Intervención: Cuidados paliativos tempranos con seguimiento presencial y telefónico mensual + cuidado oncológico estándar. Control: Cuidado oncológico estándar con referencia a cuidados paliativos a demanda. Seguimiento: 3 meses	Calidad de vida: FACIT-Sp, QUAL-E Severidad de síntomas: ESAS	FACIT-Sp: sin diferencias entre los grupos a los 3 meses, $\Delta = 3.56$ (-0.27 a 7.40, $p=0.07$) QUAL-E: mayor calidad de vida en el grupo de intervención a los 3 meses, $\Delta = 2.25$ (0.01 a 4.49, $p=0.05$) ESAS: Sin diferencia entre los grupos, $\Delta = -1.70$ (-5.26 a 1.87, $p=0.33$)
Bakitas et al (2015)	Intervención: Cuidado oncológico estándar + asistencia telefónica paliativa hacia los 30 a 60 días del diagnóstico Control: Cuidado oncológico estándar con acceso a demanda a cuidados paliativos Seguimiento: 3, 6 y 12 meses	Calidad de vida: FACIT-Pal, QUAL-E Depresión: CES-D	FACIT-Pal: no diferencias a los 3, 6 y 12 meses. Media de puntajes del grupo intervención: 129.9; grupo control: 127.2 a 129.1, $p=0.34$ QUAL-E: no diferencias a los 3, 6 y 12 meses. Media de puntajes del grupo intervención: 11.4 a 11.5; grupo control: 12.2 a 12.6, $p=0.09$ CES-D: no diferencias a los 3, 6 y 12 meses. Media de puntajes del grupo intervención: 11.2; grupo control: 10.8 a 10.1, $p=0.33$
Groenvold et al (2017)	Intervención: Cuidados paliativos tan pronto se realice el diagnóstico con equipo multidisciplinario + cuidado oncológico estándar Control: Cuidado oncológico estándar sin referencia a cuidados paliativos Seguimiento: 3 a 8 semanas	Calidad de vida: EORTC QLQ-C30	EORTC QLQ-C30: sin diferencias entre las medias de puntuación al final del seguimiento, $\Delta = -4.9$ (-11.3 a 1.6), $p=0.14$ Análisis secundarios: mejoría en náusea/vómito, $\Delta = -2.0$ (-8.9 a 4.9), $p=0.01$ Supervivencia: no diferencias entre los grupos, la mediana en la intervención fue 323 días versus 364 días del grupo control ($p=0.16$)
Vanbutsele et al (2018)	Intervención: Cuidados paliativos tempranos con enfoque en 4 ejes con entrevista semiestructurada y evaluación mensual de síntomas + cuidado oncológico estándar Control: Cuidado oncológico estándar con cuidados paliativos solo a demanda Seguimiento: 12 semanas	Calidad de vida: EORTC QLQ-C30, MQOL	EORTC QLQ-C30: Media en grupo de intervención 61.98 puntos vs 54.39 puntos del grupo control (Diferencia: 7.6, IC95%: 0.59-14.6), $p=0.03$. MQOL: Media en grupo de intervención 7.05 vs 5.94 del grupo control (Diferencia: 1.11, IC95%: 0.49-1.73), $p=0.0006$
Franciosi et al (2019)	Intervención: programa centrado en el paciente con enfoque holístico + cuidado oncológico estándar hacia las 8 semanas tras el diagnóstico Control: Cuidado oncológico estándar sin referencia a cuidados paliativos Seguimiento: 12 semanas	Calidad de vida: FACT-G	FACT-G: los puntajes basales y finales del grupo de intervención fue 72.3 ± 12.6 y 70.1 ± 15.5 , en el grupo control fueron: 71.7 ± 14.7 y 69.6 ± 15.5 , sin encontrarse diferencias significativas entre los grupos ($p=0.18$).

Autor (Año)	Intervención/Seguimiento	Instrumentos de Evaluación	Resultados
Vanbutsele et al (2020)	<p>Intervención: Cuidados paliativos aplicados cuan pronto se realiza el diagnóstico con enfoque de 4 ejes y control mensual + cuidado oncológico estándar</p> <p>Control: Cuidado oncológico estándar con referencia a cuidados paliativos a demanda</p> <p>Seguimiento: 12 semanas a 6 meses</p>	<p>Calidad de vida: EORTC QLQ-C30), MQOL</p>	<p>EORTC QLQ-C30: mejoría significativa en el grupo de intervención hacia los 6 meses respecto al grupo de control (Diferencia: 5.9, IC95%: 0.06-11.1, $p=0.03$), 3 meses (Diferencia: 6.8, IC95%: 1-12.6, $p=0.02$) y 1 mes (Diferencia 7.6, IC95%: 0.07-14.5, $p=0.03$)</p> <p>MQOL: mejoría significativa en funcionalidad en el grupo de intervención vs grupo control a los 6 meses (Diferencia: 0.6, IC95%: 0.2-1.1, $p=0.002$), 3 meses (Diferencia: 0.7, IC95%: 0.3-1.1, $p=0.002$) y 1 mes (Diferencia: 0.7, IC95%: 0.2-1.2, $p=0.005$)</p>
Temel et al (2020)	<p>Intervención: cuidados paliativos hasta 12 semanas tras el diagnóstico, enfoque holístico con evaluación mensual de sintomatología y bienestar + cuidado oncológico estándar</p> <p>Control: cuidado oncológico estándar con cuidados paliativos únicamente bajo demanda</p> <p>Seguimiento: 12 a 24 semanas</p>	<p>Calidad de vida y estado de ánimo: FACT-G</p> <p>Depresión y ansiedad: HADS</p>	<p>FACT-G: No diferencias hacia las 12 semanas (Diferencia: 3.23, IC95%: -0.67 a 7.13, $p=0.10$) o a las 24 semanas (Diferencia: 3.12, IC95%: -1.54 a 7.77, $p=0.19$).</p> <p>HADS (Depresión): Sin diferencias hacia las 12 semanas (Diferencia: 0.08, IC95%: -0.94 a 2.09, $p=0.88$) o 24 semanas (Diferencia: 0.11, IC95%: -1.04 a 1.27, $p=0.85$).</p> <p>HADS (Ansiedad): A las 12 semanas, hubo una mejoría significativa en el grupo de intervención (-1.13 \pm 2.7) frente al grupo control (-0.32 \pm 2.8), $p=0.03$, pero no a las 24 semanas (Intervención: -1.23 \pm 3.5 vs -0.21 \pm 3.3), $p=0.06$.</p>
Slama et al (2020)	<p>Intervención: cuidados paliativos hasta 6 semanas posteriores al diagnóstico; consultas cada 6 a 8 semanas con evaluación de síntomas y enfoque en afrontamiento y soporte psicológico-espiritual + cuidado oncológico estándar</p> <p>Control: cuidado oncológico estándar con referencia a cuidados paliativos a demanda o bajo criterio oncológico</p> <p>Seguimiento: 6 meses</p>	<p>Calidad de vida: EORTC QoL C30</p> <p>Ansiedad y Depresión: HADS</p>	<p>EORTC QoL-C30: Sin diferencias significativas entre grupos a los 3 y 6 meses de seguimiento.</p> <p>HADS-Depresión: Sin diferencias en la ocurrencia de depresión a los 3 meses (Intervención: 25.4% vs Control: 29.4%, $p=1.00$) o a los 6 meses (Intervención: 29.7% vs Control: 27.9%, $p=0.364$)</p> <p>HADS-Ansiedad: Sin diferencias en la ocurrencia de ansiedad a los 3 meses (Intervención: 27.5% vs Control: 23.5%, $p=0.343$) o 6 meses (Intervención: 18.9% vs Control: 16.3%, $p=0.776$)</p>
Patil et al (2021)	<p>Intervención: cuidados paliativos multidisciplinarios en domicilio u hospicio con seguimiento mensual + cuidado oncológico estándar</p> <p>Control: cuidado oncológico estándar sin referencia establecida a cuidados paliativos a demanda</p> <p>Seguimiento: 3 meses</p>	<p>Calidad de vida: FACT-H&N</p> <p>Síntomas: ESAS-r</p>	<p>FACT H&N: La variación de puntaje en el grupo de intervención fue de -12.6 \pm 20.6, y en el grupo control de -4.3 \pm 20.7 ($p=0.92$) luego de 3 meses de evaluación.</p> <p>ESAS-r: sin diferencia en las medianas de reducción en la puntuación en el grupo de intervención vs el grupo control a los 3 meses de seguimiento: dolor (-1 vs 0, $p=0.31$), náusea (0 vs 0, $p=0.3$), disnea (0 vs 0, $p=0.26$), depresión (0 vs 0, $p=0.47$) o ansiedad (0 vs 0, $p=0.89$)</p> <p>Supervivencia: las medianas de supervivencia fueron similares en ambos grupos (HR: 1.01, IC95%: 0.74-1.35), sin ventajas para el grupo de intervención</p>



Autor (Año)	Intervención/Seguimiento	Instrumentos de Evaluación	Resultados
Chen et al (2022)	<p>Intervención: integración de cuidados paliativos hasta 8 semanas posteriores al diagnóstico con evaluación de calidad de vida, nutrición, dolor y soporte psicológico junto al cuidado oncológico estándar</p> <p>Control: cuidado oncológico estándar con referencia a demanda a servicios de cuidados paliativos</p> <p>Seguimiento: 24 semanas</p>	<p>Calidad de vida: FACT-L</p> <p>Dolor: NRS</p> <p>Depresión y ansiedad: HADS</p>	<p>FACT-L: Intervención: 116.38 ± 11.51 vs Control: 109.33 ± 15.86, $\Delta = -2.39$, $p=0.017$</p> <p>Dolor (NRS): En el grupo de intervención, 68.33% (sin dolor), 23.33% (dolor leve), en el grupo control, 60% (sin dolor), 33.33% (dolor leve), $p=0.474$ en 24 semanas</p> <p>HADS-Depresión: menor puntaje en el grupo de intervención respecto al grupo control (1.95 ± 1.64 vs 4.10 ± 3.72, $\Delta = -3.76$, $p<0.001$)</p> <p>HADS-Ansiedad: sin diferencias entre los grupos (Intervención: 1.97 ± 1.64 vs Control: 2.93 ± 2.76, $\Delta = -1.49$, $p=0.136$)</p>
Rodin et al (2022)	<p>Intervención: cuidados paliativos multidisciplinares con evaluación inicial en el primer mes de ingreso al estudio, enfoque en control de síntomas, calidad de vida, soporte social y atención domiciliaria. Seguimiento mensual tanto presencial como telefónico + cuidado oncológico estándar</p> <p>Control: cuidado oncológico estándar sin referencia a cuidados paliativos</p> <p>Seguimiento: 4 meses</p>	<p>Calidad de vida: FACIT-Sp, QUAL-E</p> <p>Severidad de síntomas: ESAS</p>	<p>FACIT-Sp: en el grupo de intervención 5.1 ± 13.3 vs grupo control -3.0 ± 15.2, Diferencia ajustada: 8.7, IC95%: 2.8 a 14.5, $p=0.01$</p> <p>QUAL-E: grupo de intervención: 4.5 ± 7.7 vs grupo control: 0.3 ± 6.8, Diferencia ajustada: 4.2, IC95%: 0.9 a 7.5, $p=0.02$)</p> <p>ESAS: sin diferencia en la reducción de severidad de síntomas entre grupos (-7.9 ± 14.2 vs -3.4 ± 14.4, Diferencia ajustada: -5.6, IC95%: -12.7 a 1.4, $p=0.11$)</p>
Adenis et al (2024)	<p>Intervención: cuidados paliativos multidisciplinario en las primeras 3 semanas desde el ingreso al estudio con seguimiento mensual + cuidado oncológico estándar</p> <p>Control: cuidado oncológico estándar con referencia a cuidados paliativos a demanda</p> <p>Seguimiento: 60 meses</p>	<p>Calidad de vida: EORTC QLQ-C30</p> <p>Depresión y ansiedad: HADS</p> <p>Supervivencia</p>	<p>EORTC QLQ-C30: no se describen diferencias en la variación de los puntajes iniciales o finales en ninguna de las dimensiones correspondientes.</p> <p>HADS Depresión: sin diferencias en las proporciones de depresión entre los grupos hacia las 8 semanas (Intervención: 20% vs Control: 16.8%) y 16 semanas (Intervención: 16.5% vs Control: 16.1%)</p> <p>HADS Ansiedad: sin diferencias en la proporción de ansiedad entre los grupos a las 8 semanas (Intervención: 11.7% vs Control: 11.8%) y 16 semanas (Intervención: 11.6% vs Control: 8.1%)</p> <p>Supervivencia: sin diferencias en las medianas de supervivencia entre los grupos (Intervención: 7 meses vs Control: 8.6 meses, HR: 1.04, IC95%: 0.86-1.26, $p=0.68$)</p>
Allende et al (2024)	<p>Intervención: cuidados paliativos especializados con soporte centrado en el paciente y estrategias de afrontamiento con control de síntomas y funcionalidad, tan pronto se haya realizado el diagnóstico + cuidado oncológico estándar</p> <p>Control: cuidado oncológico estándar con referencia a cuidados paliativos a demanda</p> <p>Seguimiento: 6 ciclos de tratamiento (24 meses)</p>	<p>Calidad de vida: EORTC QLQ-C30, QLQ-LC13</p> <p>Depresión y Ansiedad: HADS</p> <p>Supervivencia</p>	<p>EORTC QLQ-C30/QLQ-LC13: no se evidenció diferencias significativas en los puntajes entre el grupo de intervención y control (Diferencia de medias: -8.1, IC95%: -21 a 4.7, $p=0.213$).</p> <p>HADS Ansiedad: sin diferencias en las proporciones de ansiedad entre grupos de intervención y control (73.2% vs 74.6%), $p=0.744$</p> <p>HADS Depresión: sin diferencias en las proporciones entre grupos de intervención y control (71.2% vs 82.9%), $p=0.763$</p> <p>Supervivencia: mediana de supervivencia más prolongada en el grupo de intervención (18.1 meses, IC95%: 7.9-28.4) frente al grupo control (10.5 meses, IC95%: 4.7-16.2), HR: 1.5 (IC95%: 1.04-2.3), $p=0.03$</p>



Autor (Año)	Intervención/Seguimiento	Instrumentos de Evaluación	Resultados
Kang et al (2024)	Intervención: cuidados paliativos con énfasis en educación y planificación avanzada (3 semanas). Seguimiento cada 3 semanas por 6 meses con evaluación de calidad de vida + cuidado oncológico estándar Control: cuidado oncológico estándar con referencia a cuidados paliativos en casos seleccionados Seguimiento: 24 semanas	Calidad de vida: EORTC QLQ-C15-PAL	EORTC QLQ-C15-PAL/MQOL: Sin diferencias en la variación de puntajes entre grupos en la semana 12 y 24 de seguimiento. En la semana 18, los puntajes globales fueron mejores en el grupo de intervención frente al control, (Diferencia: 11.29 vs 2.63, p=0.04). No diferencias en las diversas dimensiones entre grupos.
El-Jawahri et al (2025)	Intervención: cuidados paliativos tempranos en hospitalización con dos visitas semanales, con enfoque en el manejo de síntomas físicos y psicológicos con equipo multidisciplinario + cuidados oncológicos estándar Control: cuidado oncológico estándar con referencia a cuidados paliativos a discreción Seguimiento: 6 meses	Calidad de vida: FACT-BMT Depresión y Ansiedad: HADS	FACT-BMT: se evidenció diferencias significativa en la variación del puntaje de calidad de vida en la semana 2, favorece al grupo de intervención (Diferencia: 6.3, IC95%: 2.8 - 9.7, p <0.001). HADS-Depresión: se evidenció menores puntajes entre grupos (Diferencia: -1, IC95%: -1.9 a -0.9, p=0.026) a la semana 2. HADS-Ansiedad: sin diferencias en la variación de puntajes entre los grupos a la semana 2, (Diferencia: 0.1, IC95%: -0.5 a 0.7, p=0.735)

Fuente: Elaboración propia

Discusión

En nuestra revisión se incluyeron 16 ensayos clínicos aleatorizados en los que se analizaron los impactos de los CPT en pacientes adultos con cáncer avanzado. Entre los hallazgos, la mayoría de estudios no lograron establecer diferencias en la valoración global de calidad de vida, severidad de la sintomatología o beneficios diferenciados en la ocurrencia de depresión o ansiedad entre aquellos pacientes que recibieron CPT y quienes recibieron cuidado oncológico estándar solamente. No obstante, algunos estudios mostraron impactos en dimensiones relacionadas al bienestar emocional, espiritualidad y funcionalidad física. La supervivencia, parece tener un tiempo más prolongado con CPT.

Algunos estudios han documentado resultados consistentes a los encontrados en esta revisión. Por ejemplo, en cáncer de pulmón avanzado, Temel et al. (2024), demostraron que un modelo escalonado de cuidados paliativos tempranos podría tener un efecto positivo en la calidad de vida, y establece que son esquemas sostenibles en el tiempo en escenarios con recursos limitados (Temel et al., 2024). Esto, se ha visto en estudios observacionales como el ejecutado por Chen et al. (2024), en pacientes con cáncer de cabeza y cuello, quienes concluyen que los cuidados paliativos temprano mejoran los síntomas de distrés emocional y ciertas dimensiones de la calidad de vida, así como favorece la adherencia a tratamientos oncológicos (Chen et al., 2024). Similares conclusiones se han descrito en cohortes de pacientes con cáncer vesical avanzado, donde los cuidados paliativos temprano optimizan el bienestar psicológico, mejora la fatiga y genera una mayor satisfacción familiar (Xie et al., 2025). Otros estudios como el de Bardieri et al. (2020), en Italia muestran que la referencia temprana a servicios de cuidados paliativos se relaciona con menor uso de quimioterapia al final de la vida, así como una mayor supervivencia y reducción de la agresividad terapéutica (Bandieri et al., 2020).

Con base en lo descrito previamente, los resultados derivados de la presente revisión muestran que la integración de CPT en adultos con cáncer en fases avanzadas no se traduce de manera homogénea y robusta en el beneficio sobre la calidad de vida general, severidad de la sintomatología o en la salud mental de los beneficiarios, a pesar de que algunos estudios reportaron beneficios en dominios tales como: bienestar emocional, espiritualidad y funcionalidad física.

En este sentido, nuestros hallazgos coinciden con lo que se ha reportado en revisiones sistemáticas similares. Haun et al. (2017), evaluaron siete ensayos clínicos aleatorizados donde se evidenció un mínimo beneficio de la aplicación de CPT en calidad de vida e intensidad de sintomatología, pero, sin efectos tangibles sobre la supervivencia o en la incidencia de depresión (Haun et al., 2017). Esto es similar a lo encontrado en nuestra síntesis, en la que no se encontraron diferencias globales en la calidad de vida, excepto mejorías en dominios específicos. De igual forma, Huo et al. (2022), analizaron 16 estudios y concluyeron que los cuidados paliativos tempranos se asocian a una mejoría significativa en el estado de ánimo, calidad de vida y menor ocurrencia de depresión y ansiedad, así como a mayor probabilidad de supervivencia hacia los 12 meses, sin embargo, el metaanálisis tiene alta heterogeneidad y bajo nivel de evidencia (Huo et al., 2022). En contraste, los resultados obtenidos en nuestra revisión no muestran mejoría en los puntajes de depresión o ansiedad, pero sí una mayor probabilidad de supervivencia, lo que sugiere que los beneficios de los programas de cuidados paliativos tempranos podrían condicionarse según el contexto clínico y diseño de las intervenciones.

En evidencia más reciente, Haroen et al. (2025), en un metaanálisis de 24 estudios, señalan que los CPT se asocian a una reducción de la ocurrencia de ansiedad y mejoría global de la calidad de vida, aunque sin efectos importantes sobre la depresión o la funcionalidad. Este resultado es parcialmente consistente con nuestro análisis, donde se evidenció un impacto limitado sobre la ansiedad en ciertos ensayos, pero no sobre la depresión (Haroen et al., 2025). No obstante, difiere respecto a la calidad de vida, pues en nuestra revisión se encontraron mejoras en dimensiones específicas como la funcionalidad, bienestar emocional y espiritual, aunque no de manera uniforme en la evaluación global.

Finalmente, Creangă-Murariu et al. (2025), en una amplia valoración de 41 estudios determinaron que los CPT brindan de forma robusta beneficios en la calidad de vida y reducción significativa en la severidad de la sintomatología. Sin embargo, también se explica que la magnitud de dichos efectos varía ampliamente según el tipo de cáncer, el momento en el que se inicia la intervención y la intensidad del protocolo de cuidado implementado (Creangă-Murariu et al., 2025). Dichas conclusiones recuerdan que no existe un único modelo de cuidados paliativos tempranos que pueda aplicarse a todos los pacientes en fases avanzadas del cáncer y refuerza la heterogeneidad observada en nuestro análisis, donde los beneficios no fueron uniformes en todos

los desenlaces o cohortes.

Las principales fortalezas de la presente revisión destacan: la inclusión de un considerable número de ensayos clínicos recientes, diversidad geográfica de los estudios, incluso en el ámbito latinoamericano, lo cual, aporta una visión amplia de los diversos escenarios clínicos, incluso en aquellos con recursos limitados. Los estudios no tuvieron grandes observaciones en cuanto al riesgo de sesgo. En cuanto a las limitaciones, existió una importante heterogeneidad en los tipos de cáncer, así como en las herramientas de valoración de los desenlaces y los protocolos de cuidado paliativo temprano, lo que dificultó una comparación homogénea entre los estudios y, en consecuencia, estimar de forma efectiva los beneficios en la calidad de vida y sintomatología.

Los hallazgos de la revisión expuesta puntualizan que los CPT en pacientes adultos con cáncer avanzado puede brindar beneficios en el bienestar emocional, espiritualidad y funcionalidad. A pesar de la heterogeneidad de los resultados, los CPT pueden tener un impacto positivo en las diversas dimensiones de la calidad de vida e incluso supervivencia. Esto resalta la necesidad de crear programas de atención paliativa temprana flexibles, adaptados a los variados tipos de neoplasias, momento de la enfermedad y necesidades de cada paciente. En los aspectos clínicos prácticos, se recomienda la incorporación de equipos multidisciplinarios de cuidados paliativos desde las fases tempranas del cuidado oncológico estándar, lo que, fortalece el trabajo en equipo y la comunicación con pacientes y familias, a la par que se abordan barreras de acceso y estigmas que aún limitan su implementación.

Conclusiones

La revisión presentada describe la evidencia disponible respecto a los efectos de los cuidados paliativos tempranos (CPT) en personas adultas que cursan fases avanzadas del cáncer. De forma general, los CPT no alcanzan beneficios robustos y homogéneos en las puntuaciones globales y dimensionales de la calidad de vida; sin embargo, algunos ensayos informan efectos positivos en las dimensiones relacionadas a la espiritualidad, funcionalidad física y bienestar emocional. Algunos de los estudios evaluados establecen un mejor perfil de supervivencia en quienes fueron beneficiados con CPT, no obstante, estos efectos no se reproducen de manera consistente. La evidencia, en su conjunto, confirma una elevada heterogeneidad de los impactos en función del tipo de neoplasia, momento de inicio de la intervención, protocolos ejecutados para el cuidado y las herramientas de evaluación, lo que limita la comparación directa y una síntesis robusta de los resultados.

Desde una visión clínica, la aplicación de CPT junto al cuidado oncológico estándar antepone las necesidades del paciente y su entorno como parte de su concepción fundamental, con claro potencial de mejorar la experiencia de atención. La implementación de los CPT requiere modelos y protocolos flexibles, con equipos multidisciplinarios sensibles al contexto asistencial y ajustados a los recursos disponibles, sin asumir efectos homogéneos en los resultados esperados con cada paciente.

En investigaciones futuras, se debe priorizar la estandarización de las intervenciones y la evaluación de desenlaces, con una inclusión conjunta de los principales resultados en torno a las dimensiones de la calidad de vida, sintomatología y salud mental, con una definición clara y precisa del momento de inicio e intensidad de la intervención. Son necesarios los análisis por subgrupos clínicos con estratificación por tipo de cáncer, carga sintomática inicial y contexto asistencial, además de evaluaciones económicas (costo-beneficio y costo-efectividad), utilización de los servicios sanitarios y la agresividad terapéutica. También, se requiere evidencia que aborde los aspectos relacionados a la equidad en el acceso, que identifique barreras y facilitadores en escenarios con recursos limitados y que proponga modelos sostenibles y escalables para su implementación universal.

Referencias bibliográficas

- Adenis, A., Da Silva, A., Ben Abdelghani, M., Bourgeois, V., Bogart, E., Turpin, A., Evin, A., Proux, A., Galais, M. P., Jaraudias, C., Quintin, J., Bouquet, G., Samalin, E., Bremaud, N., Javed, S., Henry, A., Kurtz, J. E., Cornuault-Foubert, D., Vandamme, H., ... Le Deley, M. C. (2024). Early palliative care and overall survival in patients with metastatic upper gastrointestinal cancers (EPIC): a multicentre, open-label, randomised controlled phase 3 trial. *EClinicalMedicine*, 74, 1–12. <https://doi.org/10.1016/j.eclim.2024.102470>
- Allende, S., Turcott, J. G., Verástegui, E., Rodríguez-Mayoral, O., Flores-Estrada, D., Camargo, D. A. P., Ramos-Ramírez, M., Martínez-Hernández, J. N., Oñate-Ocaña, L. F., Pina, P. S., Cardona, A. F., & Arrieta, O. (2024). Early Incorporation to Palliative Care (EPC) in Patients With Advanced Non-Small Cell Lung Cancer: The PACO Randomized Clinical Trial. *Oncologist*, 29, e1373–e1385. <https://doi.org/10.1093/oncolo/oyae050>
- American Cancer Society. (2024). *What are advanced and metastatic cancers?* <https://www.cancer.org/cancer/understanding-cancer/what-is-cancer/advanced-and-metastatic-cancer.html>
- Bakitas, M. A., Tosteson, T. D., Li, Z., Lyons, K. D., Hull, J. G., Li, Z., Dionne-Odom, J. N., Frost, J., Dragnev, K. H., Hegel, M. T., Azuero, A., & Ahles, T. A. (2015). Early versus delayed initiation of concurrent palliative oncology care: Patient outcomes in the ENABLE III randomized controlled trial. *Journal of Clinical Oncology*, 33(13), 1438–1445. <https://doi.org/10.1200/JCO.2014.58.6362>
- Bandieri, E., Banchelli, F., Artioli, F., Mucciarini, C., Razzini, G., Cruciani, M., Potenza, L., D'Amico, R., Efficace, F., Bruera, E., & Luppi, M. (2020). Early versus delayed palliative/supportive care in advanced cancer: An observational study. *BMJ Supportive and Palliative Care*, 10(4), 1–10. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2019-001794>
- Bergerot, C. D., & Pal, S. K. (2022). Shining a light on the psychological burden of cancer. *Nature Medicine*, 28, 637–638. <https://doi.org/10.1038/s41591-022-01763-w>
- Bray, F., Laversanne, M., Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Soerjomataram, I., & Jemal, A. (2024). Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*, 74, 229–263. <https://doi.org/10.3322/caac.21834>
- Chelazzi, C., & Ripamonti, C. I. (2024). How early should be “Early Integrated Palliative Care”? *Supportive Care in Cancer*, 32(41), 1–3. <https://doi.org/10.1007/s00520-023-08213-4>
- Chen, M., Yang, L., Yu, H., Yu, H., Wang, S., Tian, L., & Liu, S. (2022). Early Palliative Care in Patients With Non-Small-Cell Lung Cancer: A Randomized Controlled Trial in Southwest China. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 0(0), 1–8. <https://doi.org/10.1177/10499091211072502>
- Chen, T. C., Wang, S. H., Ho, C. M., Lin, H. C., Tung, C. L., Chang, C. C., Tsai, C. F., Chen, T. H., Fang, Y. C., Lin, W. T., Lee, Y. T., Chang, Y. S., & Lee, M. Y. (2024). Effectiveness of early palliative care in patients with head and neck cancer in Taiwan. *Journal of the Chinese Medical Association*, 87, 643–652. <https://doi.org/10.1097/JCMA.0000000000001104>
- Creangă-Murariu, I., Froicu, E. M., Scripcariu, D. V., Bacoanu, G., Poroach, M., Moscalu, M., Tarniceriu, C. C., Alexa-Stratulat, T., & Poroach, V. (2025). Timing Matters: A Systematic Review of Early Versus Delayed Palliative Care in Advanced Cancer. *Cancers*, 17(15), 1–18. <https://doi.org/10.3390/cancers17152598>
- El-Jawahri, A., LeBlanc, T. W., Kavanaugh, A., Webb, J., Fausto, J., Traeger, L., Greer, J. A., Jackson, V., Horick, N., Rabideau, D. J., Fenech, A., Newcomb, R., Ufere, N. N., Caruso, E., Pepper, J., DeFilipp, Z., Chen, Y.-B., Lee, S. J., & Temel, J. S. (2025). Multisite Randomized Trial of Inpatient Palliative Care Intervention for Patients Undergoing Hematopoietic Stem Cell Transplantation. *Journal of Clinical Oncology*, 43(24), 2700–2711. <https://doi.org/10.1200/jco-25-00378>
- Ferrell, B. R., Temel, J. S., Temin, S., Alesi, E. R., Balboni, T. A., Basch, E. M., Firm, J. I., Paice, J. A., Peppercorn, J. M., Phillips, T., Stovall, E. L., Zimmermann, C., & Smith, T. J. (2017). Integration of palliative care into standard oncology care: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update. *Journal of Clinical Oncology*, 35(1), 96–112. <https://doi.org/10.1200/JCO.2016.70.1474>
- Franciosi, V., Maglietta, G., Esposti, C. D., Caruso, G., Cavanna, L., Bertè, R., Bacchini, G., Bocchi, L., Piva, E., Monfredo, M., Scafuri, V., Cesare, P. Di, Melotti, B., Sequino, M., Rimanti, A., Binovi, C., Ghisoni, F., & Caminiti, C. (2019). Early palliative care and quality of life of advanced cancer patients—a multicenter randomized clinical trial. *Annals of Palliative Medicine*, 8(4), 381–389. <https://doi.org/10.21037/apm.2019.02.07>
- Groenvold, M., Petersen, M. A., Damkier, A., Neergaard, M. A., Nielsen, J. B., Pedersen, L., Sjøgren, P., Strömberg, A. S.,



- Vejlgaard, T. B., Gluud, C., Lindschou, J., Fayers, P., Higginson, I. J., & Johnsen, A. T. (2017). 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. *Palliative Medicine*, 00(0), 1–11. <https://doi.org/10.1177/0269216317705100>
- Haroen, H., Maulana, S., Harun, H., Mirwanti, R., Sari, C. W. M., Platini, H., Arovah, N. I., Padila, P., Amirah, S., & Pardosi, J. F. (2025). The benefits of early palliative care on psychological well-being, functional status, and health-related quality of life among cancer patients and their caregivers: a systematic review and meta-analysis. *BMC Palliative Care*, 24(120), 1–19. <https://doi.org/10.1186/s12904-025-01737-y>
- Haun, M. W., Estel, S., Rücker, G., Friederich, H. C., Villalobos, M., Thomas, M., & Hartmann, M. (2017). Early palliative care for adults with advanced cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017(6). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011129.pub2>
- Huo, B., Song, Y., Chang, L., & Tan, B. (2022). Effects of early palliative care on patients with incurable cancer: A meta-analysis and systematic review. *European Journal of Cancer Care*, 31(6), 1–9. <https://doi.org/10.1111/ecc.13620>
- Kang, E. K., 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), 1–14. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.26304>
- Khandelwal, N., Brumback, L. C., Halpern, S. D., Coe, N. B., Brumback, B., & Curtis, J. R. (2017). Evaluating the economic impact of palliative and end-of-life care interventions on intensive care unit utilization and costs from the hospital and healthcare system perspective. *Journal of Palliative Medicine*, 1–7. <https://doi.org/10.1089/jpm.2016.0548>
- Kircher, C. E., Hanna, T. P., Tranmer, J., Goldie, C. E., Ross-White, A., Moulton, E., Flegal, J., & Goldie, C. L. (2025). Defining “early palliative care” for adults diagnosed with a life-limiting illness: a scoping review. *BMC Palliative Care*, 24(93), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12904-025-01712-7>
- Kochovska, S., Ferreira, D. H., Luckett, T., Phillips, J. L., & Currow, D. C. (2020). Earlier multidisciplinary palliative care intervention for people with lung cancer: a systematic review and meta-analysis. *Translational Lung Cancer Research*, 9(4), 1699–1709. <https://doi.org/10.21037/tlcr.2019.12.18>
- Liberati, A., Altman, D. G., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gøtzsche, P. C., Ioannidis, J. P. A., Clarke, M., Devereaux, P. J., Kleijnen, J., & Moher, D. (2009). The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate healthcare interventions: explanation and elaboration. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 339, 1–27. <https://doi.org/10.1136/bmj.b2700>
- Maher, J., Velikova, G., & Betteley, A. (2015). Incurable, but treatable: How to address challenges for an emerging group. *BMJ Supportive and Palliative Care*, 5, 322–324. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2015-001047>
- Nadolny, S., Schildmann, E., Gaßmann, E. S., & Schildmann, J. (2023). What is an “early palliative care” intervention? A scoping review of controlled studies in oncology. *Cancer Medicine*, 12, 21335–21353. <https://doi.org/10.1002/cam4.6490>
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Palliative care*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- Patil, V. M., Singhai, P., Noronha, V., Bhattacharjee, A., Deodhar, J., Salins, N., Joshi, A., Menon, N. S., Abhyankar, A., Khake, A., Dhupal, S. B., Tambe, R., Muckaden, M. A., & Prabhash, K. (2021). Effect of Early Palliative Care on Quality of Life of Advanced Head and Neck Cancer Patients: A Phase III Trial. *Journal of the National Cancer Institute*, 113(9), 1228–1237. <https://doi.org/10.1093/jnci/djab020>
- Petrillo, L. A., Jones, K. F., El-Jawahri, A., Sanders, J., Greer, J. A., & Temel, J. S. (2024). Why and How to Integrate Early Palliative Care Into Cutting-Edge Personalized Cancer Care. *American Society of Clinical Oncology Educational Book*, 44(3), 1–10. https://doi.org/10.1200/edbk_100038
- Rodenbach, R. A., Althouse, A. D., Schenker, Y., Smith, T. J., Chu, E., White, D. B., Bakitas, M., & Arnold, R. M. (2021). Relationships Between Advanced Cancer Patients’ Worry About Dying and Illness Understanding, Treatment Preferences, and Advance Care Planning. *Journal of Pain and Symptom Management*, 61(4), 723–731. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.09.004>
- Rodin, R., Swami, N., Pope, A., Hui, D., Hannon, B., Le, L. W., & Zimmermann, C. (2022). Impact of early palliative care according to baseline symptom severity: Secondary analysis of a cluster-randomized controlled trial in patients with advanced cancer. *Cancer Medicine*, 11(8), 1869–1878. <https://doi.org/10.1002/cam4.4565>
- Slama, O., Pochop, L., Sedo, J., Svancara, J., Sedova, P., Svetlakova, L., Demlova, R., & Vyzula, R. (2020). Effects of Early and Systematic Integration of Specialist Palliative Care in Patients with Advanced Cancer: Randomized Controlled

- Trial PALINT. *Journal of Palliative Medicine*, 1–8. <https://doi.org/10.1089/jpm.2019.0697>
- Sterne, J. A. C., Savović, J., Page, M. J., Elbers, R. G., Blencowe, N. S., Boutron, I., Cates, C. J., Cheng, H. Y., Corbett, M. S., Eldridge, S. M., Emberson, J. R., Hernán, M. A., Hopewell, S., Hróbjartsson, A., Junqueira, D. R., Jüni, P., Kirkham, J. J., Lasserson, T., Li, T., ... Higgins, J. P. T. (2019). RoB 2: A revised tool for assessing risk of bias in randomised trials. *BMJ*, 366, 1–8. <https://doi.org/10.1136/bmj.l4898>
- Temel, J. S., Greer, J. A., Muzikansky, A., Gallagher, E. R., Admane, S., Jackson, V. A., Dahlin, C. M., Blinderman, C. D., Jacobsen, J., Pirl, W. F., Billings, J. A., & Lynch, T. J. (2010). Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non-Small-Cell Lung Cancer. *N Engl J Med*, 363, 733–742.
- Temel, J. S., Jackson, V. A., El-Jawahri, A., Rinaldi, S. P., Petrillo, L. A., Kumar, P., McGrath, K. A., LeBlanc, T. W., Kamal, A. H., Jones, C. A., Rabideau, D. J., Horick, N., Pinto, K., Gallagher Medeiros, E. R., Post, K. E., & Greer, J. A. (2024). Stepped Palliative Care for Patients With Advanced Lung Cancer: A Randomized Clinical Trial. *JAMA*, 332(6), 471–481. <https://doi.org/10.1001/jama.2024.10398>
- Temel, J. S., Sloan, J., Zemla, T., Greer, J. A., Jackson, V. A., El-Jawahri, A., Kamdar, M., Kamal, A., Blinderman, C. D., Strand, J., Zylla, D., Daugherty, C., Furqan, M., Obel, J., Razaq, M., Roeland, E. J., & Loprinzi, C. (2020). Multisite, Randomized Trial of Early Integrated Palliative and Oncology Care in Patients with Advanced Lung and Gastrointestinal Cancer: Alliance A221303. *Journal of Palliative Medicine*, 7, 1–8. <https://doi.org/10.1089/jpm.2019.0377>
- Vanbutsele, G., Pardon, K., Van Belle, S., Surmont, V., De Laat, M., Colman, R., Eecloo, K., Cocquyt, V., Geboes, K., & Deliens, L. (2018). Effect of early and systematic integration of palliative care in patients with advanced cancer: a randomised controlled trial. *The Lancet Oncology*, 1–11. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(18\)30060-3](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(18)30060-3)
- Vanbutsele, G., Van Belle, S., Surmont, V., De Laat, M., Colman, R., Eecloo, K., Naert, E., De Man, M., Geboes, K., Deliens, L., & Pardon, K. (2020). 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. *European Journal of Cancer*, 124, 186–193. <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2019.11.009>
- Xie, X., Sang, Y., & Shou, D. (2025). Early Palliative Care in Advanced or Metastatic Bladder Cancer: A Retrospective Study. *Archivos Espanoles de Urologia*, 78(3), 371–379. <https://doi.org/10.56434/j.arch.esp.urol.20257803.49>
- Zimmermann, C., Swami, N., Krzyzanowska, M., Hannon, B., Leighl, N., Oza, A., Moore, M., Rydall, A., Rodin, G., Tannock, I., Donner, A., & Lo, C. (2014). Early palliative care for patients with advanced cancer: A cluster-randomised controlled trial. *The Lancet*, 383, 1721–1730. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62416-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62416-2)

Conflicto de intereses:

Los autores declaran que no existe conflicto de interés posible.

Financiamiento:

No existió asistencia financiera de partes externas al presente artículo.

Agradecimiento:

N/A

Nota:

El artículo no es producto de una publicación anterior.