GOBIERNO REGIONAL CUSCO GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO
Mg. Abg. [illegible] Pillco
JEFE
GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS

GOBIERNO REGIONAL CUSCO GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO
Abog. Julio [illegible] Delgado Mora
JEFE: NORMAS TÉCNICAS

Resolución Directoral

N° 643 -2025-GORE.CUSCO-GRSC-HRC/UGRH.

Cusco, 03 SEP 2025

Visto el Expediente N° 16356-2025, Memorando N° 667-2025-GR.CUSCO/GERESA-HRC-DE, Informe N°224–2025-GRC/GERESA-CUSCO-HRC-OGC, Informe N°27–2025-GRC/GERESA-CUSCO-HRC-OGC.YMM

CONSIDERANDO:

Que, mediante el Informe N°27–2025-GRC/GERESA-CUSCO-HRC-OGC.YMM, el Grupo Elaborador de Guías de Práctica Clínica del Hospital Regional del Cusco, cursa a la Jefa de la Oficina Gestión de la Calidad Dos (02) Guías de Practica Clínica en la modalidad de Adopción, del Departamento de Anestesia, Analgesia y Reanimación, la misma que fue evaluada mediante los instrumentos para la elaboración, Adopción y Adaptación de Guías de Práctica Clínica, para su aprobación mediante resolución directoral, siendo las que se citan a continuación:

- Guia de Práctica Clínica para Manejo del Dolor Oncológico en Adultos.
- Guia de Practica Clínica en Cuidados Paliativos para Pacientes con Cáncer.

Mediante Informe N°224–2025-GRC/GERESA-CUSCO-HRC-OGC, la jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad solicita a la Dirección Ejecutiva, que mediante acto resolutivo se efectué la aprobación en la modalidad de adopción la Guia de Práctica Clínica para Manejo del Dolor Oncológico en Adultos y la Guia de Práctica Clínica en Cuidados Paliativos para Pacientes con Cáncer, del Departamento de Anestesia, Analgesia y Reanimación, el mismo que fue evaluado y aprobado para uso de todos los servicios asistenciales del Hospital Regional del Cusco

Que, mediante Memorando N°667-2025-GR.CUSCO/GERESA-HRC-DE, el Director Ejecutivo del Hospital Regional del Cusco, en atención a lo solicitado por la Jefa de la Unidad de Gestión de la Calidad, dispone elaborar la Resolución Directoral de Aprobación en la Modalidad de Adopción de las Dos (02) Guia de Práctica Clínica para Manejo del Dolor Oncológico en Adultos y la Guia de Práctica Clínica en Cuidados Paliativos para Pacientes con Cáncer, del Departamento de Anestesia, Analgesia y Reanimación del Hospital Regional del Cusco periodo 2025 que consta de dos anillados.

Que, el artículo I y artículo II del Título Preliminar de la Ley N°26842 - Ley General de Salud, establece que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, y que la protección de la salud es de interés público; por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, el artículo 5° del Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, aprobado mediante el Decreto Supremo N°013-2006-SA, establece que los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo deben contar, en cada área, unidad o servicio, con manuales de procedimientos, guías de práctica clínica referidos a la atención de los pacientes, personal, suministros, mantenimiento, seguridad, y otros que sean necesarios, según sea el caso. En tal sentido el inciso s) del artículo 37° del citado Reglamento, establece que corresponde al Director Médico disponer la elaboración del Reglamento Interno, de las guías de práctica clínica y de los manuales de procedimientos referidos a la atención de los pacientes, personal, suministros, mantenimiento, seguridad, y otros que sean necesarios;

Que, el numeral 5.1 del documento denominado "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", aprobado mediante la Resolución Ministerial N°826-2021/MINSA, define al Documento Normativo del Ministerio de Salud, a todo aquel documento aprobado por el Ministerio de Salud que tiene por finalidad transmitir información estandarizada y aprobada sobre aspectos técnicos, sean estos asistenciales, sanitarios y/o administrativos, relacionados al ámbito del Sector Salud, en cumplimiento de sus objetivos; así como facilitar el adecuado y correcto desarrollo de competencias, funciones, procesos, procedimientos y/o actividades, en los diferentes niveles de atención de salud, niveles de gobierno y subsectores de salud, según corresponda;

Que, mediante la Resolución Ministerial N°302-2015-MINSA, se aprobó la NTS N°117-MINSA/DGSP-V.01; "Norma Técnica de Salud para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud" la cual tiene por finalidad contribuir a la calidad y seguridad de las atenciones de salud, respaldadas por guías de práctica clínica, basadas en evidencias científicas, ofreciendo el máximo beneficio y el mínimo riesgo para los usuarios de las prestaciones en salud, así como la optimización y racionalización del uso de recursos.

Escaneado con CamScanner

Resolución Directoral

Nº 643 -2025-GORE.CUSCO-GRSC-HRC/UGRH.

Cusco, 03 SEP 2025

Que, el numeral 5.7 de las Disposiciones Generales de la "Norma Técnica de Salud para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud" se indica que los establecimientos de salud II y III Nivel de atención públicos y privados están obligados a disponer, implementar y aplicar el uso de Guías Prácticas Clínicas (GPC) referidas a las patologías de mayor demanda en su perfil epidemiológico;

Que, las Dos Guias de Práctica Clínica para Manejo del Dolor Oncológico en Adultos y la Guia de Práctica Clínica en Cuidados Paliativos para Pacientes con Cáncer, del Departamento de Anestesia, Analgesia y Reanimación del Hospital Regional del Cusco, contribuirá a la mejora de los procesos asistenciales y administrativos, y a fin de alcanzar los objetivos y metas programadas, por lo que resulta pertinente emitir el acto resolutivo correspondiente.

Que, conforme a las facultades conferidas en el Reglamento de Organización y Funciones (ROF), del Hospital aprobado con Ordenanza Regional N°082-2014-CR/GRC.CUSCO, la máxima autoridad administrativa de la entidad, aprueba y/o determina mediante resolución, Directivas, Normas, Reglamentos, Planes, Procedimientos y otras decisiones que sean necesarias para el mejor desarrollo y logro de los fines y objetivos de la Institución; en ese contexto, la Dirección Ejecutiva del Hospital Regional Cusco, dispone expedir la presente resolución;

En uso de las facultades y atribuciones conferidas, por la Ley N° 27783 Ley de Bases de la Descentralización Ley Nº 32185 Ley de Presupuesto del Sector Publico para el Año 2025, Ley Nº 27867 Ley Orgánica de Gobiernos Regionales y modificatorias, Decreto Supremo Nº 004-2019-JUS, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N°27444 - Ley del Procedimiento Administrativo General, Decreto Supremo N°021-2019-JUS que aprueba el T.U.O. de la Ley Nº 27806 Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública; y a la delegación de facultades administrativas consignadas en la Resolución .Ministerial. Nº 963-2017-MINSA;

Con el visto bueno de la Dirección de Administración y la Unidad de Asesoría Legal del Hospital Regional Cusco

SE RESUELVE:

ARTÍCULO 1º.- APROBAR LA ADOPCION DE LA "GUIA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA MANEJO DEL DOLOR ONCOLÓGICO EN ADULTOS" compuesta de 68 folios Y LA "GUIA DE PRÁCTICA CLÍNICA EN CUIDADOS PALIATIVOS PARA PACIENTES CON CÁNCER" compuesta de 79 folios, DEL DEPARTAMENTO DE ANESTESIA, ANALGESIA Y REANIMACIÓN DEL HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO" PERIODO 2025, que en anexo adjunto forman parte integrante de la presente resolución.

ARTÍCULO 2.- DISPONER que el Departamento de Anestesia, Analgesia y Reanimación implemente la difusión y aplicación interna de las Guías de Práctica Clínica aprobadas en el Artículo 1º de la presente Resolución.

ARTICULO 3°.- NOTIFICAR la presente resolución, a la parte interesada, e instancias asistenciales y administrativas correspondientes

ARTICULO 4°.- DISPONER, que la Unidad de Tecnologías de la Información y Telecomunicaciones la publicación de la presente Resolución en la página web del Hospital Regional de Cusco

REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE,

GOBIERNO REGIONAL CUSCO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO
HOSPITAL REGIONAL CUSCO
Med. Carlos [illegible] Ibarra Valdivia
Director Ejecutivo
CMP 47301 RNE 31980

Escaneado con CamScanner

GERENCIA REGIONAL DE SALUD DEL CUSCO

HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA EN CUIDADOS PALIATIVOS PARA PACIENTES CON CÁNCER

ADOPTADO DE GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA: PALLIATIVE CARE FOR PATIENTS WITH CANCER: ASCO GUIDELINE UPDATE. AMERICAN SOCIETY OF CLINICAL ONCOLOGY.

GRUPO ELABORADOR DE GUÍA:

- DRA. WENDY YANETTE ALEGRIA OBLITAS
- DRA. SARA LIZ BRICEÑO AMAYA
- DR. RAFAEL ARAGON GARCES

CUSCO-PERÚ
2025

Escaneado con CamScanner

Check for updates

Palliative Care for Patients With Cancer: ASCO Guideline Update

Justin J. Sanders, MD, MSc[1]; Sarah Temin, MSPH[2]; Arun Ghoshal, MBBS, MD, MRes[3]; Erin R. Alesi, MD[4]; Zipporah Vunoro Ali, MD[5]; Cynthia Chauhan, MSW[6]; James F. Cleary, MD[7]; Andrew S. Epstein, MD[8]; Janice I. Firn, PhD, MSW, HEC-C[9]; Joshua A. Jones, MD, MA[10]; Mark R. Litzow, MD[11]; Debra Lundquist, PhD, RN[12]; Mabel Alejandra Mardones, MD[13]; Ryan David Nipp, MD, MPH[14]; Michael W. Rabow, MD[15]; William E. Rosa, PhD, MBE, APRN[8]; Camilla Zimmermann, MD, PhD, FRCPC[3]; and Betty R. Ferrell, PhD[16]

DOI https://doi.org/10.1200/JCO.24.00542

ABSTRACT

ASCO Guidelines provide recommendations with comprehensive review and analyses of the relevant literature for each recommendation, following the guideline development process as outlined in the ASCO Guidelines Methodology Manual. ASCO Guidelines follow the ASCO Conflict of Interest Policy for Clinical Practice Guidelines.

Clinical Practice Guidelines and other guidance ("Guidance") provided by ASCO is not a comprehensive or definitive guide to treatment options. It is intended for voluntary use by providers and should be used in conjunction with independent professional judgment. Guidance may not be applicable to all patients, interventions, diseases, or stages of diseases. Guidance is based on review and analysis of relevant literature, and is not intended as a statement of the standard of care. ASCO does not endorse third-party drugs, devices, services, or therapies and assumes no responsibility for any harm arising from or related to the use of this information. See complete disclaimer in Appendix 1 and 2 (online only) for more.

PURPOSE To provide evidence-based guidance to oncology clinicians, patients, nonprofessional caregivers, and palliative care clinicians to update the 2016 ASCO guideline on the integration of palliative care into standard oncology for all patients diagnosed with cancer.

METHODS ASCO convened an Expert Panel of medical, radiation, hematology-oncology, oncology nursing, palliative care, social work, ethics, advocacy, and psycho-oncology experts. The Panel conducted a literature search, including systematic reviews, meta-analyses, and randomized controlled trials published from 2015-2023. Outcomes of interest included quality of life (QOL), patient satisfaction, physical and psychological symptoms, survival, and caregiver burden. Expert Panel members used available evidence and informal consensus to develop evidence-based guideline recommendations.

RESULTS The literature search identified 52 relevant studies to inform the evidence base for this guideline.

RECOMMENDATIONS Evidence-based recommendations address the integration of palliative care in oncology. Oncology clinicians should refer patients with advanced solid tumors and hematologic malignancies to specialized interdisciplinary palliative care teams that provide outpatient and inpatient care beginning early in the course of the disease, alongside active treatment of their cancer. For patients with cancer with unaddressed physical, psychosocial, or spiritual distress, cancer care programs should provide dedicated specialist palliative care services complementing existing or emerging supportive care interventions. Oncology clinicians from across the interdisciplinary cancer care team may refer the caregivers (eg, family, chosen family, and friends) of patients with cancer to palliative care teams for additional support. The Expert Panel suggests early palliative care involvement, especially for patients with uncontrolled symptoms and QOL concerns. Clinicians caring for patients with solid tumors on phase I cancer trials may also refer them to specialist palliative care.

Additional information is available at www.asco.org/supportive-care-guidelines.

ACCOMPANYING CONTENT

Appendix

Data Supplement

Accepted March 28, 2024
Published May 15, 2024

Evidence Based Medicine Committee approval: March 13, 2024

J Clin Oncol 42:2336-2357
© 2024 by American Society of Clinical Oncology

View Online Article

Downloaded from ascopubs.org by 149.20.207.221 on July 30, 2025 from 149.020.207.221
Copyright © 2025 American Society of Clinical Oncology. All rights reserved.

TARGET POPULATION AND AUDIENCE

Target Population

Adult patients with advanced cancer (either solid tumor or hematological cancers) and family caregivers (caregivers include nonprofessional individuals and community members with or without legal or biological relationships with patients).

Target Audience

Oncology clinicians providing care to adults with cancer and other professional caregivers (including physicians, advance practice providers, nurses, spiritual care providers, social workers, psychological professionals, palliative care clinicians, and home care), the health care organizations in which they work, adults with cancer and their family caregivers, and researchers.

Downloaded from ascopubs.org by 149.20.207.221 on July 30, 2025 from 149.020.207.221
Copyright © 2025 American Society of Clinical Oncology. All rights reserved.

INTRODUCTION

There is increased awareness of the multiple dimensions of suffering experienced by people with cancer and their caregivers while in parallel advances in cancer treatment have increased. Over the past five decades, palliative care clinicians, researchers, and advocates have learned from and with those living with cancer to establish themselves as important partners with oncology clinicians in addressing this suffering. As with any innovation and based on the evidence of benefit, questions arise about how and when to integrate palliative care into existing structures and care processes. This ASCO guideline aims to provide oncology clinicians and researchers, patients, nonprofessional caregivers, policymakers, and health care organizations with recommendations regarding the optimal provision of palliative care to patients with cancer. These recommendations update two prior ASCO guidance publications from 2012[1] and 2016.[2] The goal of this refresh is to provide oncology professionals with the current recommendations regarding palliative care and assess which of the 2016 recommendations remain valid. In the protocol development stage, the Expert Panel decided that updates to the systematic review and recommendations were unnecessary for Research Questions 7 and 8 (now numbered 1a and 1b). A complete list of previous recommendations is available in the Data Supplement (online only).

In addition to reflecting on more recent evidence, this guideline describes the evolution in the Panel's understanding of linguistic, geographic, ethical, and contextual factors that affect equity at the intersection of palliative and oncology care. For example, the guideline uses the term caregiver or family caregiver to refer to and include people with or without biological or legal connections to the person with cancer and to distinguish from the role of clinician. The guideline uses the terms clinician and oncology clinician to include physicians, nurses, social workers, and other members of the interdisciplinary team who provide care in clinical settings. The Expert Panel acknowledges that oncology clinicians have an important role in and frequently deliver aspects of palliative care. The guideline refers to this as generalist or primary palliative care. This is further addressed in the Research Question 1, Table 1, and the Discussion section. In addition, the guideline defines health care organizations as the settings in which the professional target audience works, noting that most palliative care is provided in outpatient settings.

The Expert Panel recognizes systematic differences in the scope and quantity of available research, such that the guideline may not best reflect the needs of people in regions and countries where medical and palliative care resources are minimally resourced, including in low- and middle-income countries or marginalized populations everywhere. ASCO's global focus was addressed in the Resource-Stratified Guideline[3] published between the non–resource-stratified 2016 publication and this current update. As a complete discussion of the relevance of these guidelines in relatively resource-constrained settings is beyond this guideline's scope, readers are encouraged to reflect on the potential implications of the guidelines in these settings.

In addition to a summary of the research questions, relevant evidence, and recommendations, this guideline now includes discussion about integrating palliative care for those with hematologic malignancies and those enrolled in phase I clinical trials, as well as brief discussion (and companion manuscript) on the promotion of health equity in oncology palliative care.

TABLE 1. Primary Palliative Care Versus Specialty Palliative Care

Primary Palliative Care Provided by Oncology Clinicians	Specialty Palliative Care
Assessment and management of symptoms and physical needs	Extra layer of support for patients with advanced disease and those at end of life
Assessment and management of psychosocial and spiritual concerns	Consultation for management of complex physical, psychosocial, or spiritual concerns
Attention to cultural aspects of care including ethical issues	Communication with patients and families about goals of care and end of life care decisions
Coordination of supportive care services and referrals to specialty palliative care or hospice	

GUIDELINE QUESTIONS

This clinical practice guideline addresses six overarching research questions: (1) What are the most effective interventions to provide palliative care to patients with cancer (specialist palliative care services and/or generalist care by oncology clinicians)? (2) How can palliative care services relate in practice to other existing or emerging supportive care services (including nurse navigation, lay navigation, community and home health care, geriatric oncology, psycho-oncology, pain, and telehealth services)? (3) Which interventions are helpful for family caregivers, care partners, and communities? (4) Which patients should be offered or referred to palliative care services and when in their disease trajectory; are there triggers that should be used to prompt specialty palliative care referrals? (5) What are the strategies for integration of palliative care in the care of patients with hematologic malignancies? (6) What is the role of palliative care for patients with cancer on phase I cancer clinical trials?

METHODS

Guideline Development Process

This systematic review-based guideline product was developed by a multidisciplinary Expert Panel, which included a patient representative and an ASCO guidelines staff member with health research methodology expertise (Appendix Table A1). Five full panel meetings and subgroup meetings were held to provide ongoing input on the quality and assessment of the evidence, generation of recommendations, draft content, and to review and approve drafts during the entire development of the guideline. ASCO staff met routinely with the Expert Panel cochairs and corresponded with the panel via e-mail to coordinate the process to completion. After submitting a confidentiality agreement, members of the public were allowed 2 weeks to review and provide open comments on the recommendations. These comments were taken into consideration while finalizing the recommendations. Members of the Expert Panel were responsible for reviewing and approving the penultimate version of the guideline, which was then circulated for external review and submitted to the *Journal of Clinical Oncology* for editorial review and consideration for publication. All funding for the administration of the project was provided by ASCO.

The recommendations were developed by using a systematic review of evidence identified through online searches of PubMed (January 2015-January 2023) and Cochrane Library (January 2023) for phase III randomized clinical trials (RCTs), systematic reviews with meta-analyses, and clinical experience. Articles were selected for inclusion in the systematic review on the basis of the following criteria:

- Population: Adult patients with cancer (with either solid tumor or hematological cancers) and adult caregivers
- Interventions: Specialist palliative care services and/or generalist care, psychological services, community, caregiver, and dyadic interventions
- Comparisons: Usual care, generalist oncology care
- Outcomes: Quality of life (QOL), patient satisfaction, symptoms, psychological outcomes, including distress, survival, caregiver burden
- Sample size: ≥50

Articles were excluded from the systematic review if they were (1) meeting abstracts not subsequently published in peer-reviewed journals; (2) editorials, commentaries, letters, news articles, case reports, and narrative reviews; and (3) published in a non-English language. The authors would like to acknowledge the Cochrane review on early palliative care[4] for identifying relevant outcomes considered in developing this guideline's protocol. The guideline recommendations are crafted, in part, using the *Guidelines Into Decision Support* (GLIDES) methodology and accompanying BRIDGE-Wiz software.[5] Ratings for the type and strength of the recommendation and evidence quality are provided with each recommendation. The quality of the evidence for each outcome was assessed using the Cochrane Risk of Bias tool and elements of the GRADE quality assessment and recommendations development process.[6,7] GRADE quality assessment labels (ie, high, moderate, low, very low) were assigned for each outcome by the project methodologist in collaboration with the Expert Panel co-chairs and reviewed by the full Expert Panel. The guideline recognizes that because of the nature of RCTs in palliative care, where concealment of allocation and blinding are difficult to conduct, in some cases, outcomes were downgraded because of this risk based on ASCO's use of GRADE methodology.

Guideline Review and Approval

The draft recommendations were released to the public for open comment from November 22, 2023, through December 4, 2023. Response categories of "Agree as written," "Agree with suggested modifications", and "Disagree. See comments" were captured for every proposed recommendation, with 15 written comments received. A total of 77%-100% of the 23 respondents either agreed or agreed, with slight modifications to the recommendations; 0%-23% disagreed. Expert Panel members reviewed comments from all sources and determined whether to maintain the original draft recommendations, revise with minor language changes, or consider major recommendation revisions.

In addition, a panel member representing ASCO's Practice Guideline Implementation Network (PGIN) conducted a guideline implementability review. The Expert Panel subsequently revised the draft to clarify recommended actions for clinical practice. All changes were incorporated into the final manuscript before ASCO Evidence Based Medicine Committee (EBMC) review and approval. All ASCO guidelines are ultimately reviewed and approved by the Expert Panel and the ASCO EBMC before submission to the *Journal of*

Downloaded from ascopubs.org by 149.20.207.221 on July 30, 2025 from 149.020.207.221
Copyright © 2025 American Society of Clinical Oncology. All rights reserved.

Clinical Oncology for editorial review and consideration for publication.

Guideline Updating

The ASCO Expert Panel and guidelines staff work with co-chairs to keep abreast of any substantive updates to the guideline. On the basis of formal review of the emerging literature, ASCO will determine the need for updates. The ASCO Guidelines Methodology Manual (available at www.asco.org/guideline-methodology) provides additional information about the guideline update process. This is the most recent information as of the publication date.

RESULTS

Characteristics of Studies Identified in the Literature Search

The literature search identified 639 publications. After applying the eligibility criteria, 52 RCTs and one systematic review remained to form the evidentiary basis for the guideline recommendations. See Tables S1-S12 in the Data Supplement.

The identified trials were published between 2015 and 2023. The randomized trials compared similar palliative care interventions (ie, primarily palliative care and/or early palliative care). The primary outcome for 15 trials for Research Question 1 was QOL,[8-21] and eight studies identified QOL as the secondary outcomes.[8,10,11,13,22-25] In addition, four of the trials for Research Question 2,[18,26-28] four for Research Question 3,[26,29-31] two for Research Question 4,[15,21] and two other trials for the other research questions used this primary end point[9,32,33] (note: some trials were included for more than one research question). Psychosocial measures framed in a variety of ways (eg, anxiety, depression, post-traumatic stress disorder [PTSD], and/or distress) were the primary outcome for three studies included in Research Question 1,[20,22,23] five for Research Question 3,[26,30,31,34,35] and one each for Research Questions 5[20] and 6.[32] Tables 2–9 present the articles included in the literature search pertinent to developing the recommendations. Characteristics of the studies' participants are described in Data Supplement 1.

Evidence Quality Assessment

The quality of the evidence for each outcome of interest was assessed using the Cochrane Risk of Bias tool and elements of the GRADE quality assessment and recommendations development process. This rating includes factors such as study design, consistency of results, directness of evidence, precision, publication bias, and magnitude of effect, assessed by one reviewer.[6,7] GRADE quality assessment labels (ie, high, moderate, low, very low) were assigned for each outcome by the project methodologist in collaboration with the Expert Panel co-chairs and reviewed by the full Expert Panel.

Evidence quality ratings for the outcomes of interest are provided in Tables 2–9. Refer to Appendix Table A2 for definitions of the quality of the evidence and the Methodology Manual for more information.

RECOMMENDATIONS

All recommendations are available in Table 10.

RESEARCH QUESTION 1

What are the most effective interventions to provide palliative care to patients with cancer (specialist palliative care services and/or generalist care by oncology clinicians)?

Literature Review Update and Analysis

The systematic review identified 21 randomized trials relevant to this Research Question. One systematic review and meta-analysis of the topic met the inclusion criteria but was excluded (because of its poor quality and exclusion of several trials).[46] Seventeen RCTs included patients receiving outpatient interventions.[8-12,15-19,21-25,36,37] Four RCTs also included patients in both outpatient and inpatient settings.[8,9,11,12] Three other RCTs included only patients receiving inpatient interventions,[13,14,20] two specifically for patients with hematological cancers[14,20] (described under Research Question 5 rather than in this section's review). One other study included patients receiving outpatient abdominal oncologic surgery.[13] Eighteen RCTs included patients with advanced solid tumor cancers.[8-12,15-19,21-25,36,37] Five of these studies also included patients with solid tumors that were locally advanced and/or inoperable.[15,17,19,21,36] In three RCTs, oncology clinicians provided primary palliative care interventions (Table 4).[19,23,47] Outcomes of the intervention versus comparator are presented in Tables 2–4. Study and patient characteristic information is provided in Data Supplement 1.

Clinical Interpretation

The key evidence with regard to Research Question 1 from 2016 to present is mainly based on a few trials with a low risk of bias.[10,21,24] These studies demonstrated that early referral to specialized palliative care of patients with advanced cancer led to improved QOL,[10,21] mood (as a secondary outcome),[10] and a higher likelihood of discussing or documenting end-of-life preferences.[10,24] There is additional corroborating evidence from multiple rigorous RCTs conducted before 2016 that further support referral to specialized palliative care of patients with advanced cancer early in the course of the disease, alongside active antineoplastic treatment; the 2012 ASCO Provisional Clinical Opinion and 2016 ASCO Clinical Practice Guideline previously reviewed and described these trials.[1,2] In the trials forming the evidence base of the 2016 guideline, timely involvement of specialized palliative care improved QOL, mood, symptom control, and satisfaction with care versus standard oncology care. Oncology clinicians are essential

Downloaded from ascopubs.org by 149.20.207.221 on July 30, 2025 from 149.020.207.221
Copyright © 2025 American Society of Clinical Oncology. All rights reserved.

Downloaded from ascopubs.org by 149.20.207.221 on July 30, 2025 from 149.020.207.221
Copyright © 2025 American Society of Clinical Oncology. All rights reserved.

TABLE 2. Specialist Palliative Care for Outpatients

GRADE Tables
Population: RQ1-Patients With Cancer
Intervention: Outpatient SPC
Comparator: Standard Care

		Absolute Effect Estimates			
Outcome	Study Results and Measurements	Standard Care	Outpatient SPC	Quality of Evidence	Summary
QOL[a]	Based on data from 1,274 participants in five studies[9,10,15,36,37] Follow-up, 12-24 weeks	Mixed results		Moderate Due to serious risk of bias[b]	Outpatient SPC probably makes little or no difference in QOL
Documentation of EOL preferences	Based on data from 120 participants in one study[24] Follow-up, 24 weeks	Mixed results		Moderate Due to serious risk of bias[c]	Outpatient SPC probably increases documentation of EOL preferences
Psychological outcomes[d]	Based on data from 1,147 participants in five studies[9,10,22,24,37] Follow-up, 3-6 months	Mixed results		Moderate Due to moderate risk of bias[e]	Outpatient SPC probably makes little or no difference on psychological outcomes
QOL (unique intervention)[f]	Based on data from 298 participants in one study[17] Follow-up, 12 weeks	Mixed results		Moderate Single study of this intervention[g]	Outpatient palliative rehabilitation probably increases QOL

Abbreviations: EOL, end-of-life; EORTC, European Organization For Research and Treatment of Cancer; FACT, Functional Assessment of Cancer Therapy; HADS, Hospital Anxiety and Depression Scale; ITT, intention-to-treat; PHQ-9, Patient Health Questionnaire; QLQ, Quality-of-Life questionnaire; SPC, specialized palliative care; TOI, Trial Outcome Index.

[a]FACT-G (gastric and general); EORTC QOL-C30; TOI.

[b]Incomplete data (high rate missing data[10]); potential lack of generalizability[10]; Imprecision: no serious. One study only one clinician in the intervention arm.[15]

[c]Imprecision: no serious. Only data from one study.

[d]HADS, PHQ-9.

[e]EORTC QLQ-C30.

[f]Partial blinding of outcome assessors. Modified ITT.

TABLE 3. Specialist Palliative Care for Patients Treated in Outpatient, Inpatient, and/or other Settings

Population: RQ1-Patients With Cancer
Intervention: SPC in Multiple Settings
Comparator: Standard Care

Outcome	Study Results and Measurements	Absolute Effect Estimates		Quality of Evidence	Summary
		Standard Care	SPC in Multiple Settings		
QOL[a]	Based on data from 944 participants in four studies[8,11,12,21] Follow-up average, 13 weeks	Not poolable		Moderate Due to serious risk of bias[b]	SPC delivered in multiple settings probably has little or no difference on QoL (in one study: may improve QOL (difference, 7.60 [95% CI, 0.59 to 14.60]; P = .03)[21]
QOL (surgery)[c]	Based on data from 235 participants in one study Follow-up 90 days[13]	Not poolable		Low Due to serious imprecision[d]	SPC for patients scheduled for surgery with intent of cure or durable control probably has little or no difference on QOL (surgery)

Abbreviations: EORTC, European Organization For Research And Treatment Of Cancer; QOL, quality of life; QLQ, Quality-of-Life questionnaire; SPC, specialized palliative care; TOI, Trial Outcome Index.
[a]EORTC QOL C3; FACT; EORTC QLQ-C30.
[b]Imprecision: no serious. One study only one clinician in intervention arm.[15]
[c]FACT-G TOI (physical and functional).
[d]Imprecision: serious. Only data from one study on surgical population, heterogeneous population.

Downloaded from ascopubs.org by 149.20.207.221 on July 30, 2025 from 149.020.207.221
Copyright © 2025 American Society of Clinical Oncology. All rights reserved.

partners in managing the primary palliative care needs of their patients. While oncology clinicians frequently deliver aspects of generalist or primary palliative care, studies of primary palliative care found in the systematic review did not show improvement in their primary outcomes (Table 4), and more research is needed. Table 1 compares primary palliative care and specialty palliative care. The larger body of evidence included interventions by specialized interdisciplinary palliative care teams and referral would best reflect the interventions described in the included studies.

Among the studies evaluating the effectiveness of early palliative care for patients with solid tumors, trial results differed according to the specific cancer diagnosis, both within and across trials. For example, in a study assessing the effectiveness of palliative care within 8 weeks of diagnosis of incurable noncolon GI and lung cancer, early palliative care led to improvements in QOL and depression at 12 and 24 weeks versus usual oncology care in patients with lung cancer but not GI cancers.[10] In another trial of patients with breast cancer who were evaluated within 8 weeks of one or more of several indicators of poor prognosis, palliative care led to a greater likelihood of documenting end-of-life discussions but without a difference in QOL or mood versus standard care.[24] Furthermore, in a trial for which patients with cancer were eligible if they had a scheduled abdominal operation to provide cure or durable control of a suspected or confirmed malignancy, specialized palliative care similarly did not improve QOL.[13] However, in a trial in patients with advanced pancreatic cancer[36] (in addition to patients with various other cancer diagnoses with a clinical prognosis of approximately 1 year[21]), early specialized palliative care improved QOL versus standard oncology care. *Notably, the evidence has not shown any adverse events from palliative care interventions.*

Routine palliative care referrals may be more advisable at diagnosis in poor prognosis cancers (eg, lung cancer without actionable driver alterations and pancreatic cancers) than in patients with a longer expected disease trajectory or cure, including those with some types of breast or prostate cancer. For future trials, adding an inclusion criterion of a clinical prognosis in addition to a time from diagnosis may help inform the optimal timing of palliative care referral among diverse cancer types.

All trials evaluating participants with solid tumor malignancies included outpatients. Treatment of patients with advanced solid tumor cancers takes place mainly in the outpatient setting; therefore, outpatient integration of palliative care is an integral component of the intervention and its timing. Palliative care intervention clinics were either embedded within oncology clinics or not; research has not directly compared these two models and either is appropriate when feasible.[48] Some have proposed a model of precision palliative care to promote a more targeted (and therefore more efficient) distribution of expertise and resources on the basis of a standardized assessment of multiple forms of distress (eg, physical, social, spiritual) for patients with advanced cancer.[49]

RESEARCH QUESTION 2

How can palliative care services relate in practice to other existing or emerging supportive care services (including nurse navigation, lay navigation, community and home health care, geriatric oncology, psycho-oncology, pain, and telehealth services)?

Downloaded from ascopubs.org by 149.20.207.221 on July 30, 2025 from 149.020.207.221
Copyright © 2025 American Society of Clinical Oncology. All rights reserved.

TABLE 4. Palliative Care (primary) Provided by Oncology Team for Outpatients

Population: Patients With Cancer
Intervention: Primary Palliative Care—Outpatient
Comparator: Standard Care

Outcome	Study Results and Measurements	Absolute Effect Estimates		Quality of Evidence	Summary
		Standard Care	PPC—Outpatient		
QOL[a]	Based on data from 823 participants in two studies[18,19] Follow-up, 3 months	This outcome could not be pooled as a meta-analysis was not available for this outcome		Moderate Due to serious risk of bias[b]	PPC plus standard care probably makes little or no difference on QOL
Psychological outcomes[c]	Based on data from 150 participants in two studies[18,23] Follow-up, 6 months	This outcome could not be pooled as a meta-analysis was not available for this outcome		Moderate Due to serious risk of bias[d]	Single instance of PPC makes little or no difference on psychological outcomes

Abbreviations: FACIT-Pal, Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Palliative care; FACT-L, Functional Assessment of Cancer Therapy-Lung; HADS, Hospital Anxiety and Depression Scale; PPC, primary palliative care; QOL, quality of life.

[a]FACT-L, FACIT-Pal.

[b]Risk of bias: serious. Inadequate/lack of blinding of participants and personnel, resulting in potential for performance bias. Inadequate/lack of blinding of outcome assessors, resulting in potential for detection bias.

[c]National Comprehensive Cancer Network Distress Thermometer, HADS.

[d]Risk of bias: no serious. Partial blinding of participants and personnel, resulting in potential for performance bias. Imprecision: no serious. Only data from one study.

TABLE 5. Multidisciplinary Palliative Care Team Services

Population: Patients With Cancer
Intervention: Multidisciplinary Team Services
Comparator: Standard Care

Primary Outcome	Study Results and Measurements	Absolute Effect Estimates		Quality of Evidence	Plain Language Summary
		Standard Care	Multidisciplinary Team Services		
Acute care use [a,b]	Based on data from 128 participants in one study[38] Follow-up, 12 months	406 per 100	180 per 100	High[c]	CHOW involvement in ACP/symptom screening probably decreases acute care use (hazard ratio, 0.38 [95% CI, 0.19 to 0.76])
		Difference: 226 fewer per 100 (95% CI, 312 fewer to 79 fewer)			
QOL—Web[d]	Based on data from 261 participants in one study[26] Follow-up, 6 months	Nonpoolable FACT: statistically significant: 0.99 [t (16) = -2.19, *P* = .05]		Moderate Due to serious risk of bias[e]	Multidisciplinary team services probably improves QOL
QOL—CBT-based interventions	Based on data from 20 studies (10 statistically powered) in one systematic review[39]	3/10 studies that were statistically powered reported improvement in this outcome		Very low	We are uncertain whether CBT interventions improve or worsen QOL
QOL—Individual meaning centered psychotherapy[f]	Based on data from 321 participants in one study[27] Follow-up, 16 weeks	Nonpoolable MQOL, FACIT Statistically significant: SWB, F(2,589) = 3.92, *P* = .02, LAP-R, F(2,598) = 9.37, *P* < .0001, and MQOL, F(2,596) = 4.53, *P* = .01		Moderate Due to serious risk of bias[g]	Multidisciplinary team services with individual meaning centered psychotherapy probably improve QOL-slightly
QOL—Meaning-enhancing interventions	Based on data from 11 (nine statistically powered) studies in one systematic review[39]	Four statistically powered reported improvement		Very low	We are uncertain whether meaning-enhancing interventions improve or worsen QOL
QOL—Dignity therapy/life review	Based on data from nine (5/9 statistically powered) studies in one systematic review[39]	One statistically powered reported improvement in at least one primary outcome[a]		Very low	We are uncertain whether dignity therapy interventions improve or worsen QOL
QOL—Education only	Based on data from 11 (9/11 statistically powered studies) in one systematic review[39]	One study reported improvement		Very low	We are uncertain whether education-only interventions improve or worsen QOL
QOL—Spriritual[h]	Based on data from 153 participants in one study[28] Follow-up, 4 months	Nonpoolable Not statistically significant: QLQ-C15-PAL		Moderate Due to serious risk of bias[i]	Multidisciplinary team services with life reflection probably makes little or no difference on QOL
QOL-palliative rehabilitation[j]	Based on data from 288 participants in one study[17] Follow-up, 12 weeks	Nonpoolable QOL: EORTC QLQ-C30 Statistically significant between group difference: 3.0 (95% CI, 0.0 to 6.0; *P* = .047)		Moderate Due to serious risk of bias[k]	Palliative rehabilitation services probably improves QOL
Pain, hospice use, ACP—(Latino patients)[l]	Based on data from 223 participants in one study[40] Follow-up, 3 months	Nonpoolable BPI: Not statistically significant, *P* = .88		High[m]	PN intervention may have little or no difference on pain, hospice use, and may increase ACP for some Latino patients

Abbreviations: ACP, advanced care plan; BPI, Brief Pain Inventory; CBT, cognitive behavioral therapy; CHOW, community health outreach worker; EORTC QLQ C15-PAL, Quality of Life Questionnaire Core 15 Palliative Care; FACIT, Functional Assessment of Chronic Illness Therapy; FACT, Functional Assessment of Cancer Therapy; MQOL, McGill Quality of Life Questionnaire; PN, patient navigation; QOL, quality of life; SWB, Spiritual Well-Being Scale.

[a]Acute care use within 6 months.

[b]Baseline/comparator control arm of reference used for intervention.

[c]Imprecision: no serious. Only data from one study. Authors stated potential lack of generalizability.

[d]Various instruments, follow-ups, FACT-anemia, FACT-hepatobiliary.

[e]Risk of bias: serious. Inadequate/lack of blinding of participants and personnel, resulting in potential for performance bias. Inadequate/lack of blinding of outcome assessors, resulting in potential for detection bias. Publication bias: no serious. Known/suspected unfunded/incomplete studies.

[f]FACIT SWB and the MQOL.

[g]Risk of bias: serious. Inadequate/lack of blinding of participants and personnel, resulting in potential for performance bias. Inadequate/lack of blinding of outcome assessors, resulting in potential for detection bias. Indirectness: no serious. Authors posited possible confounding factors, lack of generalizability; Imprecision: no serious. Only data from one study.

[h]FACIT SWB and EORTC QLQ C15-PAL.

[i]Risk of bias: serious. Inadequate concealment of allocation during random assignment process, resulting in potential for selection bias. Inadequate/lack of blinding of participants and personnel, resulting in potential for performance bias. Inadequate/lack of blinding of outcome assessors, resulting in potential for detection bias. Indirectness: no serious. Authors posit possible lack of generalizability. Imprecision: no serious. Only data from one study.

[j]EORTC QLQ-C30.

[k]Risk of bias: serious. Inadequate/lack of blinding of participants and personnel, resulting in potential for performance bias. Blinded during allocation and assessment, modified intention-to-treat analysis. Indirectness: no serious. Population dissimilarity in age and cancer site, differences between the population of interest and those studied. Imprecision: no serious. Only data from one study.

[l]Culturally tailored patient navigator intervention

[m]Risk of bias: no serious. Concealed/masked, except navigators. Imprecision: no serious. Only data from one study.

Downloaded from ascopubs.org by 149.20.207.221 on July 30, 2025 from 149.020.207.221
Copyright © 2025 American Society of Clinical Oncology. All rights reserved.

Downloaded from ascopubs.org by 149.20.207.221 on July 30, 2025 from 149.020.207.221
Copyright © 2025 American Society of Clinical Oncology. All rights reserved.

TABLE 6. Family Caregiver Directed Interventions

Population: Family Caregivers of Patients With Cancer
Intervention: Family Caregiver-Directed Intervention
Comparator: Standard Care

Outcome	Study Results and Measurements	Absolute Effect Estimates		Quality of Evidence	Plain Language Summary
		Standard Care	Family-/Care Partner-Directed Intervention		
Caregiver self-efficacy/competence[a]	Based on data from 260 participants in two studies[41,42] Follow-up, 4 weeks-3 months	Meta-analysis not performed		Low Due to serious risk of bias[b]	Caregiver-directed intervention may have little or no difference on caregiver self-efficacy/competence
Psychological outcomes,[c] see characteristics tables	Based on data from 509 participants in five studies[26,30,31,34,35] Follow-up, 2-9 months	Meta-analysis not performed		Moderate Due to serious risk of bias[d]	Caregiver-directed intervention probably has little or no difference on psychological outcomes
QOL[e]	Based on data from 442 participants in four studies[26,29-31] Follow-up, 2-6 months	Meta-analysis not performed		Moderate due to serious risk of bias[f]	Caregiver-directed intervention probably improves QOL with high uncertainty. Studies have mixed results

Abbreviations: CES-D, Center for Epidemiological Studies-depression; CQLI-R, Caregiver Quality of Life Instrument; CQOL, Caregiver Quality of Life Cancer; FACT, Functional Assessment of Cancer Therapy; GADS, Generalized Anxiety Score; GSE, General Self-Efficacy; HADS, Hospital Anxiety and Depression Scale; IES, Impact of Events Scale; QOL, quality of life; PHQ-9, Patient Health Questionnaire.

[a]Primary outcome in two studies: measured on Caregivers' Self-Efficacy in Pain Management 10-item total score and GSE.

[b]Risk of bias: serious. Inadequate/lack of blinding of participants and personnel (both studies), resulting in potential for performance bias. Inadequate/lack of blinding of outcome assessors[42], resulting in potential for detection bias. Trial stopped earlier than scheduled, resulting in potential for overestimating benefits. Publication bias: no serious. Potentially incomplete studies.[42]

[c]Included depression (CES-D), GADS-7, PHQ-9, stress (IES), distress (HADS).

[d]Risk of bias: serious. Inadequate concealment of allocation during random assignment process, resulting in potential for selection bias. Inadequate/lack of blinding of participants and personnel, resulting in potential for performance bias. Inadequate/lack of blinding of outcome assessors, resulting in potential for detection bias (2/5 studies had concealment). Imprecision: no serious. Low No. of patients in some studies.

[e]Measured by FACT-Anemia, FACT-Hepatobiliary, CQLI-R (revised), FACT-Spiritual Well-Being Scale, CQOL-Cancer.

[f]Imprecision: no serious, due to some studies being pilots.

TABLE 7. Palliative Care Trigger Factors

Population: All Patients With Cancer (solid tumors/all evidence from patients with metastases)
Intervention: Services for Patients Diagnosed With Cancer With Specific Trigger Factors
Comparator: Services Offered to All Patients With Cancer

Outcome Timeframe	Study Results and Measurements	Absolute Effect Estimates: Services Offered to All Patients With Cancer	Absolute Effect Estimates: Services for Patients Diagnosed With Cancer With Specific Trigger Factors	Quality of Evidence	Summary
QOL[a]	Based on data from 306 participants in two studies Follow-up, 6-24 weeks [21,24]	Two studies with QOL as primary outcome		Moderate Due to serious risk of bias[b]	The interventions in these studies with specific timing probably has little or no difference on QOL
Hospice utilization[c] 12-24 weeks	Based on data from 306 participants in two studies[15,24] Follow-up, 12-24 weeks	Two studies with QOL as primary outcome		Moderate Due to moderate risk of bias[d]	We are uncertain whether using specific timing improves or worsens hospice utilization

Abbreviations: EORTC QLQ C30, European Organization For Research And Treatment Of Cancer; QOL, quality of life; TOI, Trial Outcome Index.
[a]Outcomes from two studies with various primary outcomes of QOL ([TOI] FACT-Gastric; EORTC QLQ C30).
[b]Risk of bias: serious. Inadequate concealment of allocation during random assignment process, resulting in potential for selection bias. Inadequate/lack of blinding of participants and personnel, resulting in potential for performance bias. Inadequate/lack of blinding of outcome assessors, resulting in potential for detection bias.
[c]Outcomes from two studies—hospital utilization rates/number and time of hospice use.
[d]Risk of bias: serious. Inadequate concealment of allocation during random assignment process, resulting in potential for selection bias. Inadequate/lack of blinding of participants and personnel, resulting in potential for performance bias. Inadequate/lack of blinding of outcome assessors, resulting in potential for detection bias. Imprecision: no serious. Potential lack of generalizability[15]; single clinician (rather than team[15]).

Downloaded from ascopubs.org by 149.20.207.221 on July 30, 2025 from 149.020.207.221
Copyright © 2025 American Society of Clinical Oncology. All rights reserved.

TABLE 8. Palliative Care for Patients Diagnosed With Hematologic Malignancies

Population: Patients With Hematologic Malignancies Intervention: PC Offered to Patients Diagnosed With Hematologic Malignancies (AML, HSCT) Comparator: Standard Care

Outcome Timeframe	Study Results and Measurements	Absolute Effect Estimates		Quality of Evidence	Summary
		Standard Care	SPC		
Psychological outcomes[a]	Based on data from 320 participants in two studies Follow-up, 2 weeks-6 months[20,43]	Depression AML, 2 weeks, $P = .04$ (measured by PHQ-9) $P = .02$ (measured by HADS) HSCT, 6 months, $P = .027$ (measured by PH-Q9) $P = .024$ (measured by HADS)		Low Due to serious risk of bias and serious imprecision[b]	PC for patients with hematologic malignancies may improve psychological outcomes
		Anxiety HSCT, 6 months (NS; HADS) AML, 2 weeks $P = .02$ (HADS)			
		PTSD AML, 2 weeks, $P = .01$ (PTSD Checklist-Civilian) HSCT, 6 months $P = .013$ (PTSD check list)			
HRQOL[c]	Based on data from 320 participants in two studies Follow-up, 2 weeks-6 months[14,20,43]	AML, 2 weeks, $P = .04$ HSCT, 2 weeks, $P = .045$ HSCT, 6 months (NS)		Moderate Due to serious risk of bias[d]	PC for patients with hematologic malignancies may improve QoL outcomes at 2 weeks
Symptom burden[e]	Based on data from 160 participants in one study[20] Follow-up, 2 weeks	AML, 2 weeks, NS difference		Moderate Due to serious risk of bias[f]	PC for patients with AML probably has little or no difference on symptom burden

Abbreviations: BMT, bone marrow transplant; ESAS, Edmonton Symptom Assessment Scale; FACT, Functional Assessment of Cancer Therapy; HADS, Hospital Anxiety and Depression Scale; HRQOL, health-related quality of life; HSCT, hematopoietic stem cell transplantation; NS, nonsignificant; PC, palliative care; PHQ-9, Patient Health Questionnaire-9; PTSD, post-traumatic stress disorder; QOL, quality of life; SPC, specialized palliative care.
[a]Depression (HADS, PHQ-9), Anxiety (HADS), PTSD (Checklist).
[b]Risk of bias: serious. Inadequate blinding; inadequate concealment. Imprecision: not serious. Six-month HSCT study not statistically powered for these secondary outcomes.
[c]QOL (FACT-BMT, FACT-Leukemia).
[d]Risk of bias: serious. Inadequate blinding; inadequate concealment. Imprecision: not serious. Six-month HSCT study not statistically powered for this outcome.
[e]Symptom burden (ESAS).
[f]Risk of bias: serious. Inadequate concealment of allocation during random assignment process, resulting in potential for selection bias. Inadequate/lack of blinding of participants and personnel, resulting in potential for performance bias. Inadequate/lack of blinding of outcome assessors, resulting in potential for detection bias. Imprecision: no serious. Only data from one study.

Downloaded from ascopubs.org by 149.20.207.221 on July 30, 2025 from 149.020.207.221
Copyright © 2025 American Society of Clinical Oncology. All rights reserved.

Literature Review Update and Analysis

The updated systematic review identified nine RCTs potentially relevant to this research question.[17,26-28,38,40,50-52] The studies used different interventions (psychoeducational, various psychological interventions, patient navigation, spiritual counseling, and one community health worker intervention), comparisons, primary outcomes, and follow-up times. In addition, a narrative systematic review included some studies published before and after the 2016 ASCO guideline.[39] Most primary outcome results in the current ASCO systematic review did not reach statistically significant differences. The outcomes of intervention versus comparator are presented in Table 5. Study and patient characteristic information is provided in Data Supplement 1.

Quality of Life

Studies with different types of psychological and/or psychosocial interventions reported QOL. Two RCTs[26,27] and one systematic review[39] showed some QOL improvement with psychotherapy-related interventions, the latter for individual meaning-centered psychotherapy. The systematic review showed some uncertainty for the effect of dignity therapy, life review, cognitive behavioral therapy (CBT), or meaning-enhancing interventions on QOL.[39] Two studies that reported on spiritual interventions showed a borderline statistically significant change on the QOL Spiritual Well-Being subscale.[27,52] The other study measuring spiritual interventions did not.[28]

Psychological Outcomes

One of the RCTs that reported on psychological outcomes for a web-based intervention showed a decrease in depression.[26] Some of the interventions in other studies included CBT,[39,51] individual meaning-centered psychotherapy,[27,39] meaning-enhancing interventions,[39] dignity therapy, and/or life review.[39] Changes in depression, anxiety, or hopelessness were not seen in the other RCTs or the systematic review (for

Downloaded from ascopubs.org by 149.20.207.221 on July 30, 2025 from 149.020.207.221
Copyright © 2025 American Society of Clinical Oncology. All rights reserved.

TABLE 9. Palliative Care for Patients on Phase I Cancer Clinical Trials

Population: Patients With Cancer in Phase I Clinical Trials
Intervention: PC Offered to Patients With Cancer on Phase I Clinical Trials
Comparator: Standard Care for Patients With Cancer on Phase I Clinical Trials

Outcome Timeframe	Study Results and Measurements	Absolute Effect Estimates: Standard Care	Absolute Effect Estimates: PC	Quality of Evidence	Summary
Symptom burden[a] 3 weeks-monthly	Based on data from 73 participants in one study[33]	Difference: 0		Low Due to serious risk of bias[b]	PC probably has little or no difference in symptom burden for patients in phase I clinical trials
QOL[c] 3 weeks-monthly	Based on data from 73 participants in one study[33]	Difference: 0		Low Due to serious risk of bias[d]	PC probably has little or no difference in QOL for patients in phase I clinical trials
Symptom intensity[c]	Based on data from 479 participants in one study[32] Follow-up, 12 weeks	0.34 Least-squares means	0.98 Least-squares means	Moderate Due to serious risk of bias[e]	PC probably has little or no difference in symptom intensity (differences between sites)
		Difference: MD 1.58 higher (SE 1.31)			
Distress[f]	Based on data from 479 participants in one study[32] Follow-up, 12 weeks	−0.87 Least-squares mean	−1.43 Least-squares mean	Moderate Due to serious risk of bias[g]	PC probably decreases psychological distress (differences between sites)
		Difference: MD 0.47 lower (SE 0.19)			
QOL—EWB (subscale)[h]	Based on data from 479 participants in one study[32] Follow-up, 12 weeks	1.34 Least-squares mean	1.60 Least-squares mean	Moderate Due to serious risk of bias[e]	PC probably increases EWB slightly (differences between sites)
		Difference: MD 0.81 higher (SE 0.40)			
QOL—PWB (subscale)[i]	Based on data from 479 participants in one study[32] Follow-up, 12 weeks	−1.21 Least-squares mean	−0.83 Least-squares mean	Moderate Due to serious risk of bias[e]	PC probably has little or no difference on PWB for patients in phase I clinical trials
		Difference: MD 0.06 higher (SE 0.44)			

Abbreviations: EWB, emotional well-being; FACT-G, Functional Assessment of Cancer Therapy—General; MD, mean difference; MSAF-SF, Memorial Symptom Assessment Scale—Short Form; PC, palliative care; PWB, physical well-being; QOL, quality of life.

[a]MSAF-SF. Lower better.

[b]Risk of bias: serious. No published information on random assignment. Potential selection bias in enrollment from observational phase I. Possible potential for performance bias, potential for detection bias. Incomplete data, selective outcome reporting (eg, QOL). Inadequate sequence generation, resulting in potential for selection bias. Imprecision: no serious. Only data from one study.

[c]FACT-G scale: 0-4, high better.

[d]Risk of bias: serious. No published information on random assignment. Potential selection bias in enrollment from observational phase I. Possible potential for performance bias, potential for detection bias. Incomplete data, selective outcome reporting (eg, QOL). Inadequate sequence generation, resulting in potential for selection bias. Imprecision: no serious. Only data from one study.

[e]Risk of bias: serious. Inadequate concealment of allocation during random assignment process, resulting in potential for selection bias. Inadequate/lack of blinding of participants and personnel, resulting in potential for performance bias. Inadequate/lack of blinding of outcome assessors, resulting in potential for detection bias. Imprecision: no serious. Only data from one study.

[f]Measured with Distress Thermometer (scale 0-10). Scale: 0-10, lower better.

[g]Risk of bias: serious. Inadequate concealment of allocation during random assignment process, resulting in potential for selection bias. Inadequate/lack of blinding of participants and personnel, resulting in potential for performance bias. Inadequate/lack of blinding of outcome assessors, resulting in potential for detection bias. Imprecision: no serious. Only data from one study.

[h]FACT-G subscale. Scale: 0-4, high better.

[i]Subscale of FACT-G. Scale: 0-4, high better.

Downloaded from ascopubs.org by 149.20.207.221 on July 30, 2025 from 149.020.207.221
Copyright © 2025 American Society of Clinical Oncology. All rights reserved.

TABLE 10. Summary of All Recommendations

Research Question	Recommendation	Type	Evidence Quality	Strength of Recommendation[a]
General note. The following recommendations (strong or weak) represent reasonable options for patients, depending on clinical circumstances and in the context of individual patient preferences. Recommended care should be accessible to patients whenever possible				
1. What are the most effective interventions to provide palliative care to patients with cancer (specialist palliative care services and/or generalist care by oncology clinicians)?	1. Clinicians should refer patients with advanced solid tumors and hematologic malignancies to specialized interdisciplinary palliative care teams that provide inpatient and outpatient care early in the course of disease, alongside active treatment of their cancer	Evidence based	Moderate	Strong
Note: unchanged 1a. What are the most practical models of palliative care? Who should deliver palliative care (external consultation, internal consultations with palliative care practitioners in the oncology practice, or performed by the oncologist)?	Palliative care for patients with advanced cancer should be delivered through interdisciplinary palliative care teams, with consultation available in both outpatient and inpatient settings.[b]	Evidence based	Intermediate[b]	Moderate[b]
Note: unchanged 1b. How is palliative care in oncology defined or conceptualized?	Patients with advanced cancer should receive palliative care services, which may include a referral to a palliative care provider.[b] essential components of palliative care include:	Informal consensus	Intermediate[b]	Moderate[b]
	Rapport and relationship building with patient and family caregivers			
	Symptom, distress, and functional status management (eg, pain, dyspnea, fatigue, sleep disturbance, mood, nausea, or constipation)			
	Exploration of understanding and education about illness and prognosis			
	Clarification of treatment goals			
	Assessment and support of coping and spiritual needs[c]			
	Assistance with medical decision making			
	Coordination with other care providers			
	Provision of referrals to other care providers as indicated			
2. How can palliative care services relate in practice to other existing or emerging supportive care services (including nurse navigation, lay navigation, community and home health care, geriatric oncology, psycho-oncology, pain, and telehealth services)?	2. Among patients with cancer with unaddressed physical, psychosocial, or spiritual distress, cancer care programs should provide dedicated specialist palliative care services to complement existing or emerging supportive care interventions	Informal consensus	Low	Weak
3. Which interventions are helpful for family caregivers, care partners, and communities?	3. Clinicians from across the interdisciplinary cancer care team may refer the caregivers (including family, chosen family, and friends) of patients with cancer to palliative care teams for additional support	Informal consensus	Low	Weak
4. Which patients should be offered or referred to palliative care services and when in their disease trajectory; are there triggers that should be used to prompt specialty palliative care referrals?	4. For patients with advanced cancer, the Expert Panel recommends early specialist palliative care involvement, especially for patients with uncontrolled symptoms and/or QOL concerns	Informal consensus	Low	Weak
5. What are the strategies for integration of palliative care in the care of patients with hematologic malignancies?	5. Clinicians should refer patients with hematologic malignancies to specialist palliative care	Evidence based	Moderate	Weak
6. What is the role of palliative care for patients with cancer participating in early-phase cancer clinical trials?	6. Clinicians caring for patients in early-phase clinical trials, including phase I, may refer patients to specialist palliative care to assess and address the needs of patients with advanced solid tumors	Informal consensus	Low	Weak

Abbreviation: QOL, quality of life.

[a]The strength of the recommendation is defined as follows, Strong: In recommendations for an intervention, the desirable effects of an intervention outweigh its undesirable effects. In recommendations against an intervention, the undesirable effects of an intervention outweigh its desirable effects. All or almost all informed people would make the recommended choice for or against an intervention. Weak/conditional: In recommendations for an intervention, the desirable effects probably outweigh the undesirable effects, but appreciable uncertainty exists. In recommendations against an intervention, the undesirable effects probably outweigh the desirable effects, but appreciable uncertainty exists. Most informed people would choose the recommended course of action, but a substantial number would not.

[b]Please note that ASCO used guideline methodology for the modified and new recommendations according to the current ASCO Methodology Manual,[44] which was updated since the prior guideline The methodology for Recommendations 1a. and 1b. was developed by previous methodology (2016 methodology described here: ms_2016.701474.pdf (ascopubs.org)).[45]

[c]Slight language change since 2016 from "Assessment and support of coping needs (eg, provision of dignity therapy)" to "Assessment and support of coping and spiritual needs."

the studies included in that systematic review published since the last ASCO systematic review).[27,39,51]

Other Outcomes

One study measured the impact of a community outreach health worker-led intervention on acute care use and showed a decreased acute care use on the basis of the GRADE assessment.[38] Studies reporting pain outcomes did not show improvements.[26,40]

Clinical Interpretation

The models of delivering specialty palliative care to patients with cancer exhibit considerable diversity, frequently relying on cross-departmental interdisciplinary teams of physicians, advance practice providers, nurses, psychologists,[28] rehabilitation specialists,[17] spiritual care providers, community health workers,[38] and patient navigators.[40] These teams operate across both community and hospital settings, with in-person and web-based technology,[26] when available, at various junctures along the cancer trajectory. Palliative care is fundamentally interdisciplinary, yet resources supporting the availability of a full complement of oncology clinicians and therapists differ across settings. Primary investigations typically featured palliative care physicians, advanced practice providers, or palliative care nurses.[19] Several teams in these studies also included social workers, chaplains, psychologists, spiritual care providers, community health workers,[38] patient navigators, and rehabilitation specialists, encompassing physical therapy, occupational therapy, or rehabilitation medicine.

While most included studies examined the effects of referral of patients with advanced malignancies, one study included patients with newly diagnosed lung cancers,[19] another focused on integrated care models,[20] and one examined both referral and integrated care.[17] Across all studies, researchers employed standardized assessments of symptoms, spirituality, and psychosocial factors, emphasizing discussions of prognosis and treatment options to gauge prognostic awareness and initiate early discussions regarding hospice care. Study findings support that the most pragmatic approach to ensuring that patients benefit from palliative care is through the involvement of an interdisciplinary, specialist palliative care team early in the cancer trajectory. Referral to specialty palliative care would reflect the interventions in the evidence for Recommendation 2.

RESEARCH QUESTION 3

Which interventions are helpful for family caregivers, care partners, and communities?

Literature Review Update and Analysis

The updated systematic review identified 10 RCTs meeting the inclusion criteria, which reported prespecified outcomes of interventions specifically for family caregivers.[26,29-31,34,35,41,42,53,54] In addition, an Expert Panel member suggested including a systematic review,[55] which was outside of ASCO's date parameters. All RCTs for Research Question 3 included family caregivers of patients with primarily solid tumors and advanced cancer; two also included patients with hematologic malignancies.[30,41] Three studies did not require caregivers to have biological or legal relationships with the patient,[30,31,42,54] and one study included lay navigators.[31] Two RCTs enrolled a majority of non-White participants.[29,31]

The interventions, intervenors, primary outcomes, and definitions of caregivers varied between studies. Examples of outcomes were QOL, distress, self-efficacy, psychological outcomes, and caregiver burden. Three RCTs included web- or app-based interventions[26,41,42]; one RCT explicitly included a group intervention[53]; four RCTs explicitly reported on dyads.[29,34,41,54] Outcomes of intervention versus comparator are presented in Table 6. Patient and study characteristic information is provided in Data Supplement 1.

Clinical Interpretation

Limited data exist on how best to support caregivers of patients with advanced cancer, especially in under-resourced settings. The included studies had heterogeneity in who provided palliative care (nurse or lay navigator), the medium (by telephone, app, or in-person), and end points (study outcomes included depression, satisfaction, QOL). The study authors report diverse approaches, including many ways in which interdisciplinary health care professionals may reach patients; however, this variation limits the strength of this recommendation.

Early palliative care involvement may benefit caregivers of patients with advanced cancer emotionally and psychologically by lowering levels of depression, stress, caregiver burden, and psychological distress while also improving QOL (Table 6). Study authors report findings of various interventions that may support caregivers. Evidence shows that single or multimodal interventions benefit caregivers on the basis of their needs, location, resources, comfort level, and access to technology. Content could include psychoeducation and developing self-care plans. Studies reached outcomes in three to four sessions, making these feasible interventions to implement and persisted over 6-12 months, indicating both short-term and longer-term benefits for caregivers.

Most evidence comes from data collected in studies before the COVID-19 (SARS CoV-2) pandemic began. The previous guideline stressed the option of phone interventions for those in rural and/or under-resourced areas. With the growth in telehealth and telemedicine related to the pandemic, more people could access and feel comfortable with virtual care. Telehealth, app-based support, and virtual care

Downloaded from ascopubs.org by 149.20.207.221 on July 30, 2025 from 149.020.207.221
Copyright © 2025 American Society of Clinical Oncology. All rights reserved.

options, which are more available and largely familiar to many, could potentially allow increased access to support services for previously underserved populations who may have faced barriers to attending in-person support sessions at a physical health care organization. Many patients and caregivers continue to lack consistent internet, data, and/or smartphone access.[56,57] Therefore, telephone support services remain important for communication.

RESEARCH QUESTION 4

Which patients should be offered or referred to palliative care services and when in their disease trajectory; are there triggers that should be used to prompt specialty palliative care referrals?

Literature Review Update and Analysis

The evidence in the systematic review did not provide a signal to update this recommendation substantively. The updated systematic review identified four RCTs potentially relevant to the timing of offering palliative care services.[15,21,25,58] The studies each used different frequencies of palliative care visits (every 2 weeks,[15] every 4 weeks,[24] monthly,[21] monthly or more[25]), outcomes (for two of the studies, the primary outcome was QOL,[15,21] QOL was a secondary outcome in the other two; two studies had different primary outcomes [patients prescribed additional systemic antineoplastic therapy, end-of-life care preferences]), and study follow-up timelines (12 weeks to 6 months). All patients in these studies had solid tumors; one included inpatients.[21] Studies that measured QOL as a primary or secondary outcome did not find statistically significant and/or minimally clinically relevant differences. None of the studies found significant differences in psychological outcomes. One of the two RCTs[15,24] that reported on hospice utilization found it was statistically significantly higher in the palliative care arm.[24] Outcomes of intervention versus comparator are presented in Table 7. Study and patient characteristic information are provided in Data Supplement 1.

Clinical Interpretation

Initiating timely palliative care is integral to comprehensive cancer management.[15,21,24,25] Individuals with advanced-stage cancer often grapple with heightened symptom burden and diminished life expectancy. Most oncology clinicians recognize the value of palliative care when the risks of curative and/or palliative therapies outweigh the potential benefits. Study authors have reported that patients referred to specialty palliative care only once cancer-directed therapy is discontinued may not have an opportunity to experience the full benefits of palliative care.

The 2016 guideline recommended referral to specialist palliative care within 8 weeks of diagnosis of advanced cancer on the basis of the available evidence. Based on the same evidence and the emergence of workforce issues, the Expert Panel recommended changing the wording of the recommendation to early in the treatment process. The panel also recognizes the potential difficulty of interpreting the word *early* when discussing a palliative care referral. In available interventional studies, early has been defined as within 8-12 weeks from diagnosis.[17,32,52] Despite evidence to the contrary, patients and oncology clinicians often fear the implications of a palliative care referral. Despite available evidence, oncologists may worry that patients may interpret a palliative care referral as a sign that they are giving up and may lose hope.[59,60]

There is no standard time following diagnosis of an advanced cancer in which to refer patients to palliative care. However, in the context of current practice, the Expert Panel recommends that individuals interpret early as not waiting until cessation of antineoplastic-directed therapy but rather focusing on the presence of palliative needs. Early also indicates palliative care engagement in the outpatient setting. Ideally, oncology clinicians and health care organizations prioritize primary palliative care training for all oncology clinicians, highlighting when specialty palliative care referrals should be prioritized. Oncology clinicians play a critical role in introducing palliative care early in the disease trajectory to mitigate any perceived negative and outdated understandings of a specialty palliative care referral. This patient-centered approach ensures that specialty palliative interventions complement the overall treatment plan starting at cancer diagnosis. In the absence of such assessments, oncology clinicians with patients who experience persistent and distressing symptoms (eg, pain, nausea, or dyspnea, with a pattern of recurrent hospitalizations or emergency department visits because of cancer-related complications and/or who experience a decline in functional status) should refer them to specialty palliative care.

RESEARCH QUESTION 5

What are the strategies for integration of palliative care in the care of patients with hematologic malignancies?

Literature Review Update and Analysis

The updated systematic review identified three publications referencing two studies that met the inclusion criteria, reporting data from two RCTs.[14,20,43] The RCTs included patients with hematologic malignancies, specifically those with AML and those receiving hematopoietic stem cell transplantation (HSCT). In these studies, physicians and advanced practice providers delivered specialist palliative care in the inpatient setting. The primary outcomes of both studies included QOL and psychological outcomes. The investigators found that the palliative care intervention improved these outcomes (QOL, depression, anxiety, PTSD). The outcomes of intervention versus comparator (usual care) are presented in Table 8. Patient and study characteristic information is provided in Data Supplement 1.

Downloaded from ascopubs.org by 149.20.207.221 on July 30, 2025 from 149.020.207.221
Copyright © 2025 American Society of Clinical Oncology. All rights reserved.

Clinical Interpretation

Patients with hematologic malignancies suffer significant physical and psychological symptoms related to the disease and the often-intensive treatments required to attempt remission or cure. Advances in cancer therapy have allowed more patients to survive long-term and/or to cure or to live with cancer as a chronic illness. Many patients with hematologic malignancies can be treated with novel therapies that have limited morbidity and result in long-term survival. However, each requires therapy associated with significant side effects. Compared with patients with solid tumors, patients with hematologic malignancies experience higher rates of hospitalization, more frequent admissions to the intensive care unit, more in-hospital deaths, lower rates of hospice referrals, and shorter hospice length of stays. Therefore, patients who experience uncontrolled symptoms, psychosocial needs, or QOL concerns, regardless of prognosis, should be offered palliative care from the time of diagnosis throughout the trajectory of illness and survivorship.

Historically, health care organizations have infrequently integrated specialist palliative care services to help manage patients with hematologic malignancies. Study authors have reported findings that contribute to this phenomenon, including misperceptions that palliative care is end-of-life care, lack of clear transitions between curative and palliative phases of treatment (because of prognostic uncertainty), and policies that limit concurrent care.[61-63] Many palliative care clinicians have confronted perceptions that their consultation may result in concerns of premature discontinuation of potentially life-saving treatment.

Evidence regarding palliative care for this population was not available for the previous guideline update. Study authors (of included studies in this guideline) have reported the feasibility and efficacy of integrating palliative care into the treatment of inpatients with hematologic malignancies, and the available evidence is limited to patients with AML and patients receiving HSCT. One RCT demonstrated a statistically significant and clinically meaningful QOL benefit from specialty palliative care versus usual care in patients receiving intensive chemotherapy for AML.[20] These benefits were sustained for 6 months and accompanied by improvements in depression, anxiety, and PTSD. Despite no difference in symptom burden or end-of-life care receipt, the trial was multisite, and study authors concluded that, when available, health care organizations should deliver such palliative care services to inpatients with AML.

The other RCT demonstrated significantly less detriment in QOL after 2 weeks in patients undergoing HSCT for hematologic malignancies when randomly assigned to specialty inpatient palliative care consultation. The study authors reported benefits in secondary outcomes such as mood, symptom burden, and psychological outcomes. Although caregivers of patients in the intervention arm experienced a small increase in depression symptoms, this finding's significance is unknown. Collectively, the palliative care interventions had benefits that outweighed any risks; further investigation is warranted (see Limitation of the Research and Future Research).

The Expert Panel recognizes that a recommendation that includes all patients with hematologic malignancies extends beyond the populations included in the available studies. This choice reflects a recognition that the suffering in this patient group is high, the research in this area is nascent, and the Panel's collective clinical experience proposes potential benefits to a broader array of patients than reflected in these two studies.

RESEARCH QUESTION 6

What is the role of palliative care for patients with cancer participating in early-phase cancer clinical trials?

Literature Review Update and Analysis

The updated systematic review identified two RCTs meeting the inclusion criteria, which reported outcomes of interventions specifically for patients in phase I clinical trials as prespecified for this systematic review.[32,33] All participants had advanced solid tumor cancer at trial enrollment. Primary outcomes included QOL, symptom burden, and psychological distress. Although there were no significant differences in QOL (except at one of the two sites in one of the clinical trials) or symptom burden among study participants, specialist palliative care was associated with a trend toward decreased psychological distress. The outcomes of intervention versus comparator are presented in Table 9. Patient and study characteristic information is provided in Data Supplement 1.

Clinical Interpretation

Participants in phase I cancer clinical trials face significant uncertainty regarding their future and the potential effects of study treatment(s) and experience a multitude of symptoms associated with their cancer and prior treatment.[32] In addition, many participants in this group survive an average of 6 months after a trial's completion. Trial participation can further exacerbate existing physical and psychosocial concerns.[32] This uncertainty and these symptoms are amenable to palliative care interventions. Little research exists on this topic; only two studies met the inclusion criteria. The statistically significant outcomes were limited in the studies; however, given the evidence for palliative care in other populations with advanced cancer, the higher burden and vulnerability of this population, and very limited attention to palliative care in this population, the Expert Panel made a consensus recommendation.

The Expert Panel recognized that patients participating in early phase (ie, phase I) cancer clinical trials often

Downloaded from ascopubs.org by 149.20.207.221 on July 30, 2025 from 149.020.207.221
Copyright © 2025 American Society of Clinical Oncology. All rights reserved.

experience a distinct set of symptoms and concerns, with a unique constellation of supportive and palliative care needs. The phase I clinical trial population represents a select group of patients with cancer who remain sufficiently functionally independent to participate in clinical trials, often with more advanced disease, who frequently have received treatment with multiple lines of prior therapies.[1,64] Most participants have a limited life expectancy, with a median overall survival of 5.7-10.7 months after completing a clinical trial and have palliative care needs as described above. In addition, as study authors recently found that novel therapies have demonstrated longer survival in some patients on clinical trials, palliative care needs may extend for longer periods.[2-4,65,66]

Phase I cancer clinical trial participants may struggle to cope with the uncertainty regarding their future and the many symptoms associated with their cancer and prior treatment.[5-8,32,67-69] Participants are at risk for many symptom concerns,[1,9,10,64,70,71] with a symptom burden that may include fatigue, sleep disturbance, nausea, decreased appetite, anxiety, pain, and bowel changes.[7,11,12,62,68,72] Investigators recently reported (note: study not from the systematic review) patient-reported outcomes with many symptoms, including bloating, constipation, frequent urination, dry mouth, shortness of breath, anxiety, depression, and problems with memory and concentration affecting nearly 40% of the patients that they rated as severe or very severe.[72] Trial participation demands can further exacerbate participants' existing physical and psychosocial concerns.[1,5,10,32,64,71] For example, participants often make frequent and prolonged clinic visits, travel to the trial site, and face uncertainty associated with potential side effects and benefits of an investigational treatment.[1,2,72] As limited research has focused on participants' heightened supportive care needs in this setting, palliative care interventions should be developed, tailored, and tested.

Study authors have also reported findings that few phase I clinical trial participants complete advance care planning and/or receive palliative care or hospice care at the end of life.[5,8,32,69,73] In a recent study of phase I clinical trial participants, only 39% completed an advanced directive, 35% had a designated health care proxy, and 37% enrolled in hospice despite a 10.1-month median survival from enrollment.[5] Another study demonstrated that 47% had received a palliative care consult, and only 53% had a documented goals-of-care discussion.[8,69] The phase I clinical trial population represents a vulnerable, often underserved population with serious illness, limited life expectancy, and minimal research to understand and address their unmet needs.[1,8,10,64,69,70,73] Efforts to address the care needs of phase I clinical trial participants are critically important and greatly needed. Collectively, phase I clinical trial participants represent a population particularly in need of ongoing research to help assess, address, and manage their distinctive clinical care needs and enhance QOL. Palliative care integration in the care of participants on phase I clinical trials may also improve trial recruitment and retention. Promising results for interventions addressing these patients' supportive care concerns highlight the need for ongoing efforts.[5,6,9,14,32,67,70,74]

DISCUSSION

Effective palliative care consultations entail comprehensive initial and continuous assessments and management of distress stemming from symptoms or QOL aspects, including physical, psychological (encompassing communication and psychotherapy),[28] spiritual, financial (sometimes achieved by reducing the use of acute care facilities for unnecessary interventions[38]), and social domains. In addition, patients and/or caregivers should also be able to request palliative care at any stage, with any prognosis, based on their needs.

The palliative care models highlighted in the literature include integrated specialty consultation within oncology clinics or inpatient hospital wards as community-based services[38] or virtually (eg, telephone[19] or web-based[26] methods). All oncology clinicians involved in the care of patients and caregivers should understand the structure and significance of palliative care and possess primary palliative care knowledge and skills while recognizing when to seek the additional expertise of specialty palliative care (Table 1).

PATIENT PERSPECTIVE

One cannot overstate the trauma of receiving a cancer diagnosis and having everything one believed and planned uprooted. Overcome by the reordering of one's life, it is important to discern the different levels of trauma a patient experiences and how to deal with them. The most pressing trauma level is always treating the underlying cancer by the oncologist, surgeon, and/or radiation oncologist. Furthermore, a different trauma level that is often not adequately addressed is emotional, social, and/or familial distress. The specialist palliative care team most amenably and expertly handles this trauma.

The oncology clinician should introduce the specialty palliative care team soon after the diagnosis of advanced cancer. The specialized knowledge to assess and address social and emotional distress is essential to a patient's well-being. In the storm of fear and fallibility, palliative care can offer a calm refuge of understanding and support for the patient and their caregivers. The palliative care team can help patients and caregivers remain integrated and supportive of each other as they move down this new, uncertain, and sometimes frightening path. With specialty palliative care intervention, the patient and loved ones can review and prioritize emotional and social well-being, marshal resources, and plan for eventualities. Communication and a sense of purpose allay the deep fear of loss. At a time when one's life feels as though it is spinning out of control, the presence and sensibility of a specialty palliative care team can help one regain a sense of control and direction. See Patient-Clinician Communication: ASCO Consensus Guideline for recommendations and strategies to optimize patient-clinician communication.

Downloaded from ascopubs.org by 149.20.207.221 on July 30, 2025 from 149.020.207.221
Copyright © 2025 American Society of Clinical Oncology. All rights reserved.

HEALTH EQUITY

Although ASCO clinical practice guidelines represent expert recommendations on the best practices in disease management to provide the highest level of cancer care, it is important to note that many patients have limited access to medical care or receive fragmented care. Factors such as race and ethnicity, age, socioeconomic status, sexual orientation and gender identity, geographic location, and insurance access are known to impact cancer care outcomes.[75] Racial and ethnic disparities in health care contribute significantly to this problem in the United States. Patients with cancer who are members of racial and/or ethnic minorities suffer disproportionately from comorbidities, experience more substantial obstacles to receiving care, are more likely to be uninsured, and are at greater risk of receiving fragmented care or poor-quality care than other American patients.[76-79] Many other patients lack access to care because of their geographic location and distance from appropriate treatment facilities. Awareness of these disparities in access to care should be considered in the context of this clinical practice guideline, and health care providers should strive to deliver the highest level of cancer care to these vulnerable populations. Additionally, stakeholders should work toward achieving health equity by ensuring equitable access to both high-quality cancer care and research and addressing the structural barriers that preserve health inequities.[75] The authors also refer readers to a JCO Oncology Practice companion piece on equity (Rosa et al, manuscript submitted for publication).

In certain contexts, such as some low- and middle-income regions, recommendations from the ASCO Resource-Stratified Guideline on Global Palliative Care may necessarily take precedence over this update. The availability of both guidelines provides options to health care providers functioning within varied resourced settings. Both sets of guidelines underscore essential principles such as patient-centered care, effective communication, symptom management, and psychosocial support, all of which are pivotal, irrespective of available resources. To tackle resource inequalities, a tiered approach offers adaptability for clinicians and family caregivers in multifaceted settings, fostering the efficacious implementation of guidelines.

GUIDELINE IMPLEMENTATION

ASCO guidelines are developed for implementation across health settings. The Expert Panel suggests emphasizing actionable approaches, for example, screening for unmet needs, establishing interdisciplinary communication channels, and using collaborative care plans to begin to address integration frameworks. Each ASCO guideline includes a member from ASCO's PGIN on the panel. The additional role of this PGIN representative on the guideline panel is to assess the suitability of the recommendations for implementation in the community setting and identify any other barrier to implementation a reader should be aware of. Barriers to implementation include the need to increase awareness of the guideline recommendations among frontline practitioners, survivors of cancer, and family caregivers, as well as to provide adequate services in the face of limited resources. The guideline recommendations table and accompanying tools (available at www.asco.org/supportive-care-guidelines) were designed to facilitate the implementation of recommendations. This guideline will be distributed widely through the ASCO PGIN. ASCO guidelines are posted on the ASCO website and most often published in the *Journal of Clinical Oncology*.

LIMITATION OF THE RESEARCH AND FUTURE RESEARCH

The current literature recognizes that the impact of a palliative care intervention may or may not yield the desired outcomes and may yield mixed results among different individuals, even within a single health care organization. The reasons for these variations warrant further research.

The evidence base for Research Question 1 was limited by the moderate to high risk of bias in a large proportion of the reviewed trials. In addition, there was cointervention in the standard-of-care arm for some trials, including psychological support[21] or up to one third of participants engaging with the specialty palliative care team.[10] As early palliative care becomes standard practice, trials without substantial cointervention may be difficult to conduct. Recognizing the documented workforce shortages in specialty palliative care,[80] ongoing and future research efforts are needed to develop and test population-specific supportive and palliative care interventions (ie, precision palliative care)[49] to develop sustainable clinical care delivery models. High-quality trials are particularly needed that explicitly account for the illness trajectories of patients with different cancer diagnoses, primary palliative care interventions, and/or interventions that target specific subsets of patients with high clinical needs.

An ongoing clinical trial is currently evaluating whether primary palliative care is an alternative strategy to specialty palliative care for improving QOL, symptoms, mood, coping, and end-of-life outcomes in patients with AML (ClinicalTrials.gov identifier: NCT05237258, Specialty Compared to Oncology Delivered Palliative Care for Patients With Acute Myeloid Leukemia, ClinicalTrials.gov). Research limitations regarding patients with hematologic malignancies include that blinding was not feasible in these RCTs, one of them was single site,[14] and that they did not include attention control arms, diverse ethnic and racial patient populations, or interprofessional palliative care team members (eg, social work, chaplaincy, pharmacy) beyond oncology clinicians and advanced practice providers. Additionally, the impact of integrating specialty palliative care for patients across other hematologic malignancies (ie, beyond AML and/or receiving HSCT) and in the outpatient setting is an identified research priority.

Other limitations exist in the area of palliative care needs of individuals participating in phase I cancer clinical trials.

Downloaded from ascopubs.org by 149.20.207.221 on July 30, 2025 from 149.020.207.221
Copyright © 2025 American Society of Clinical Oncology. All rights reserved.

Future efforts to understand the potential impact of palliative care interventions for participants in phase I cancer clinical trials include the need to study different models of integration, how to deliver the intervention, when to initiate, who delivers the intervention, and ensuring optimal implementation and fidelity of the intervention components. Other potential strategies for future study include targeted symptom monitoring efforts, decision-making interventions, illness-understanding initiatives, and patient navigation strategies. Finally, sexual health for patients with advanced cancer is an emerging area[81]; while outside of the scope of this guideline, the Panel suggests researchers examine these issues in the context of palliative care.

The Expert Panel suggests prioritization of research funding of investigations in the following topics:

- Primary palliative care interventions
- Specialty palliative care training and workforce challenges, including novel models of care integration to enhance access for underserved patient populations
- Population-specific supportive and palliative care interventions
- Diverse ethnic, racial, and other minoritized patient populations
- Participants in phase I cancer clinical trials
- Interventions targeting specific subsets of patients with high clinical need
- Patients with hematologic malignancies, including in outpatient settings and those with hematologic malignancies other than AML and those receiving HSCT
- Patient-focused research in targeted symptom monitoring, decision-making interventions, illness-understanding initiatives, patient navigation strategies
- Interventions tailored to nonprofessional caregivers
- Precision palliative care to better identify those most in need of specialty care[49]
- Interdisciplinary research related to psychological, social, and spiritual needs

ASCO believes that cancer clinical trials are vital to inform medical decisions and improve cancer care and that all patients should have the opportunity to participate.

ADDITIONAL RESOURCES

For current information, including selected updates, supplements, slide sets, and clinical tools and resources, visit www.asco.org/supportive-care-guidelines. The Data Supplement for this guideline includes additional evidence tables, search strategy, a PRISMA diagram, and the implementability review. Guideline recommendations and algorithms are also available in the free ASCO Guidelines app (available for download in the Apple App Store and Google Play Store). Listen to key recommendations and insights from panel members on the ASCO Guidelines podcast. The Methodology Manual (available at www.asco.org/guideline-methodology) provides additional information about the methods used to develop this guideline. Patient information is available at www.cancer.net.

RELATED ASCO GUIDELINES

- Palliative Care in the Global Setting[3] (https://ascopubs.org/doi/10.1200/JGO.18.00026)
- Patient-Clinician Communication[82] (http://ascopubs.org/doi/10.1200/JCO.2017.75.2311)
- Telehealth in Oncology[83] (https://ascopubs.org/doi/10.1200/OP.21.00438)
- Use of Opioids for Adults With Pain from Cancer or Cancer Treatment[84] (https://ascopubs.org/doi/10.1200/JCO.22.02198)
- Management of Chronic Pain in Survivors of Adult Cancers[85] (https://ascopubs.org/doi/10.1200/JCO.2016.68.5206)
- Practical Assessment and Management of Vulnerabilities in Older Patients Receiving Systemic Cancer Therapy[86] (https://ascopubs.org/doi/10.1200/JCO.23.00933)
- All supportive care guidelines: www.asco.org/supportive-care-guidelines

OTHER RELATED GUIDELINES

- National Consensus Project (NCP) Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care, 4th Edition (https://www.nationalcoalitionhpc.org/ncp)[87]
- Cancer Care Ontario (CCO) Guidelines on Management of Pain in Cancer and/or Palliative Care (https://www.cancercareontario.ca/en/guidelines-advice/types-of-cancer/43271)[88]
- Palliative Care of Patients With Cancer: Guidelines from the National Comprehensive Cancer Network (https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2022/0700/practice-guidelines-palliative-care-cancer-patients.html)[89]

ASCO welcomes your comments on this guideline, including implementation challenges, new evidence, and how this guideline impacts you. To provide feedback, contact us at guidelines@asco.org. Comments may be incorporated into a future guideline update. To submit new evidence or suggest a topic for guideline development, complete the form available at www.asco.org/guidelines.

GENDER-INCLUSIVE LANGUAGE

ASCO is committed to promoting the health and well-being of individuals regardless of sexual orientation or gender identity.[90] Transgender and nonbinary people, in particular, may face multiple barriers to oncology care including stigmatization, invisibility,[91] and exclusiveness. One way exclusiveness or lack of accessibility may be communicated is through gendered language that makes presumptive links between gender and anatomy.[91–94] With the acknowledgment that

Downloaded from ascopubs.org by 149.20.207.221 on July 30, 2025 from 149.020.207.221
Copyright © 2025 American Society of Clinical Oncology. All rights reserved.

ASCO guidelines may impact the language used in clinical and research settings, ASCO is committed to creating gender-inclusive guidelines. For this reason, guideline authors use gender-inclusive language whenever possible throughout the guidelines. In instances in which the guideline draws upon data based on gendered research (eg, studies regarding women with ovarian cancer), the guideline authors describe the characteristics and results of the research as reported.

AFFILIATIONS

[1]McGill University, Montreal, Canada
[2]American Society of Clinical Oncology (ASCO), Alexandria, VA
[3]Princess Margaret Cancer Centre, Toronto, ON, Canada
[4]Virginia Commonwealth University Health System, Massey Cancer Center, Richmond, VA
[5]Kenya Hospices and Palliative Care Association, Nairobi, Kenya
[6]Mayo Clinic Breast SPORE, Wichita, KS
[7]Indiana University Melvin and Bren Simon Cancer Center, Indianapolis, IN
[8]Memorial Sloan Kettering Cancer Center, New York, NY
[9]University of Michigan, Ann Arbor, MI
[10]Rochester Regional Health, Rochester, NY
[11]Mayo Clinic, Rochester, MN
[12]Massachusetts General Hospital, Boston, MA
[13]Rocky Mountain Cancer Center—Denver Midtown, Denver, CO
[14]OU Health Stephenson Cancer Center, Oklahoma City, OK
[15]UCSF Helen Diller Family Comprehensive Cancer Center, San Francisco, CA
[16]City of Hope National Medical Center, Duarte, CA

CORRESPONDING AUTHOR

American Society of Clinical Oncology; e-mail: guidelines@asco.org.

EDITOR'S NOTE

This ASCO Clinical Practice Guideline provides recommendations, with comprehensive review and analyses of the relevant literature for each recommendation. Additional information, including a supplement with additional evidence tables, slide sets, clinical tools and resources, and links to patient information at www.cancer.net, is available at www.asco.org/supportive-care-guidelines.

EQUAL CONTRIBUTION

B.R.F. and J.J.S. were Expert Panel Co-chairs.

AUTHORS' DISCLOSURES OF POTENTIAL CONFLICTS OF INTEREST

Disclosures provided by the authors are available with this article at DOI https://doi.org/10.1200/JCO.24.00542.

AUTHOR CONTRIBUTIONS

Conception and design: Betty R. Ferrell, Justin J. Sanders, Sarah Temin
Administrative support: Sarah Temin
Collection and assembly of data: All authors
Data analysis and interpretation: All authors
Manuscript writing: All authors
Final approval of manuscript: All authors
Accountable for all aspects of the work: All authors

ACKNOWLEDGMENT

The Expert Panel wishes to thank Dr Marc Kerba and Dr Eric Roeland and the Evidence Based Medicine Committee for their thoughtful reviews and insightful comments on this guideline. The Expert Panel also would like to thank the ASCO Guidelines staff for their assistance.

Downloaded from ascopubs.org by 149.20.207.221 on July 30, 2025 from 149.020.207.221
Copyright © 2025 American Society of Clinical Oncology. All rights reserved.

REFERENCES

1. Smith TJ, Temin S, Alesi ER, et al: American Society of Clinical Oncology provisional clinical opinion: The integration of palliative care into standard oncology care. J Clin Oncol 30:880-887, 2012
2. Ferrell BR, Temel JS, Temin S, et al: Integration of palliative care into standard oncology care: American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline update. J Clin Oncol 35:96-112, 2017
3. Osman H, Shrestha S, Temin S, et al: Palliative care in the global setting: ASCO resource-stratified practice guideline. J Glob Oncol 4:1-24, 2018
4. Haun MW, Estel S, Rucker G, et al: Early palliative care for adults with advanced cancer. Cochrane Database Syst Rev 6:CD011129, 2017
5. Shiffman RN, Michel G, Rosenfeld RM, et al: Building better guidelines with BRIDGE-Wiz: Development and evaluation of a software assistant to promote clarity, transparency, and implementability. J Am Med Inform Assoc 19:94-101, 2012
6. Higgins JPT, Lopez-Lopez JA, Becker BJ, et al: Synthesising quantitative evidence in systematic reviews of complex health interventions. BMJ Glob Health 4:e000858, 2019
7. Balshem H, Helfand M, Schunemann HJ, et al: GRADE guidelines: 3. Rating the quality of evidence. J Clin Epidemiol 64:401-406, 2011
8. Patil VM, Singhai P, Noronha V, et al: Effect of early palliative care on quality of life of advanced Head and neck cancer patients: A phase III trial. J Natl Cancer Inst 113:1228-1237, 2021
9. Slama O, Pochop L, Sedo J, et al: Effects of early and systematic integration of specialist palliative care in patients with advanced cancer: Randomized controlled trial PALINT. J Palliat Med 23: 1586-1593, 2020
10. Temel JS, Greer JA, El-Jawahri A, et al: Effects of early integrated palliative care in patients with lung and GI cancer: A randomized clinical trial. J Clin Oncol 35:834-841, 2017
11. Groenvold M, Petersen MA, Damkier A, et al: Randomised clinical trial of early specialist palliative care plus standard care versus standard care alone in patients with advanced cancer: The Danish Palliative Care Trial. Palliat Med 31:814-824, 2017
12. Franciosi V, Maglietta G, Degli Esposti C, et al: Early palliative care and quality of life of advanced cancer patients-a multicenter randomized clinical trial. Ann Palliat Med 8:381-389, 2019
13. Shinall MC Jr, Martin SF, Karlekar M, et al: Effects of specialist palliative care for patients undergoing major abdominal surgery for cancer: A randomized clinical trial. JAMA Surg 158:747-755, 2023
14. El-Jawahri A, LeBlanc T, VanDusen H, et al: Effect of inpatient palliative care on quality of life 2 weeks after hematopoietic stem cell transplantation: A randomized clinical trial. JAMA 316: 2094-2103, 2016
15. Scarpi E, Dall'Agata M, Zagonel V, et al: Systematic vs. on-demand early palliative care in gastric cancer patients: A randomized clinical trial assessing patient and healthcare service outcomes. Support Care Cancer 27:2425-2434, 2019
16. Brims F, Gunatilake S, Lawrie I, et al: Early specialist palliative care on quality of life for malignant pleural mesothelioma: A randomised controlled trial. Thorax 74:354-361, 2019
17. Nottelmann L, Groenvold M, Vejlgaard TB, et al: Early, integrated palliative rehabilitation improves quality of life of patients with newly diagnosed advanced cancer: The Pal-Rehab randomized controlled trial. Palliat Med 35:1344-1355, 2021
18. Schenker Y, Althouse AD, Rosenzweig M, et al: Effect of an oncology nurse-led primary palliative care intervention on patients with advanced cancer: The CONNECT Cluster randomized clinical trial. JAMA Intern Med 181:1451-1460, 2021
19. Reinke LF, Sullivan DR, Slatore C, et al: A randomized trial of a nurse-led palliative care intervention for patients with newly diagnosed lung cancer. J Palliat Med 25:1668-1676, 2022
20. El-Jawahri A, LeBlanc TW, Kavanaugh A, et al: Effectiveness of integrated palliative and oncology care for patients with acute myeloid leukemia: A randomized clinical trial. JAMA Oncol 7:238-245, 2021
21. Vanbutsele G, Pardon K, Van Belle S, et al: Effect of early and systematic integration of palliative care in patients with advanced cancer: A randomised controlled trial. Lancet Oncol 19:394-404, 2018

22. McCorkle R, Jeon S, Ercolano E, et al: An advanced practice nurse coordinated multidisciplinary intervention for patients with late-stage cancer: A cluster randomized trial. J Palliat Med 18: 962-969, 2015
23. Eychmüller S, Zwahlen S, Fliedner MC, et al: Single early palliative care intervention added to usual oncology care for patients with advanced cancer: A randomized controlled trial (SENS trial). Palliat Med 35:1108-1117, 2021
24. Greer JA, Moy B, El-Jawahri A, et al: Randomized trial of a palliative care intervention to improve end-of-life care discussions in patients with metastatic breast cancer. J Natl Compr Canc Netw 20: 136-143, 2022
25. Chvetzoff G, Bouleuc C, Lardy-Cléaud A, et al: Impact of early palliative care on additional line of chemotherapy in metastatic breast cancer patients: Results from the randomized study OSS. Support Care Cancer 31:82, 2022
26. Steel JL, Geller DA, Kim KH, et al: Web-based collaborative care intervention to manage cancer-related symptoms in the palliative care setting. Cancer 122:1270-1282, 2016
27. Breitbart W, Pessin H, Rosenfeld B, et al: Individual meaning-centered psychotherapy for the treatment of psychological and existential distress: A randomized controlled trial in patients with advanced cancer. Cancer 124:3231-3239, 2018
28. Kruizinga R, Scherer-Rath M, Schilderman JB, et al: An assisted structured reflection on life events and life goals in advanced cancer patients: Outcomes of a randomized controlled trial (Life InSight Application (LISA) study). Palliat Med 33:221-231, 2019
29. Leow M, Chan S, Chan M.: A pilot randomized, controlled trial of the effectiveness of a psychoeducational intervention on family caregivers of patients with advanced cancer. Oncol Nurs Forum 42: E63-E72, 2015
30. Washington KT, Demiris G, Parker Oliver D, et al: Delivering problem-solving therapy to family caregivers of people with cancer: A feasibility study in outpatient palliative care. Psychooncology 27: 2494-2499, 2018
31. Dionne-Odom JN, Azuero A, Taylor RA, et al: A lay navigator-led, early palliative care intervention for African American and rural family caregivers of individuals with advanced cancer (Project Cornerstone): Results of a pilot randomized trial. Cancer 128:1321-1330, 2022
32. Ferrell B, Chung V, Hughes MT, et al: A palliative care intervention for patients on phase 1 studies. J Palliat Med 24:846-856, 2021
33. Treasure M, Daly B, Cao S, et al: A randomized controlled trial of structured palliative care versus standard supportive care for patients enrolled in phase 1 clinical trials. Cancer Med 10:4312-4321, 2021
34. Milbury K, Li Y, Durrani S, et al: A mindfulness-based intervention as a supportive care strategy for patients with metastatic non-small cell lung cancer and their spouses: Results of a three-arm pilot randomized controlled trial. Oncologist 25:e1794-e1802, 2020
35. Aubin M, Vézina L, Verreault R, et al: A randomized clinical trial assessing a pragmatic intervention to improve supportive care for family caregivers of patients with lung cancer. Palliat Support Care 19:146-153, 2021
36. Maltoni M, Scarpi E, Dall'Agata M, et al: Systematic versus on-demand early palliative care: Results from a multicentre, randomised clinical trial. Eur J Cancer 65:61-68, 2016
37. Temel JS, Sloan J, Zemla T, et al: Multisite, randomized trial of early integrated palliative and oncology care in patients with advanced lung and gastrointestinal cancer: Alliance A221303. J Palliat Med 23:922-929, 2020
38. Patel MI, Kapphahn K, Dewland M, et al: Effect of a community health worker intervention on acute care use, advance care planning, and patient-reported outcomes among adults with advanced stages of cancer: A randomized clinical trial. JAMA Oncol 8:1139-1148, 2022
39. Teo I, Krishnan A, Lee GL.: Psychosocial interventions for advanced cancer patients: A systematic review. Psychooncology 28:1394-1407, 2019
40. Fischer SM, Kline DM, Min SJ, et al: Effect of Apoyo con Cariño (Support With Caring) Trial of a Patient Navigator Intervention to Improve Palliative Care Outcomes for Latino Adults With Advanced Cancer: A Randomized Clinical Trial. JAMA Oncol 4:1736-1741, 2018
41. Porter LS, Steel JL, Fairclough DL, et al: Caregiver-guided pain coping skills training for patients with advanced cancer: Results from a randomized clinical trial. Palliat Med 35:952-961, 2021
42. Schuit AS, Rienks MM, Hooghiemstra N, et al: Reach and efficacy of the eHealth application Oncokompas, facilitating partners of incurably ill cancer patients to self-manage their caregiver needs: A randomized controlled trial. Support Care Cancer 30:10191-10201, 2022
43. El-Jawahri A, Traeger L, Greer JA, et al: Effect of inpatient palliative care during hematopoietic stem-cell transplant on psychological distress 6 months after transplant: Results of a randomized clinical trial. J Clin Oncol 35:3714-3721, 2017
44. ASCO Guideline Methodology: ASCO Guidelines Methodology Manual. https://society.asco.org/practice-patients/guidelines/guideline-methodology, 2023
45. ASCO Guidelines Methodology Supplement, from Ferrell BR, et al: Integration of Palliative Care Into Standard Oncology Care: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update. J Clin Oncol 35:96-112, 2017. https://ascopubs.org/doi/suppl/10.1200/jco.2016.70.1474/suppl_file/ms_2016.701474.pdf
46. Xu S, Wang X, Wang R.: The effects of integrated palliative care on quality of life and psychological distress in patients with advanced cancer: A systematic review and meta-analysis. Ann Palliat Med 11:2586-2599, 2022
47. Schenker Y, Bahary N, Claxton R, et al: A pilot trial of early specialty palliative care for patients with advanced pancreatic cancer: Challenges encountered and lessons learned. J Palliat Med 21: 28-36, 2018
48. Zimmermann C, Buss MK, Rabow MW, et al: Should outpatient palliative care clinics in cancer centers be stand alone or embedded? J Pain Symptom Manage 65:e165-e170, 2023
49. Sedhom R, Shulman LN, Parikh RB.: Precision palliative care as a pragmatic solution for a care delivery problem. J Clin Oncol 41:2888-2892, 2023
50. Epstein RM, Duberstein PR, Fenton JJ, et al: Effect of a patient-centered communication intervention on oncologist-patient communication, quality of life, and health care utilization in advanced cancer: The VOICE randomized clinical trial. JAMA Oncol 3:92-100, 2017
51. Chambers SK, Occhipinti S, Foley E, et al: Mindfulness-based cognitive therapy in advanced prostate cancer: A randomized controlled trial. J Clin Oncol 35:291-297, 2017
52. Mosher CE, Secinti E, Johns SA, et al: Examining the effect of peer helping in a coping skills intervention: A randomized controlled trial for advanced gastrointestinal cancer patients and their family caregivers. Qual Life Res 27:515-528, 2018
53. Holm M, Ärestedt K, Carlander I, et al: Short-term and long-term effects of a psycho-educational group intervention for family caregivers in palliative home care - results from a randomized control trial. Psychooncology 25:795-802, 2016
54. von Heymann-Horan A, Bidstrup PE, Johansen C, et al: Dyadic coping in specialized palliative care intervention for patients with advanced cancer and their caregivers: Effects and mediation in a randomized controlled trial. Psychooncology 28:264-270, 2019
55. Chow R, Mathews JJ, Cheng EY, et al: Interventions to improve outcomes for caregivers of patients with advanced cancer: A meta-analysis. J Natl Cancer Inst 115:896-908, 2023
56. Shao CC, McLeod MC, Gleason LT, et al: Inequity in telemedicine use among patients with cancer in the deep south during the COVID-19 pandemic. Oncologist 27:555-564, 2022
57. Waseem N, Boulanger M, Yanek LR, et al: Disparities in telemedicine success and their association with adverse outcomes in patients with thoracic cancer during the COVID-19 pandemic. JAMA Netw Open 5:e2220543, 2022
58. Greer JA, Jacobs J, Pensak N, et al: Randomized trial of a tailored cognitive-behavioral therapy mobile application for anxiety in patients with incurable cancer. Oncologist 24:1111-1120, 2019
59. Hancock K, Clayton JM, Parker SM, et al: Truth-telling in discussing prognosis in advanced life-limiting illnesses: A systematic review. Palliat Med 21:507-517, 2007
60. Johnson CE, Girgis A, Paul CL, et al: Cancer specialists' palliative care referral practices and perceptions: Results of a national survey. Palliat Med 22:51-57, 2008
61. Odejide OO, Cronin AM, Earle CC, et al: Why are patients with blood cancers more likely to die without hospice? Cancer 123:3377-3384, 2017
62. Bellhouse S, Galvin L, Turner L, et al: Phase I cancer trials: A qualitative study of specialist palliative care. BMJ Support Palliat Care 10:234-241, 2020
63. LeBlanc TW, Roeland EJ, El-Jawahri A.: Early palliative care for patients with hematologic malignancies: Is it really so difficult to achieve? Curr Hematol Malig Rep 12:300-308, 2017
64. Finlay E, Lu HL, Henderson HR, et al: Do phase 1 patients have greater needs for palliative care compared with other cancer patients? Cancer 115:446-453, 2009
65. Chihara D, Lin R, Flowers CR, et al: Early drug development in solid tumours: Analysis of national cancer institute-sponsored phase 1 trials. Lancet 400:512-521, 2022
66. Paluri RK, Li P, Anderson A, et al: First-in-human phase 1 clinical trials—A single-center experience in the era of modern oncotherapeutics. Sci Rep 10:7935, 2020
67. Sun V, Cooke L, Chung V, et al: Feasibility of a palliative care intervention for cancer patients in Phase I clinical trials. J Palliat Med 17:1365-1368, 2014
68. George GC, Iwuanyanwu EC, Anderson KO, et al: Sleep quality and its association with fatigue, symptom burden, and mood in patients with advanced cancer in a clinic for early-phase oncology clinical trials. Cancer 122:3401-3409, 2016
69. Sedhom R, Blackford AL, Gupta A, et al: End-of-life characteristics associated with short hospice length of stay for patients with solid tumors enrolled in phase I clinical trials. J Natl Compr Canc Netw 19:686-692, 2021
70. Ferrell BR, Chung V, Koczywas M, et al: Palliative care and phase 1 trials: Intervention to improve quality of life and provide education. Clin J Oncol Nurs 21:473-479, 2017
71. Ferrell BR, Paterson CL, Hughes MT, et al: Characteristics of participants enrolled onto a randomized controlled trial of palliative care for patients on phase I studies. J Palliat Med 20:1338-1344, 2017
72. Sedhom R, Ferrell B, Ruel N, et al: Using patient-reported outcomes to describe the patient experience on phase I clinical trials. JNCI Cancer Spectr 4:pkaa067, 2020
73. Ulrich CM, Knafl K, Foxwell AM, et al: Experiences of patients after withdrawal from cancer clinical trials. JAMA Netw Open 4:e2120052, 2021

Downloaded from ascopubs.org by 149.20.207.221 on July 30, 2025 from 149.020.207.221
Copyright © 2025 American Society of Clinical Oncology. All rights reserved.

74. Meyers FJ, Carducci M, Loscalzo MJ, et al: Effects of a problem-solving intervention (COPE) on quality of life for patients with advanced cancer on clinical trials and their caregivers: Simultaneous care educational intervention (SCEI): Linking palliation and clinical trials. J Palliat Med 14:465-473, 2011
75. Patel MI, Lopez AM, Blackstock W, et al: Cancer disparities and health equity: A policy statement from the American Society of Clinical Oncology. J Clin Oncol 38:3439-3448, 2020
76. Howlader N, Noone AM, Krapcho M, et al: SEER Cancer Statistics Review, 1975-2013. Bethesda, MD, National Cancer Institute, 2016. http://seer.cancer.gov/csr/1975_2013/,basedonNovember2015SEERdatasubmission,postedtotheSEERwebsite
77. Mead H, Cartwright-Smith L, Jones K, et al: Racial and Ethnic Disparities in U.S. Health Care: A Chartbook. New York, NY, The Commonwealth Fund, 2008
78. American Cancer Society: Cancer Facts & Figures for African Americans 2016-2018. Atlanta, GA, American Cancer Society, 2016. http://www.cancer.org/acs/groups/content/@editorial/documents/document/acspc-047403.pdf
79. US Cancer Statistics Working Group: United States Cancer Statistics: 1999–2012 Incidence and Mortality Web-Based Report. Atlanta, GA, US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention and National Cancer Institute, 2015
80. Hui D, De La Rosa A, Chen J, et al: State of palliative care services at US cancer centers: An updated national survey. Cancer 126:2013-2023, 2020
81. Carter J, Lacchetti C, Andersen BL, et al: Interventions to address sexual problems in people with cancer: American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline adaptation of Cancer Care Ontario guideline. J Clin Oncol 36:492-511, 2018
82. Gilligan T, Coyle N, Frankel RM, et al: Patient-clinician communication: American Society of Clinical Oncology consensus guideline. J Clin Oncol 35:3618-3632, 2017
83. Zon RT, Kennedy EB, Adelson K, et al: Telehealth in oncology: ASCO standards and practice recommendations. JCO Oncol Pract 17:546-564, 2021
84. Paice JA, Bohlke K, Barton D, et al: Use of Opioids for adults with pain from cancer or cancer treatment: ASCO guideline. J Clin Oncol 41:914-930, 2023
85. Paice JA, Portenoy R, Lacchetti C, et al: Management of chronic pain in survivors of adult cancers: American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline. J Clin Oncol 34:3325-3345, 2016
86. Dale W, Klepin HD, Williams GR, et al: Practical assessment and management of Vulnerabilities in older patients receiving systemic cancer therapy: ASCO guideline update. J Clin Oncol 41:4293-4312, 2023
87. Ferrell BR, Twaddle ML, Melnick A, et al: National consensus project clinical practice guidelines for quality palliative care guidelines, 4th edition. J Palliat Med 21:1684-1689, 2018
88. Sawhney M, Flechter G, Rice J: Guidelines on Management of Pain in Cancer And/or Palliative Care. Toronto, ON, Cancer Care Ontario, 2017. Program in Evidence-Based Care Evidence Summary No.: 18-4
89. Palliative Care of Patients With Cancer: Guidelines from the national comprehensive cancer Network. Am Fam Physician 106:102-103, 2022
90. Griggs J, Maingi S, Blinder V, et al: American Society of Clinical Oncology position statement: Strategies for reducing cancer health disparities among sexual and gender minority populations. J Clin Oncol 35:2203-2208, 2017
91. Alpert AB, Gampa V, Lytle MC, et al: I'm not putting on that floral gown: Enforcement and resistance of gender expectations for transgender people with cancer. Patient Educ Couns 104:2552-2558, 2021
92. Alpert AB, Komatsoulis GA, Meersman SC, et al: Identification of transgender people with cancer in electronic health records: Recommendations based on CancerLinQ observations. JCO Oncol Pract 17:e336-e342, 2021
93. UCSF Gender Affirming Health Program DoFaCM, University of California San Francisco: UCSF Gender Affirming Health Program, Department of Family and Community Medicine, University of California San Francisco: Guidelines for the Primary and Gender-Affirming Care of Transgender and Gender Nonbinary People, in Deutsch MB (ed): (ed 2), 2016. transcare.ucsf.edu/guidelines
94. Understanding Transgender People: The Basics. National Center for Transgender Equality. https://transequality.org/issues/resources/understanding-transgender-people-the-basics, 2022

Downloaded from ascopubs.org by 149.20.207.221 on July 30, 2025 from 149.020.207.221
Copyright © 2025 American Society of Clinical Oncology. All rights reserved.

AUTHORS' DISCLOSURES OF POTENTIAL CONFLICTS OF INTEREST

Palliative Care for Patients With Cancer: ASCO Guideline Update

The following represents disclosure information provided by authors of this manuscript. All relationships are considered compensated unless otherwise noted. Relationships are self-held unless noted. I = Immediate Family Member, Inst = My Institution. Relationships may not relate to the subject matter of this manuscript. For more information about ASCO's conflict of interest policy, please refer to www.asco.org/rwc or ascopubs.org/jco/authors/author-center.

Open Payments is a public database containing information reported by companies about payments made to US-licensed physicians (Open Payments).

James F. Cleary
Stock and Other Ownership Interests: Medical Cyberworlds
Consulting or Advisory Role: Fitabeo
Uncompensated Relationships: Fitabeo

Andrew S. Epstein
Honoraria: HMP Education
Other Relationship: UpToDate

Joshua A. Jones
Employment: Rochester Regional Health System, University of Pennsylvania Abramson Cancer Center, Children's Hospital of Philadelphia, Pediatric Urgent Care of Rochester

Mark R. Litzow
Honoraria: BeiGene Shanghai, Amgen
Speakers' Bureau: BeiGene Shanghai, Amgen
Research Funding: Amgen, Astellas Pharma, Actinium Pharmaceuticals, Syndax
Travel, Accommodations, Expenses: BeiGene Shanghai, Amgen
Other Relationship: Biosight

Mabel Alejandra Mardones
Consulting or Advisory Role: Myriad Genetics, Seagen, bioTheranostics, Sanofi, Genentech/Roche, Gilead Sciences, Epic Sciences, AstraZeneca, Agendia
Speakers' Bureau: Puma Biotechnology, Seagen, Merarini

William E. Rosa
Consulting or Advisory Role: University of Miami
Research Funding: Cambia Health Foundation (Inst), Robert Wood Johnson Foundation (Inst), Rita & Alex Hillman Foundation (Inst)
Patents, Royalties, Other Intellectual Property: Royalties from books from Springer Publishing and Jones & Bartlett Learning

Camilla Zimmermann
This author is an Associate Editor for *Journal of Clinical Oncology*. Journal policy recused the author from having any role in the peer review of this manuscript.
Research Funding: Pfizer (Inst)

No other potential conflicts of interest were reported.

Downloaded from ascopubs.org by 149.20.207.221 on July 30, 2025 from 149.020.207.221
Copyright © 2025 American Society of Clinical Oncology. All rights reserved.

© 2024 by American Society of Clinical Oncology

APPENDIX 1. GUIDELINE DISCLAIMER

The Clinical Practice Guidelines and other guidance published herein are provided by the ASCO, Inc to assist providers in clinical decision making. The information herein should not be relied upon as being complete or accurate, nor should it be considered as inclusive of all proper treatments or methods of care or as a statement of the standard of care. With the rapid development of scientific knowledge, new evidence may emerge between the time information is developed and when it is published or read. The information is not continually updated and may not reflect the most recent evidence. The information addresses only the topics specifically identified therein and is not applicable to other interventions, diseases, or stages of diseases. This information does not mandate any particular course of medical care. Further, the information is not intended to substitute for the independent professional judgment of the treating provider, as the information does not account for individual variation among patients. Recommendations specify the level of confidence that the recommendation reflects the net effect of a given course of action. The use of words like "must," "must not," "should," and "should not" indicates that a course of action is recommended or not recommended for either most or many patients, but there is latitude for the treating physician to select other courses of action in individual cases. In all cases, the selected course of action should be considered by the treating provider in the context of treating the individual patient. Use of the information is voluntary. ASCO does not endorse third party drugs, devices, services, or therapies used to diagnose, treat, monitor, manage, or alleviate health conditions. Any use of a brand or trade name is for identification purposes only. ASCO provides this information on an "as is" basis and makes no warranty, express or implied, regarding the information. ASCO specifically disclaims any warranties of merchantability or fitness for a particular use or purpose. ASCO assumes no responsibility for any injury or damage to persons or property arising out of or related to any use of this information, or for any errors or omissions.

APPENDIX 2. GUIDELINE AND CONFLICTS OF INTEREST

The Expert Panel was assembled in accordance with ASCO's Conflict of Interest Policy Implementation for Clinical Practice Guidelines ("Policy," found at http://www.asco.org/guideline-methodology). All members of the Expert Panel completed ASCO's disclosure form, which requires disclosure of financial and other interests, including relationships with commercial entities that are reasonably likely to experience direct regulatory or commercial impact as a result of promulgation of the guideline. Categories for disclosure include employment; leadership; stock or other ownership; honoraria, consulting or advisory role; speaker's bureau; research funding; patents, royalties, other intellectual property; expert testimony; travel, accommodations, expenses; and other relationships. In accordance with the Policy, the majority of the members of the Expert Panel did not disclose any relationships constituting a conflict under the Policy.

Downloaded from ascopubs.org by 149.20.207.221 on July 30, 2025 from 149.020.207.221
Copyright © 2025 American Society of Clinical Oncology. All rights reserved.

TABLE A1. Palliative Care for Patients with Cancer Guideline Expert Panel Membership

Name	Affiliation	Role or Area of Expertise
Betty R. Ferrell, PhD, *Co-Chair*	City of Hope National Medical Center, Duarte, CA	Oncology Nursing/Clinical Trials
Justin J. Sanders, MD, MSc, *Co-Chair*	McGill University, Montreal, Canada	Palliative Care
Erin R. Alesi, MD	Virginia Commonwealth University Health System, Massey Cancer Center, Richmond, VA	Medical Oncology and Palliative Care
Zipporah Vunoro Ali, MD	Kenya Hospices and Palliative Care Association, Nairobi, Kenya	Palliative Care
Cynthia Chauhan, MSW	Mayo Clinic Breast SPORE, Wichita, KS	Patient Representative
James F. Cleary, MD	Indiana University Melvin and Bren Simon Cancer Center, Indianapolis, IN	Palliative Care
Andrew S. Epstein, MD	Memorial Sloan Kettering Cancer Center, New York, NY	Medical Oncology/Palliative Care
Janice I. Firn, PhD, MSW, HEC-C	University of Michigan, Ann Arbor, MI	Social Work, Bioethics
Arun Ghoshal, MBBS, MD, MRes	Princess Margaret Cancer Center, University Health Network, Toronto, ON, Canada	Palliative Care
Joshua Adam Jones, MD, MA	Rochester Regional Health, Rochester, NY	Radiation Oncology and Palliative Care
Mark Robert Litzow, MD	Mayo Clinic, Rochester, MN	Hematology Oncology
Debra Lundquist, PhD, RN	Massachusetts General Hospital, Boston, MA	Oncology Nursing/Clinical Trials
Mabel Alejandra Mardones, MD, PGIN Representative	Rocky Mountain Cancer Center - Denver Midtown, Denver, CO	Medical Oncology
Ryan David Nipp, MD, MPH	OU Health Stephenson Cancer Center, Oklahoma City, OK	Medical Oncology
Michael W. Rabow, MD	UCSF Helen Diller Family Comprehensive Cancer Center, San Francisco, CA	Palliative Care
William E. Rosa, PhD, MBE, APRN	Memorial Sloan Kettering Cancer Center, New York, NY	Oncology Nursing, Psycho-Oncology, Palliative Care
Camilla Zimmermann, MD, PhD, FRCPC	Princess Margaret Cancer Center, University Health Network, Toronto, ON, Canada	Palliative Care
Sarah Temin, MSPH	American Society of Clinical Oncology (ASCO), Alexandria, VA	ASCO Practice Guideline Staff (Health Research Methods)

TABLE A2. Recommendation Rating Definitions

Term	Definitions
Quality of evidence	
High	We are very confident that the true effect lies close to that of the estimate of the effect
Moderate	We are moderately confident in the effect estimate: The true effect is likely to be close to the estimate of the effect, but there is a possibility that it is substantially different
Low	Our confidence in the effect estimate is limited: The true effect may be substantially different from the estimate of the effect
Very low	We have very little confidence in the effect estimate: The true effect is likely to be substantially different from the estimate of effect
Strength of recommendation	
Strong	In recommendations for an intervention, the desirable effects of an intervention outweigh its undesirable effects In recommendations against an intervention, the undesirable effects of an intervention outweigh its desirable effects All or almost all informed people would make the recommended choice for or against an intervention
Weak/conditional	In recommendations for an intervention, the desirable effects probably outweigh the undesirable effects, but appreciable uncertainty exists In recommendations against an intervention, the undesirable effects probably outweigh the desirable effects, but appreciable uncertainty exists Most informed people would choose the recommended course of action, but a substantial number would not

Downloaded from ascopubs.org by 149.20.207.221 on July 30, 2025 from 149.020.207.221
Copyright © 2025 American Society of Clinical Oncology. All rights reserved.

© 2024 by American Society of Clinical Oncology

ADVERTISEMENT

Journal of Clinical Oncology®
An American Society of Clinical Oncology Journal

ACCESO LIBRE ARTÍCULOS ESPECIALES DE ASCO 15 de mayo de 2024

Cuidados paliativos para pacientes con cáncer: actualización de las directrices de la ASCO

Autores : Justin J. Sanders , MD, MSc Sarah Temin , MSPH Arun Ghoshal , MBBS, MD, MRes Dra . Erin R. Alesi Dra . Zipporah Vunoro Ali Cynthia Chauł MSW , James F. Cleary , MD , ... MOSTRAR TODO ... , y Betty R. Ferrell , PhD | INFORMACIÓN Y AFILIACIONES DE LOS AUTORES

PDF
Ayuda

Publicación : Revista de Oncología Clínica Volumen 42 , Número 19 https://doi.org/10.1200/JCO.24.00542

40.199 / 107 Am score 113

PDF

Abstracto

Las Guías de la ASCO ofrecen recomendaciones con una revisión exhaustiva y análisis de la literatura relevante para cada una, siguiendo el proceso de desarrollo de guías descrito en el Manual Metodológico de las Guías de la ASCO . Las Guías de la ASCO se rigen por la Política de Conflicto de Intereses de la ASCO para las Guías de Práctica Clínica .

Las Guías de Práctica Clínica y otras orientaciones («Guía») proporcionadas por la ASCO no constituyen una guía exhaustiva ni definitiva sobre las opciones de tratamiento. Su uso está previsto para el uso voluntario de los profesionales sanitarios y debe basarse en el criterio profesional independiente. Es posible que esta guía no sea aplicable a todos los pacientes, intervenciones, enfermedades o estadios de la enfermedad. Esta guía se basa en la revisión y el análisis de la bibliografía pertinente y no pretende ser una declaración del estándar de atención. La ASCO no avala medicamentos, dispositivos, servicios ni terapias de terceros y no asume ninguna responsabilidad por ningún daño derivado o relacionado con el uso de esta información. Consulte el descargo de responsabilidad completo en los Apéndices 1 y 2 (solo en línea) para obtener más información .

Objetivo

Proporcionar orientación basada en evidencia a médicos oncólogos, pacientes, cuidadores no profesionales y médicos de cuidados paliativos para actualizar la guía ASCO de 2016 sobre la integración de los cuidados paliativos en la oncología estándar para todos los pacientes con diagnóstico de cáncer.

Métodos

La ASCO convocó a un Panel de Expertos compuesto por médicos, radioterapeutas, hematología-oncólogos, enfermería oncológica, cuidados paliativos, trabajo social, ética, abogacía y psicooncología. El Panel realizó una búsqueda bibliográfica que incluyó revisiones sistemáticas, metaanálisis y ensayos controlados aleatorizados publicados entre 2015 y 2023. Los resultados de interés incluyeron la calidad de vida (CV), la satisfacción del paciente, los síntomas físicos y psicológicos, la supervivencia y la carga para el

cuidador. Los miembros del Panel de Expertos utilizaron la evidencia disponible y el consenso informal para elaborar recomendaciones basadas en la evidencia.

Resultados

La búsqueda bibliográfica identificó 52 estudios relevantes para fundamentar la base de evidencia para esta guía.

Recomendaciones

Las recomendaciones basadas en la evidencia abordan la integración de los cuidados paliativos en oncología. Los oncólogos clínicos deben derivar a los pacientes con tumores sólidos avanzados y neoplasias hematológicas a equipos especializados interdisciplinarios de cuidados paliativos que brinden atención ambulatoria y hospitalaria desde las primeras etapas de la enfermedad, junto con el tratamiento activo de su cáncer. Para los pacientes con cáncer que presentan angustia física, psicosocial o espiritual no abordada, los programas de atención oncológica deben brindar servicios especializados de cuidados paliativos que complementen las intervenciones de cuidados de apoyo existentes o emergentes. Los oncólogos clínicos de todo el equipo interdisciplinario de atención oncológica pueden derivar a los cuidadores (p. ej., familiares, familiares seleccionados y amigos) de los pacientes con cáncer a equipos de cuidados paliativos para recibir apoyo adicional. El Panel de Expertos sugiere la participación temprana en cuidados paliativos, especialmente para pacientes con síntomas no controlados y preocupaciones sobre la calidad de vida. Los médicos que atienden a pacientes con tumores sólidos en ensayos clínicos de cáncer de fase I también pueden derivarlos a cuidados paliativos especializados.

Información adicional está disponible en www.asco.org/supportive-care-guidelines .

PDF

Ayuda

Introducción

Existe una mayor conciencia de las múltiples dimensiones del sufrimiento que experimentan las personas con cáncer y sus cuidadores, a la vez que se incrementan los avances en el tratamiento del cáncer. Durante las últimas cinco décadas, los profesionales de la salud en cuidados paliativos, los investigadores y los defensores de estos pacientes han aprendido de y con las personas que viven con cáncer para consolidarse como socios importantes de los profesionales de la salud oncológica en el abordaje de este sufrimiento. Como con cualquier innovación y con base en la evidencia de sus beneficios, surgen preguntas sobre cómo y cuándo integrar los cuidados paliativos en las estructuras y procesos de atención existentes. Esta guía de la ASCO tiene como objetivo proporcionar a los profesionales de la salud oncológicos, investigadores, pacientes, cuidadores no profesionales, legisladores y organizaciones de atención médica recomendaciones sobre la prestación óptima de cuidados paliativos a los pacientes con cáncer. Estas recomendaciones actualizan dos publicaciones previas de la guía de la ASCO de 2012 [1] y 2016 [2.] El objetivo de esta actualización es proporcionar a los profesionales de la oncología las recomendaciones actuales sobre cuidados paliativos y evaluar cuáles de las recomendaciones de 2016 siguen siendo válidas. Durante la fase de desarrollo del protocolo, el Panel de Expertos decidió que no era necesario actualizar la revisión sistemática ni las recomendaciones para las Preguntas de Investigación 7 y 8 (ahora numeradas 1a y 1b). La lista completa de recomendaciones previas está disponible en el Suplemento de Datos (solo en línea).

Además de reflejar la evidencia más reciente, esta guía describe la evolución en la comprensión del Panel de los factores lingüísticos, geográficos, éticos y contextuales que afectan la equidad en la intersección de los cuidados paliativos y oncológicos. Por ejemplo, la guía utiliza el término cuidador o cuidador familiar para referirse e incluir a las personas con o sin conexiones biológicas o legales con la persona con cáncer y para distinguirlo del rol del clínico. La guía utiliza los términos clínico y clínico oncológico para incluir a médicos, enfermeras, trabajadores sociales y otros miembros del equipo interdisciplinario que brindan atención en entornos clínicos. El Panel de Expertos reconoce que los clínicos oncológicos tienen un papel importante y con frecuencia brindan aspectos de los cuidados paliativos. La guía se refiere a esto como cuidados paliativos generalistas o primarios. Esto se aborda con más detalle en la Pregunta de investigación 1, Tabla 1 y la secci de Discusión. Además, la guía define a las organizaciones de atención médica como los entornos en los que trabaja el público objetivo profesional, y señala que la mayoría de los cuidados paliativos se brindan en entornos ambulatorios.

PDF
Ayuda

Tabla 1. Cuidados paliativos primarios versus cuidados paliativos especializados

Cuidados paliativos primarios proporcionados por médicos oncólogos	Cuidados paliativos especializados
Evaluación y manejo de síntomas y necesidades físicas.	Capa adicional de apoyo para pacientes con enfermedad avanzada y aquellos al final de la vida
Evaluación y gestión de preocupaciones psicosociales y espirituales	Consulta para el manejo de problemas físicos, psicosociales o espirituales complejos.
Atención a los aspectos culturales de la atención, incluidas las cuestiones éticas	Comunicación con pacientes y familias sobre los objetivos de la atención y las decisiones sobre cuidados al final de la vida.
Coordinación de servicios de cuidados de apoyo y derivaciones a cuidados paliativos especializados o cuidados paliativos.	

COLLAPSE

El Panel de Expertos reconoce las diferencias sistemáticas en el alcance y la cantidad de la investigación disponible, por lo que la guía podría no reflejar adecuadamente las necesidades de las personas en regiones y países donde los recursos médicos y de cuidados paliativos son limitados, incluyendo países de ingresos bajos y medios o poblaciones marginadas en todo el mundo. El enfoque global de la ASCO se abordó en la Guía [3], estratificada por recursos , publicada entre la publicación de 2016, no estratificada por recursos, y esta actualización. Dado que un análisis completo de la relevancia de estas guías en entornos con recursos relativamente limitados excede el alcance de esta guía, se anima a los lectores a reflexionar sobre las posibles implicaciones de las guías en estos entornos.

Además de un resumen de las preguntas de investigación, la evidencia relevante y las recomendaciones, esta guía ahora incluye un debate sobre la integración de los cuidados paliativos para las personas con neoplasias hematológicas y aquellos inscritos en ensayos clínicos de fase I, así como un breve debate (y manuscrito complementario) sobre la promoción de la equidad en la salud en los cuidados paliativos oncológicos.

Preguntas de orientación

Esta guía de práctica clínica aborda seis preguntas de investigación generales: (1) ¿Cuáles son las intervenciones más efectivas para brindar cuidados paliativos a pacientes con cáncer (servicios de cuidados paliativos especializados y/o atención generalista por parte de médicos oncólogos)? (2) ¿Cómo se pueden relacionar en la práctica los servicios de cuidados paliativos con otros servicios de cuidados de apoyo existentes o emergentes (incluida la navegación de enfermería, la navegación laica, la atención médica domiciliaria y comunitaria, la oncología geriátrica, la psicooncología, el dolor y los servicios de telesalud)? (3) ¿Qué intervenciones son útiles para los cuidadores familiares, los cuidadores y las comunidades? (4) ¿A qué pacientes se les debe ofrecer o derivar a servicios de cuidados paliativos y cuándo en la trayectoria de su enfermedad; hay desencadenantes que se deben utilizar para impulsar las derivaciones a cuidados paliativos especializados? (5) ¿Cuáles son las estrategias para la integración de los cuidados paliativos en la atención de pacientes con neoplasias hematológicas? (6) ¿Cuál es el papel de los cuidados paliativos para pacientes con cáncer en ensayos clínicos de cáncer de fase I?

PDF
Ayuda

Métodos

Población objetivo y audiencia

Población objetivo

Pacientes adultos con cáncer avanzado (ya sea tumor sólido o cáncer hematológico) y cuidadores familiares (los cuidadores incluyen individuos no profesionales y miembros de la comunidad con o sin relaciones legales o biológicas con los pacientes).

Público objetivo

Médicos oncólogos que brindan atención a adultos con cáncer y otros cuidadores profesionales (incluidos médicos, proveedores de práctica avanzada, enfermeras, proveedores de atención espiritual, trabajadores sociales, profesionales psicológicos, médicos de cuidados paliativos y atención domiciliaria), las organizaciones de atención médica en las que trabajan, adultos con cáncer y sus cuidadores familiares, e investigadores.

Proceso de desarrollo de directrices

Este producto de guía basado en una revisión sistemática fue desarrollado por un Panel de Expertos multidisciplinario, que incluyó a un representante de pacientes y a un miembro del personal de guías de ASCO con experiencia en metodología de investigación en salud (Tabla A1 del Apéndice). Se llevaron a cabo cinco reuniones completas del panel y reuniones de subgrupos para proporcionar aportes continuos sobre la calidad y evaluación de la evidencia, generación de recomendaciones, contenido del borrador y para revisar y aprobar borradores durante todo el desarrollo de la guía. El personal de ASCO se reunió de forma rutinaria con los copresidentes del Panel de Expertos y se comunicó con el panel por correo electrónico para coordinar el proceso hasta su finalización. Después de presentar un acuerdo de confidencialidad, los miembros del público tuvieron 2 semanas para revisar y proporcionar comentarios abiertos sobre las recomendaciones. Estos comentarios se tomaron en cuenta al finalizar las recomendaciones. Los miembros del Panel de Expertos fueron responsables de revisar y aprobar la penúltima versión de la guía, que luego se distribuyó para revisión externa

y se envió al *Journal of Clinical Oncology* para revisión editorial y consideración para publicación. Todos los fondos para la administración del proyecto fueron proporcionados por ASCO.

Las recomendaciones se elaboraron mediante una revisión sistemática de la evidencia identificada mediante búsquedas en línea en PubMed (enero de 2015-enero de 2023) y la Biblioteca Cochrane (enero de 2023) de ensayos clínicos aleatorizados (ECA) de fase III, revisiones sistemáticas con metanálisis y experiencia clínica. Los artículos se seleccionaron para su inclusión en la revisión sistemática según los siguientes criterios:

- Población: Pacientes adultos con cáncer (ya sea de tumores sólidos o cánceres hematológicos) y cuidadores adultos
- Intervenciones: Servicios de cuidados paliativos especializados y/o atención generalista, servicios psicológicos, intervenciones comunitarias, de cuidadores y diádicas.
- Comparaciones: Atención habitual, atención oncológica generalista
- Resultados: calidad de vida (CV), satisfacción del paciente, síntomas, resultados psicológicos, incluida la angustia, supervivencia, carga del cuidador
- Tamaño de la muestra: ≥50

PDF

Ayuda

Los artículos fueron excluidos de la revisión sistemática si eran (1) resúmenes de reuniones no publicados posteriormente en revistas revisadas por pares; (2) editoriales, comentarios, cartas, artículos periodísticos, informes de casos y revisiones narrativas; y (3) publicados en un idioma distinto del inglés. Los autores desean agradecer la revisión Cochrane sobre cuidados paliativos tempranos4 [por] identificar los resultados relevantes considerados en el desarrollo del protocolo de esta guía. Las recomendaciones de la guía se elaboran, en parte, utilizando la metodología de *Guidelines Into Decision Support* (GLIDES) y el software BRIDGE-Wiz que lo acompaña. [5] Las calificaciones para el tipo y la fuerza de la recomendación y la calidad de la evidencia se proporcionan con cada recomendación. La calidad de la evidencia para cada resultado se evaluó utilizando la herramienta Cochrane Risk of Bias y elementos del proceso de evaluación de calidad y desarrollo de recomendaciones GRADE. [6,7] Las etiquetas de evaluación de calidad GRADE (es decir, alta, moderada, baja, muy baja) fueron asignadas para cada resultado por el metodólogo del proyecto en colaboración con los copresidentes del Panel de expertos y revisadas por el Panel de expertos completo. La directriz reconoce que debido a la naturaleza de los ECA en cuidados paliativos, donde el ocultamiento de la asignación y el cegamiento son difíciles de realizar, en algunos casos los resultados se degradaron debido a este riesgo basado en el uso de la metodología GRADE por parte de la ASCO.

Revisión y aprobación de directrices

Las recomendaciones preliminares se publicaron para comentarios públicos del 22 de noviembre al 4 de diciembre de 2023. Se registraron las categorías de respuesta "De acuerdo tal como está redactado", "De acuerdo con las modificaciones sugeridas" y "En desacuerdo. Ver comentarios" para cada recomendación propuesta, y se recibieron 15 comentarios por escrito. Entre el 77 % y el 100 % de los 23 encuestados estuvieron de acuerdo o de acuerdo, con ligeras modificaciones a las recomendaciones; entre el 0 % y el 23 % estuvieron en desacuerdo. Los miembros del Panel de Expertos revisaron los comentarios de todas las fuentes y determinaron si se mantenían las recomendaciones preliminares originales, se revisaban con cambios menores en el texto o se consideraban modificaciones importantes.

Además, un miembro del panel, representante de la Red de Implementación de Guías de Práctica Clínica (PGIN) de la ASCO, realizó una revisión de la implementabilidad de las guías. Posteriormente, el Panel de Expertos revisó el borrador para aclarar las recomendaciones para la práctica clínica. Todos los cambios se incorporaron al manuscrito final antes de su revisión y aprobación por el Comité de Medicina Basada en la Evidencia (EBMC) de la ASCO. Todas las guías de la ASCO son revisadas y aprobadas por el Panel de Expertos y el EBMC de la ASCO antes de su envío a la *Revista de Oncología Clínica* para su revisión editorial y su consideración para su publicación.

Actualización de las directrices

PDF

Ayuda

El Panel de Expertos de la ASCO y el personal encargado de las directrices colaboran con los copresidentes para mantenerse al tanto de cualquier actualización sustancial de la guía. Con base en la revisión formal de la literatura emergente, la ASCO determinará la necesidad de actualizaciones. El Manual de Metodología de las Directrices de la ASCO (disponible en www.asco.org/guideline-methodology) proporciona información adicional sobre el proceso de actualización de las directrices. Esta es la información más reciente a la fecha de publicación.

Resultados

Características de los estudios identificados en la búsqueda bibliográfica

La búsqueda bibliográfica identificó 639 publicaciones. Tras aplicar los criterios de elegibilidad, quedaron 52 ECA y una revisión sistemática como base empírica para las recomendaciones de la guía. Véanse las Tablas S1-S12 del Suplemento de Datos.

Los ensayos identificados se publicaron entre 2015 y 2023. Los ensayos aleatorizados compararon intervenciones de cuidados paliativos similares (es decir, principalmente cuidados paliativos y/o cuidados paliativos tempranos). El resultado primario de 15 ensayos para la Pregunta de investigación 1 fue la QOL, [8 - 21] y ocho estudios identificaron la QOL como los resultados secundarios. [8, 10, 11, 13, 22 - 25] Además, cuatro de los ensayos para la Pregunta de investigación 2, [18, 26 - 28] cuatro para la Pregunta de investigación 3, [26, 29 - 31] dos para la Pregunta de investigación 4, [15, 21] y otros dos ensayos para las otras preguntas de investigación utilizaron este punto final primario [9, 32, 33] (nota: algunos ensayos se incluyeron para más de una pregunta de investigación). Las medidas psicosociales enmarcadas de diversas maneras (p. ej., ansiedad, depresión, trastorno de estrés postraumático [TEPT] o distrés) fueron el resultado primario de tres estudios incluidos en la Pregunta de investigación 1, [20, 22, 23,] cinco para la Pregunta de investigación 3, [26, 30, 31, 34, 35] y uno para cada una de las Preguntas de investigación 5, [20] y 6. [32] Las Tablas 2 a 9 presentan los artículos incluidos en la búsqueda bibliográfica pertinentes para el desarrollo de las recomendaciones. Las características de los participantes de los estudios se describen en el Suplemento de datos 1.

Tabla 2. Cuidados paliativos especializados para pacientes ambulatorios

Tablas GRADE
Población: RQ1-Pacientes con cáncer
Intervención: Ambulatorio SPC
Comparador: Atención estándar

Resultado	Resultados y mediciones del estudio	Estimaciones del efecto absoluto		Calidad de la evidencia	Resumen
		Atención estándar	SPC para pacientes ambulatorios		
Calidad de vida [a]	Basado en datos de 1.274 participantes en cinco estudios [9, 10, 15, 36, 37] Seguimiento, 12-24 semanas	Resultados mixtos		Moderado Debido al grave riesgo de sesgo [b]	El SPC ambulatorio probablemente hace poca o ninguna diferencia en la calidad de vida
Documentación de preferencias de EOL	Basado en datos de 120 participantes en un estudio [24] Seguimiento, 24 semanas	Resultados mixtos		Moderado Debido al grave riesgo de sesgo [c]	El SPC ambulatorio probablemente aumenta la documentación de las preferencias de fin de vida
Resultados psicológicos [d]	Basado en datos de 1.147 participantes en cinco estudios [9, 10, 22, 24, 37] Seguimiento, 3-6 meses	Resultados mixtos		Moderado Debido al riesgo moderado de sesgo [e]	El tratamiento ambulatorio del cáncer cervicouterino probablemente haga poca o ninguna diferencia en los resultados psicológicos
Calidad de vida (intervención única) [f]	Basado en datos de 298 participantes en un estudio [17] Seguimiento, 12 semanas	Resultados mixtos		Moderado Estudio único de esta intervención [g]	La rehabilitación paliativa ambulatoria probablemente aumenta la calidad de vida

COLAPSAR

Abreviaturas: EOL, fin de la vida; EORTC, Organización Europea para la Investigación y el Tratamiento del Cáncer; FACT, Evaluación Funcional de la Terapia del Cáncer; HADS, Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria; ITT, intención de tratar; PHQ-9, Cuestionario de Salud del Paciente; QLQ, Cuestionario de Calidad de Vida; SPC, cuidados paliativos especializados; TOI, Índice de Resultados del Ensayo.

a FACT-G (gástrico y general); EORTC QOL-C30; TOI.

b Datos incompletos (alta tasa de datos faltantes [; 10]); posible falta de generalización: [10]; imprecisión: no grave. En un estudio, solo un médico en el grupo de intervención. [15]

do Imprecisión: no grave. Solo datos de un estudio.

d HADS, PHQ-9.

mi EORTC QLQ-C30.

F Cegamiento parcial de los evaluadores de resultados. Intención de tratar (ITT) modificada.

Tabla 3. Cuidados paliativos especializados para pacientes tratados en entornos ambulatorios, hospitalarios y/u otros.

PDF
Ayuda

Población: RQ1-Pacientes con cáncer
Intervención: SPC en múltiples entornos
Comparador: Atención estándar

Resultado	Resultados y mediciones del estudio	Estimaciones del efecto absoluto		Calidad de la evidencia	Resumen
		Atención estándar	SPC en múltiples configuraciones		
Calidad de vida [a]	Basado en datos de 944 participantes en cuatro estudios [8, 11, 12, 21] Promedio de seguimiento, 13 semanas	No agrupable		Moderado Debido al grave riesgo de sesgo [b]	La SPC administrada en entornos múltiples probablemente tenga poca o ninguna diferencia en la calidad de vida (en un estudio: puede mejorar la calidad de vida (diferencia, 7,60 [IC del 95 %, 0,59 a 14,60]; *P* = 0,03) [21]
Calidad de vida (cirugía) [c]	Basado en datos de 235 participantes en un estudio Seguimiento 90 días [13]	No agrupable		Bajo Debido a una grave imprecisión	El SPC para pacientes programados para cirugía con intención de curación o control duradero probablemente tenga poca o ninguna diferencia en la calidad de vida (cirugía)

COLLAPSE

Abreviaturas: EORTC, Organización Europea para la Investigación y el Tratamiento del Cáncer; QOL, calidad de vida; QLQ, cuestionario de calidad de vida; SPC, cuidados paliativos especializados; TOI, índice de resultados del ensayo.

a EORTC QOL C3; HECHO; EORTC QLQ-C30.

b Imprecisión: no grave. En un estudio, solo un médico en el grupo de intervención. [15]

do FACT-G TOI (físico y funcional).

d Imprecisión: grave. Solo datos de un estudio sobre población quirúrgica, población heterogénea.

Tabla 4. Cuidados paliativos (primarios) proporcionados por el equipo de oncología para pacientes ambulatorios

Población: Pacientes con cáncer
Intervención: Cuidados paliativos primarios (ambulatorios)
Comparador: Atención estándar

Resultado	Resultados y mediciones del estudio	Estimaciones del efecto absoluto		Calidad de la evidencia	Resumen
		Atención estándar	PPC—Pacientes ambulatorios		
Calidad de vida [a]	Basado en datos de 823 participantes en dos estudios [18, 19] Seguimiento, 3 meses	Este resultado no se pudo agrupar porque no había un metanálisis disponible para él.		Moderado Debido al grave riesgo de sesgo [b]	La PPC más la atención estándar probablemente haga poca o ninguna diferencia en la calidad de vida
Resultados psicológicos [c]	Basado en datos de 150 participantes en dos estudios [18, 23] Seguimiento, 6 meses	Este resultado no se pudo agrupar porque no había un metanálisis disponible para él.		Moderado Debido al grave riesgo de sesgo	Una sola instancia de PPC hace poca o ninguna diferencia en los resultados psicológicos

COLLAPSE

Abreviaturas: FACIT-Pal, Evaluación funcional de la terapia de enfermedades crónicas-Cuidados paliativos; FACT-L, Evaluación funcional de la terapia del cáncer-pulmón; HADS, Escala de ansiedad y depresión hospitalaria; PPC, cuidados paliativos primarios; QOL, calidad de vida.

PDF
Ayuda

a HECHO-L, FACIT-Amigo.

b Riesgo de sesgo: grave. El cegamiento de los participantes y el personal es insuficiente o nulo, lo que puede generar sesgo de rendimiento. El cegamiento de los evaluadores de resultados es insuficiente o nulo, lo que puede generar sesgo de detección.

do Termómetro de angustia de la Red Nacional Integral del Cáncer, HADS.

d Riesgo de sesgo: no grave. Cegamiento parcial de los participantes y el personal, lo que puede generar sesgo de rendimiento. Imprecisión: no grave. Solo datos de un estudio.

PDF

Ayuda

Tabla 5. Servicios del Equipo Multidisciplinario de Cuidados Paliativos

Población: Pacientes con cáncer Intervención: Equipo multidisciplinario Servicios Comparador: Atención estándar					
		Estimaciones del efecto absoluto			
Resultado primario	**Resultados y mediciones del estudio**	**Atención estándar**	**Servicios de equipo multidisciplinario**	**Calidad de la evidencia**	**Resumen en lenguaje sencillo**
Uso de cuidados agudos [a, b]	Basado en datos de 128 participantes en un estudio [38] Seguimiento, 12 meses	406 por 100	180 por 100	[c] alta	La participación de CHOW en la detección de síntomas/ACP probablemente disminuye el uso de cuidados agudos (cociente de riesgos, 0,38 [IC del 95 %, 0,19 a 0,76])
		Diferencia: 226 menos por cada 100 (IC del 95 %, 312 menos frente a 79 menos)			
Calidad de vida—Web [d]	Basado en datos de 261 participantes en un estudio [26] Seguimiento, 6 meses	HECHO no agrupable : estadísticamente significativo: 0,99 [t (16) = -2,19, *P* = .05]		Moderado Debido al grave riesgo de sesgo [e]	Los servicios de equipo multidisciplinario probablemente mejoran la calidad de vida
Calidad de vida: intervenciones basadas en la TCC	Basado en datos de 20 estudios (10 con poder estadístico) en una revisión sistemática [39]	3/10 estudios con poder estadístico informaron una mejora en este resultado		Muy bajo	No estamos seguros de si las intervenciones de TCC mejoran o empeoran la calidad de vida.
Calidad de vida: psicoterapia centrada en el significado individual [f]	Basado en datos de 321 participantes en un estudio [27] Seguimiento, 16 semanas	MQOL no agrupable , FACIT Estadísticamente significativo: SWB, F(2,589) = 3,92, *P* = .02, LAP-R, F(2,598) = 9,37, *P* < .0001, y MQOL, F(2,596) = 4,53, *P* = .01		Moderado Debido al grave riesgo de sesgo [g]	Los servicios de equipo multidisciplinario con psicoterapia individual centrada en el significado probablemente mejoran ligeramente la calidad de vida.
Calidad de vida: intervenciones que mejoran el significado	Basado en datos de 11 estudios (nueve con poder estadístico) en una revisión sistemática [39]	Cuatro informes de mejoras basados en estadísticas		Muy bajo	No estamos seguros de si las intervenciones que mejoran el significado mejoran o empeoran la calidad de vida.
QOL—Terapia de la dignidad/revisión de la vida	Basado en datos de nueve estudios (5/9 con poder estadístico) en una revisión sistemática [39]	Un estudio con poder estadístico informó una mejora en al menos un resultado primario”		Muy bajo	No estamos seguros de si las intervenciones de terapia de la dignidad mejoran o empeoran la calidad de vida.

Población: Pacientes con cáncer
Intervención: Equipo multidisciplinario Servicios
Comparador: Atención estándar

Resultado primario	Resultados y mediciones del estudio	Estimaciones del efecto absoluto		Calidad de la evidencia	Resumen en lenguaje sencillo
		Atención estándar	Servicios de equipo multidisciplinario		
Calidad de vida: solo educación	Basado en datos de 11 (9/11 estudios estadísticamente potenciados) en una revisión sistemática [39]	Un estudio informó una mejora		Muy bajo	No estamos seguros de si las intervenciones basadas únicamente en educación mejoran o empeora la calidad de vida.
Calidad de vida—Espiritualidad	Basado en datos de 153 participantes en un estudio [28] Seguimiento, 4 meses	No agrupable No estadísticamente significativo: QLQ-C15-PAL		Moderado Debido al grave riesgo de sesgo	Los servicios de equipo multidisciplinario con reflexión sobre la vida probablemente hagan poca o ninguna diferencia en la calidad de vida.
Rehabilitación paliativa de calidad de vida [j]	Basado en datos de 288 participantes en un estudio [17] Seguimiento, 12 semanas	Calidad de vida no agrupable : EORTC QLQ-C30 Diferencia estadísticamente significativa entre grupos: 3,0 (IC del 95 %, 0,0 a 6,0; *P* = 0,047)		Moderado Debido al grave riesgo de sesgo [k]	Los servicios de rehabilitación paliativa probablemente mejoran la calidad de vida
Dolor, uso de cuidados paliativos, ACP (pacientes latinos) [l]	Basado en datos de 223 participantes en un estudio [40] Seguimiento, 3 meses	BPI no agrupable : no estadísticamente significativo, *P* = .88		Alto [m]	La intervención de PN puede tener poca o ninguna diferencia en el dolor, el uso de cuidados paliativos y puede aumentar la ACP en algunos pacientes latinos.

COLAPSAR

Abreviaturas: ACP, plan de cuidados avanzados; BPI, Inventario breve del dolor; CBT, terapia cognitivo-conductual; CHOW, trabajador de extensión de salud comunitaria; EORTC QLQ C15-PAL, Cuestionario de calidad de vida Core 15 de cuidados paliativos; FACIT, Evaluación funcional de la terapia de enfermedades crónicas; FACT, Evaluación funcional de la terapia del cáncer; MQOL, Cuestionario de calidad de vida de McGill; PN, navegación del paciente; QOL, calidad de vida; SWB, Escala de bienestar espiritual.

a Uso de cuidados agudos dentro de los 6 meses.

b Brazo de control de referencia/comparador utilizado para la intervención.

do Imprecisión: no grave. Solo datos de un estudio. Los autores indicaron la posible falta de generalización.

d Diversos instrumentos, seguimientos, FACT-anemia, FACT-hepatobiliar.

mi Riesgo de sesgo: grave. El cegamiento de los participantes y el personal fue inadecuado o nulo, lo que podría generar sesgo de rendimiento. El cegamiento de los evaluadores de resultados fue inadecuado o nulo, lo que podría generar sesgo de detección. Sesgo de publicación: no grave. Estudios conocidos o sospechosos de no estar financiados o incompletos.

F FACIT SWB y el MQOL.

gramo Riesgo de sesgo: grave. El cegamiento de los participantes y el personal fue inadecuado o nulo, lo que podría generar sesgo de rendimiento. El cegamiento de los evaluadores de resultados fue inadecuado o nulo, lo que podría generar sesgo de detección. Indirectidad: no grave. Los autores plantearon posibles factores de confusión, lo que dificulta la generalización. Imprecisión: no grave. Solo datos de un estudio.

h FACIT SWB y EORTC QLQ C15-PAL.

PDF

Ayuda

i Riesgo de sesgo: grave. Ocultación inadecuada de la asignación durante el proceso de asignación aleatoria, lo que puede generar sesgo de selección. Cegamiento inadecuado o nulo de los participantes y el personal, lo que puede generar sesgo de rendimiento. Cegamiento inadecuado o nulo de los evaluadores de resultados, lo que puede generar sesgo de detección. Indirectidad: no grave. Los autores postulan posible falta de generalización. Imprecisión: no grave. Solo datos de un estudio.

yo EORTC QLQ-C30.

k Riesgo de sesgo: grave. Cegamiento inadecuado o nulo de los participantes y el personal, lo que puede generar sesgo de rendimiento. Cegamiento durante la asignación y la evaluación, análisis por intención de tratar modificado. Indirectividad: no grave. Disimilitud poblacional en cuanto a edad y localización del cáncer, diferencias entre la población de interés y la estudiada. Imprecisión: no grave. Solo datos de un estudio.

yo Intervención del navegador de pacientes adaptada a la cultura

metro Riesgo de sesgo: no grave. Oculto/enmascarado, excepto navegadores. Imprecisión: no grave. Solo datos de un estudio.

PDF

Ayuda

Tabla 6. Intervenciones dirigidas por el cuidador familiar

Población: Cuidadores familiares de pacientes con cáncer
Intervención: Intervención dirigida por el cuidador familiar
Comparador: Atención estándar

Resultado	Resultados y mediciones del estudio	Estimaciones del efecto absoluto		Calidad de la evidencia	Resumen en lenguaje sencillo
		Atención estándar	Intervención dirigida por la familia o el cuidador		
Autoeficacia/competencia del cuidador	Basado en datos de 260 participantes en dos estudios [41], [42] Seguimiento, 4 semanas-3 meses	No se realizó metanálisis		Bajo Debido al grave riesgo de sesgo [b]	La intervención dirigida por el cuidador puede tener poca o ninguna diferencia en la autoeficacia/competencia del cuidador
Resultados psicológicos, [c] ver tablas de características	Basado en datos de 509 participantes en cinco estudios [26], [30], [31], [34], [35] Seguimiento, 2-9 meses	No se realizó metanálisis		Moderado Debido al grave riesgo de sesgo	La intervención dirigida por el cuidador probablemente tenga poca o ninguna diferencia en los resultados psicológicos
Calidad de vida [e]	Basado en datos de 442 participantes en cuatro estudios [26], [29] - [31] Seguimiento, 2-6 meses	No se realizó metanálisis		Moderado debido al grave riesgo de sesgo [f]	La intervención dirigida por el cuidador probablemente mejora la calidad de vida con alta incertidumbre. Los estudios han presentado resultados mixtos.

COLAPSAR

Abreviaturas: CES-D, Centro de Estudios Epidemiológicos-depresión; CQLI-R, Instrumento de Calidad de Vida del Cuidador; CQOL, Calidad de Vida del Cuidador en Cáncer; FACT, Evaluación Funcional de la Terapia del Cáncer; GADS, Puntuación de Ansiedad Generalizada; GSE, Autoeficacia General; HADS, Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria; IES, Escala de Impacto de Eventos; QOL, calidad de vida; PHQ-9, Cuestionario de Salud del Paciente.

a Resultado primario en dos estudios: medido mediante la puntuación total de 10 ítems de autoeficacia de los cuidadores en el manejo del dolor y GSE.

b Riesgo de sesgo: grave. El cegamiento de los participantes y el personal (ambos estudios) fue inadecuado o nulo, lo que podría generar sesgo de rendimiento. El cegamiento de los evaluadores de resultados fue inadecuado o nulo, lo que podría generar sesgo de detección. El ensayo se interrumpió antes de lo previsto, lo que podría sobreestimar los beneficios. Sesgo de publicación: no grave. Estudios potencialmente incompletos. [42]

do Incluyó depresión (CES-D), GADS-7, PHQ-9, estrés (IES) y distrés (HADS).

d Riesgo de sesgo: grave. Ocultamiento inadecuado de la asignación durante el proceso de asignación aleatoria, lo que puede generar sesgo de selección. Cegamiento inadecuado o nulo de los participantes y el personal, lo que puede generar sesgo de ejecución. Cegamiento inadecuado o nulo de los evaluadores de resultados, lo que puede generar sesgo de detección (2/5 estudios presentaron ocultamiento). Imprecisión: no grave. Bajo número de pacientes en algunos estudios.

mi Medido por FACT-Anemia, FACT-Hepatobiliar, CQLI-R (revisado), FACT-Escala de bienestar espiritual, CQOL-Cáncer.

F Imprecisión: no grave, debido a que algunos estudios son pilotos.

PDF

Ayuda

Tabla 7. Factores desencadenantes de cuidados paliativos

Población: Todos los pacientes con cáncer (tumores sólidos/toda la evidencia de pacientes con metástasis)
Intervención: Servicios para pacientes diagnosticados con cáncer con factores desencadenantes específicos
Comparador: Servicios ofrecidos a todos los pacientes con cáncer

Marco temporal del resultado	Resultados y mediciones del estudio	Estimaciones del efecto absoluto		Calidad de la evidencia	Resumen
		Servicios ofrecidos a todos los pacientes con cáncer	Servicios para pacientes diagnosticados con cáncer con factores desencadenantes específicos		
Calidad de vida [a]	Basado en datos de 306 participantes en dos estudios Seguimiento, 6-24 semanas [21, 24]	Dos estudios con calidad de vida como resultado primario		Moderado Debido al grave riesgo de sesgo [b]	Las intervenciones en estos estudios con tiempos específicos probablemente tengan poca o ninguna diferencia en la calidad de vida.
Utilización de cuidados paliativos entre 12 y 24 semanas	Basado en datos de 306 participantes en dos estudios [15, 24] Seguimiento, 12-24 semanas	Dos estudios con calidad de vida como resultado primario		Moderado Debido al riesgo moderado de sesgo	No estamos seguros de si el uso de un horario específico mejora o empeora la utilización de los cuidados paliativos.

COLAPSAR

Abreviaturas: EORTC QLQ C30, Organización Europea para la Investigación y el Tratamiento del Cáncer; QOL, calidad de vida; TOI, Índice de resultados del ensayo.

a Resultados de dos estudios con diversos resultados primarios de calidad de vida ([TOI] FACT-Gastric; EORTC QLQ C30).

b Riesgo de sesgo: grave. Ocultamiento inadecuado de la asignación durante el proceso de asignación aleatoria, lo que puede generar sesgo de selección. Cegamiento inadecuado o nulo de los participantes y el personal, lo que puede generar sesgo de rendimiento. Cegamiento inadecuado o nulo de los evaluadores de resultados, lo que puede generar sesgo de detección.

do Resultados de dos estudios: tasas de utilización de hospitales, número y tiempo de uso de cuidados paliativos.

d Riesgo de sesgo: grave. Ocultación inadecuada de la asignación durante el proceso de asignación aleatoria, lo que puede generar sesgo de selección. Cegamiento inadecuado o nulo de los participantes y el personal, lo que puede generar sesgo de rendimiento. Cegamiento inadecuado o nulo de los evaluadores de resultados, lo que puede generar sesgo de detección. Imprecisión: no grave. Posible falta de generalización [15]; un solo profesional clínico (en lugar de un equipo [15]).

Tabla 8. Cuidados paliativos para pacientes con diagnóstico de neoplasias hematológicas

Población: Pacientes con neoplasias hematológicas. Intervención: Atención primaria ofrecida a pacientes diagnosticados con neoplasias hematológicas (LMA, TPH). Comparador: Atención estándar.

Marco temporal del resultado	Resultados y mediciones del estudio	Estimaciones del efecto absoluto		Calidad de la evidencia	Resumen
		Atención estándar	SPC		
Resultados psicológicos [a]	Basado en datos de 320 participantes en dos estudios Seguimiento, 2 semanas-6 meses [20], [43]	Leucemia mieloide aguda (LMA) con depresión , 2 semanas, *P* = .04 (medido por PHQ-9), *P* = .02 (medido por HADS). TPH, 6 meses, *P* = .027 (medido por PH-Q9), *P* = .024 (medido por HADS).		Bajo Debido al grave riesgo de sesgo y a la grave imprecisión [b]	La atención primaria para pacientes con neoplasias hematológicas puede mejorar los resultados psicológicos
		Ansiedad HSCT, 6 meses (NS; HADS) LMA, 2 semanas *P* = .02 (HADS)			
		TEPT AML, 2 semanas, *P* = .01 (Lista de verificación de TEPT-Civil) HSCT, 6 meses *P* = .013 (Lista de verificación de TEPT)			
CVRS [c]	Basado en datos de 320 participantes en dos estudios Seguimiento, 2 semanas-6 meses [14], [20], [43]	LMA, 2 semanas, *P* = .04 TPH, 2 semanas, *P* = .045 TPH, 6 meses (NS)		Moderado Debido al grave riesgo de sesgo	La PC para pacientes con neoplasias hematológicas puede mejorar los resultados de calidad de vida a las 2 semanas
Carga de síntomas [e]	Basado en datos de 160 participantes en un estudio [20] Seguimiento, 2 semanas	LMA, 2 semanas, diferencia NS		Moderado Debido al grave riesgo de sesgo [f]	La PC para pacientes con LMA probablemente tenga poca o ninguna diferencia en la carga de síntomas

COLAPSAR

Abreviaturas: BMT, trasplante de médula ósea; ESAS, Escala de evaluación de síntomas de Edmonton; FACT, Evaluación funcional de la terapia del cáncer; HADS, Escala de ansiedad y depresión hospitalaria; HRQOL, calidad de vida relacionada con la salud; HSCT, trasplante de células madre hematopoyéticas; NS, no significativo; PC, cuidados paliativos; PHQ-9, Cuestionario de salud del paciente-9; TEPT, trastorno de estrés postraumático; QOL, calidad de vida; SPC, cuidados paliativos especializados.

a Depresión (HADS, PHQ-9), Ansiedad (HADS), TEPT (Lista de verificación).

b Riesgo de sesgo: grave. Cegamiento inadecuado; ocultación inadecuada. Imprecisión: no grave. El estudio de TPH de seis meses no tuvo potencia estadística para estos resultados secundarios.

do Calidad de vida (FACT-BMT, FACT-Leucemia).

d Riesgo de sesgo: grave. Cegamiento inadecuado; ocultación inadecuada. Imprecisión: no grave. El estudio de TPH de seis meses no tuvo la potencia estadística necesaria para este desenlace.

mi Carga de síntomas (ESAS).

PDF
Ayuda

F Riesgo de sesgo: grave. Ocultamiento inadecuado de la asignación durante el proceso de asignación aleatoria, lo que puede generar sesgo de selección. Cegamiento inadecuado o nulo de los participantes y el personal, lo que puede generar sesgo de rendimiento. Cegamiento inadecuado o nulo de los evaluadores de resultados, lo que puede generar sesgo de detección. Imprecisión: no grave. Solo datos de un estudio.

Tabla 9. Cuidados paliativos para pacientes en ensayos clínicos de fase I sobre cáncer

Población: Pacientes con cáncer en ensayos clínicos de fase I
Intervención: Atención primaria ofrecida a pacientes con cáncer en ensayos clínicos de fase I
Comparador: Atención estándar para pacientes con cáncer en ensayos clínicos de fase I

Marco temporal del resultado	Resultados y mediciones del estudio	Estimaciones del efecto absoluto		Calidad de la evidencia	Resumen
		Atención estándar	ordenador personal		
Carga de síntomas [a] cada 3 semanas o cada mes	Basado en datos de 73 participantes en un estudio [33]	Diferencia: 0		Bajo Debido al grave riesgo de sesgo [b]	El PC probablemente tenga poca o ninguna diferencia en la carga de síntomas para los pacientes en ensayos clínicos de fase I
Calidad de vida [c] 3 semanas-mensual	Basado en datos de 73 participantes en un estudio [33]	Diferencia: 0		Bajo Debido al grave riesgo de sesgo	El PC probablemente tenga poca o ninguna diferencia en la calidad de vida de los pacientes en ensayos clínicos de fase I
Intensidad de los síntomas [c]	Basado en datos de 479 participantes en un estudio [32] Seguimiento, 12 semanas	0,34 Media de mínimos cuadrados	0,98 Media de mínimos cuadrados	Moderado Debido al grave riesgo de sesgo [e]	La PC probablemente tiene poca o ninguna diferencia en la intensidad de los síntomas (diferencias entre sitios)
		Diferencia: MD 1,58 más alto (SE 1,31)			
Angustia [f]	Basado en datos de 479 participantes en un estudio [32] Seguimiento, 12 semanas	–0,87 Media de mínimos cuadrados	–1,43 Media de mínimos cuadrados	Moderado Debido al grave riesgo de sesgo [g]	La PC probablemente disminuye el malestar psicológico (diferencias entre sitios)
		Diferencia: MD 0,47 menor (SE 0,19)			
Calidad de vida—EWB (subescala) [h]	Basado en datos de 479 participantes en un estudio [32] Seguimiento, 12 semanas	1.34 Media de mínimos cuadrados	1.60 Media de mínimos cuadrados	Moderado Debido al grave riesgo de sesgo [e]	La PC probablemente aumenta ligeramente el EWB (diferencias entre sitios)
		Diferencia: MD 0,81 más alto (SE 0,40)			
Calidad de vida—PWB (subescala) [i]	Basado en datos de 479 participantes en un estudio [32] Seguimiento, 12 semanas	–1.21 Media de mínimos cuadrados	–0,83 Media de mínimos cuadrados	Moderado Debido al grave riesgo de sesgo [e]	El PC probablemente tenga poca o ninguna diferencia en el PWB para los pacientes en ensayos clínicos de fase I
		Diferencia: MD 0,06 mayor (SE 0,44)			

COLLAPSE

Abreviaturas: EWB, bienestar emocional; FACT-G, Evaluación funcional de la terapia contra el cáncer (general); MD, diferencia de medias; MSAF-SF, Escala conmemorativa de evaluación de síntomas (forma corta); PC, cuidados paliativos; PWB, bienestar físico; QOL, calidad de vida.

a MSAF-SF. Bajar mejor.

b Riesgo de sesgo: grave. No se ha publicado información sobre la asignación aleatoria. Posible sesgo de selección en la inscripción de la fase observacional I. Posible sesgo de rendimiento y de detección. Datos incompletos, informe selectivo de resultados (p. ej.,

PDF
Ayuda

calidad de vida). Generación inadecuada de secuencias, lo que puede provocar sesgo de selección. Imprecisión: no grave. Solo datos de un estudio.

do Escala FACT-G: 0-4, alto mejor.

d Riesgo de sesgo: grave. No se ha publicado información sobre la asignación aleatoria. Posible sesgo de selección en la inscripción de la fase observacional I. Posible sesgo de rendimiento y de detección. Datos incompletos, informe selectivo de resultados (p. ej., calidad de vida). Generación inadecuada de secuencias, lo que puede provocar sesgo de selección. Imprecisión: no grave. Solo datos de un estudio.

mi Riesgo de sesgo: grave. Ocultamiento inadecuado de la asignación durante el proceso de asignación aleatoria, lo que puede generar sesgo de selección. Cegamiento inadecuado o nulo de los participantes y el personal, lo que puede generar sesgo de rendimiento. Cegamiento inadecuado o nulo de los evaluadores de resultados, lo que puede generar sesgo de detección. Imprecisión: no grave. Solo datos de un estudio.

F Medido con termómetro de socorro (escala 0-10). Escala: 0-10, cuanto más baja, mejor.

gramo Riesgo de sesgo: grave. Ocultamiento inadecuado de la asignación durante el proceso de asignación aleatoria, lo que puede generar sesgo de selección. Cegamiento inadecuado o nulo de los participantes y el personal, lo que puede generar sesgo de rendimiento. Cegamiento inadecuado o nulo de los evaluadores de resultados, lo que puede generar sesgo de detección. Imprecisión: no grave. Solo datos de un estudio.

h Subescala FACT-G. Escala: 0-4, alto mejor.

i Subescala de FACT-G. Escala: 0-4, alto mejor.

PDF

Ayuda

Evaluación de la calidad de la evidencia

La calidad de la evidencia para cada desenlace de interés se evaluó mediante la herramienta Cochrane de Riesgo de Sesgo y elementos del proceso de evaluación de calidad y desarrollo de recomendaciones GRADE. Esta calificación incluye factores como el diseño del estudio, la consistencia de los resultados, la direccionalidad de la evidencia, la precisión, el sesgo de publicación y la magnitud del efecto, evaluados por un revisor. [6,7] El metodólogo del proyecto, en colaboración con los copresidentes del Panel de Expertos, asignó etiquetas de evaluación de calidad GRADE (es decir, alta, moderada, baja y muy baja) a cada desenlace, las cuales fueron revisadas por el Panel de Expertos en pleno.

Las calificaciones de la calidad de la evidencia para los resultados de interés se presentan en las Tablas 2 a 9. Consulte la Tabla A2 del Apéndice para obtener las definiciones de la calidad de la evidencia y el Manual Metodológico para obtener más información.

Recomendaciones

Todas las recomendaciones están disponibles en la Tabla 10 .

Tabla 10. Resumen de todas las recomendaciones

Pregunta de investigación	Recomendación	Tipo	Calidad de la evidencia	Fuerza de la recomendación [a]
Nota general. Las siguientes recomendaciones (fuertes o débiles) representan opciones razonables para los pacientes, según las circunstancias clínicas y en el contexto de sus preferencias individuales. La atención recomendada debe ser accesible para los pacientes siempre que sea posible.				

Pregunta de investigación	Recomendación	Tipo	Calidad de la evidencia	Fuerza de la recomendación [a]
1. ¿Cuáles son las intervenciones más eficaces para brindar cuidados paliativos a pacientes con cáncer (servicios de cuidados paliativos especializados y/o atención general por parte de médicos oncólogos)?	1. Los médicos deben derivar a los pacientes con tumores sólidos avanzados y neoplasias hematológicas malignas a equipos especializados de cuidados paliativos interdisciplinarios que brinden atención hospitalaria y ambulatoria en las primeras etapas de la enfermedad, junto con el tratamiento activo de su cáncer.	Basado en evidencia	Moderado	Fuerte
Nota: Sin cambios en el punto 1a. ¿Cuáles son los modelos más prácticos de cuidados paliativos? ¿Quién debería brindarlos (consulta externa, consultas internas con profesionales de cuidados paliativos en la consulta oncológica o por el oncólogo)?	Los cuidados paliativos para pacientes con cáncer avanzado deben brindarse a través de equipos interdisciplinarios de cuidados paliativos, con consultas disponibles tanto en entornos ambulatorios como hospitalizados.	Basado en evidencia	Intermedio [b]	Moderado [b]
Nota: Sin cambios en el punto 1b. ¿Cómo se definen o conceptualizan los cuidados paliativos en oncología?	Los pacientes con cáncer avanzado deben recibir servicios de cuidados paliativos, que pueden incluir una derivación a un proveedor de cuidados paliativos. Los componentes esenciales de los cuidados paliativos incluyen:	Consenso informal	Intermedio [b]	Moderado [b]
	Establecer relaciones y afinidades con los pacientes y sus familiares cuidadores			
	Manejo de síntomas, angustia y estado funcional (p. ej., dolor, disnea, fatiga, alteración del sueño, estado de ánimo, náuseas o estreñimiento)			
	Exploración de la comprensión y la educación sobre la enfermedad y el pronóstico.			
	Aclaración de los objetivos del tratamiento			
	Evaluación y apoyo de necesidades espirituales y de afrontamiento [c]			
	Asistencia en la toma de decisiones médicas			
	Coordinación con otros proveedores de atención			
	Proporcionar referencias a otros proveedores de atención según se indique			
2. ¿Cómo pueden los servicios de cuidados paliativos relacionarse en la práctica con otros servicios de cuidados de apoyo existentes o emergentes (incluidos la navegación de enfermería, la navegación laica, la atención médica comunitaria y domiciliaria, la oncología geriátrica, la psicooncología, el dolor y los servicios de telesalud)?	2. Entre los pacientes con cáncer que presentan angustia física, psicosocial o espiritual no abordada, los programas de atención oncológica deben brindar servicios especializados de cuidados paliativos para complementar las intervenciones de cuidados de apoyo existentes o emergentes.	Consenso informal	Bajo	Débil

PDF
Ayuda

Pregunta de investigación	Recomendación	Tipo	Calidad de la evidencia	Fuerza de la recomendación [a]
3. ¿Qué intervenciones son útiles para los cuidadores familiares, los cuidadores y las comunidades?	3. Los médicos de todo el equipo interdisciplinario de atención del cáncer pueden derivar a los cuidadores (incluidos familiares, familiares elegidos y amigos) de pacientes con cáncer a equipos de cuidados paliativos para recibir apoyo adicional.	Consenso informal	Bajo	Débil
4. ¿A qué pacientes se les debería ofrecer o derivar a servicios de cuidados paliativos y en qué momento de su enfermedad se encuentran? ¿Existen factores desencadenantes que deberían utilizarse para impulsar derivaciones a cuidados paliativos especializados?	4. Para los pacientes con cáncer avanzado, el Panel de Expertos recomienda la participación temprana de especialistas en cuidados paliativos, especialmente para pacientes con síntomas no controlados y/o problemas de calidad de vida.	Consenso informal	Bajo	Débil
5. ¿Cuáles son las estrategias para la integración de los cuidados paliativos en la atención de pacientes con neoplasias hematológicas?	5. Los médicos deben remitir a los pacientes con neoplasias hematológicas a cuidados paliativos especializados.	Basado en evidencia	Moderado	Débil
6. ¿Cuál es el papel de los cuidados paliativos para los pacientes con cáncer que participan en ensayos clínicos de cáncer en fase temprana?	6. Los médicos que atienden a pacientes en ensayos clínicos de fase temprana, incluida la fase I, pueden derivar a los pacientes a cuidados paliativos especializados para evaluar y abordar las necesidades de los pacientes con tumores sólidos avanzados.	Consenso informal	Low	Débil

COLAPSAR

Abreviatura: QOL, calidad de vida.

a La fuerza de la recomendación se define de la siguiente manera: Fuerte: En las recomendaciones a favor de una intervención, los efectos deseables superan a los indeseables. En las recomendaciones en contra de una intervención, los efectos indeseables superan a los deseables. Todas o casi todas las personas informadas elegirían la opción recomendada a favor o en contra de una intervención. Débil/condicional: En las recomendaciones a favor de una intervención, los efectos deseables probablemente superan a los indeseables, pero existe una incertidumbre apreciable. En las recomendaciones en contra de una intervención, los efectos indeseables probablemente superan a los deseables, pero existe una incertidumbre apreciable. La mayoría de las personas informadas elegirían la línea de acción recomendada, pero un número considerable no lo haría.

b Tenga en cuenta que ASCO utilizó una metodología de guía para las recomendaciones modificadas y nuevas de acuerdo con el Manual de Metodología de ASCO actual , [44] que se actualizó desde la guía anterior. La metodología para las Recomendaciones 1a. y 1b. fue desarrollada por la metodología anterior (metodología de 2016 descrita aquí: ms_2016.701474.pdf (ascopubs.org)). [45]

do Ligero cambio de lenguaje desde 2016 de “Evaluación y apoyo de las necesidades de afrontamiento (por ejemplo, provisión de terapia de dignidad)” a “Evaluación y apoyo de las necesidades de afrontamiento y espirituales”.

Pregunta de investigación 1

¿Cuáles son las intervenciones más eficaces para brindar cuidados paliativos a pacientes con cáncer (servicios de cuidados paliativos especializados y/o atención general por parte de médicos oncólogos)?

Literature Review Update and Analysis

La revisión sistemática identificó 21 ensayos aleatorios relevantes para esta pregunta de investigación. Una revisión sistemática y metaanálisis del tema cumplió con los criterios de inclusión, pero se excluyó (debido a su mala calidad y la exclusión de varios ensayos). [46] Diecisiete RCTs incluyeron pacientes que recibieron intervenciones

ambulatorias. [8-12], [15-19], [21-25], [36], [37] Cuatro RCTs también incluyeron pacientes en entornos ambulatorios y hospitalarios. [8], [9], [11], [12] Otros tres RCTs incluyeron solo pacientes que recibieron intervenciones hospitalarias, [13], [14], [20] dos específicamente para pacientes con cánceres hematológicos [14], [20] (descritos en la pregunta de investigación 5 en lugar de en la revisión de esta sección). Otro estudio incluyó pacientes que recibieron cirugía oncológica abdominal ambulatoria. [13] Dieciocho RCTs incluyeron pacientes con cánceres de tumores sólidos avanzados. [8-12], [15-19], [21-25], [36], [37] Cinco de estos estudios también incluyeron pacientes con tumores sólidos que estaban localmente avanzados y/o eran inoperables. [15], [17], [19], [21], [36] En tres RCTs, los médicos oncólogos proporcionaron intervenciones primarias de cuidados paliativos (Tabla 4). [19], [23], [47] Los resultados de la intervención versus el comparador se presentan en las Tablas 2-4 . La información sobre el estudio y las características de los pacientes se proporciona en el Suplemento de datos 1.

PDF

Ayuda

Interpretación clínica

La evidencia clave con respecto a la Pregunta de investigación 1 desde 2016 hasta la actualidad se basa principalmente en unos pocos ensayos con un bajo riesgo de sesgo. [10], [21], [24] Estos estudios demostraron que la derivación temprana a cuidados paliativos especializados de pacientes con cáncer avanzado condujo a una mejor calidad de vida, [10], [21] estado de ánimo (como resultado secundario), [10] y una mayor probabilidad de discutir o documentar las preferencias al final de la vida. [10], [24] Hay evidencia corroborativa adicional de múltiples RCT rigurosos realizados antes de 2016 que respaldan aún más la derivación a cuidados paliativos especializados de pacientes con cáncer avanzado en etapas tempranas de la enfermedad, junto con el tratamiento antineoplásico activo; la Opinión clínica provisional de la ASCO de 2012 y la Guía de práctica clínica de la ASCO de 2016 revisaron y describieron previamente estos ensayos. [1], [2] En los ensayos que forman la base de evidencia de la guía de 2016, la participación oportuna de los cuidados paliativos especializados mejoró la calidad de vida, el estado de ánimo, el control de los síntomas y la satisfacción con la atención en comparación con la atención oncológica estándar. Los médicos oncólogos son socios esenciales en el manejo de las necesidades de cuidados paliativos primarios de sus pacientes. Si bien los médicos oncólogos con frecuencia brindan aspectos de los cuidados paliativos generalistas o primarios, los estudios de cuidados paliativos primarios encontrados en la revisión sistemática no mostraron una mejora en sus resultados primarios (Tabla 4), y se necesita más investigación. La Tabla 1 compara los cuidados paliativos primarios y los cuidados paliativos especializados. El cuerpo de evidencia más amplio incluyó intervenciones por parte de equipos de cuidados paliativos interdisciplinarios especializados y la derivación reflejaría mejor las intervenciones descritas en los estudios incluidos.

Entre los estudios que evaluaron la efectividad de los cuidados paliativos tempranos para pacientes con tumores sólidos, los resultados de los ensayos difirieron según el diagnóstico específico de cáncer, tanto dentro como entre ensayos. Por ejemplo, en un estudio que evaluó la efectividad de los cuidados paliativos dentro de las 8 semanas posteriores al diagnóstico de cáncer gastrointestinal (gastrointestinal) y de pulmón incurable, los cuidados paliativos tempranos condujeron a mejoras en la calidad de vida y la depresión a las 12 y 24 semanas en comparación con la atención oncológica habitual en pacientes con cáncer de pulmón, pero no con cánceres gastrointestinales. [10] En otro ensayo de pacientes con cáncer de mama que fueron evaluados dentro de las 8 semanas posteriores a uno o más de varios indicadores de mal pronóstico, los cuidados paliativos condujeron a una mayor probabilidad de documentar conversaciones sobre el final de la vida, pero sin una diferencia en la calidad de vida o el estado de ánimo en comparación con la atención estándar. [24]

Además, en un ensayo para el cual los pacientes con cáncer eran elegibles si se sometían a una operación abdominal programada para proporcionar cura o control duradero de una neoplasia maligna sospechada o confirmada, los cuidados paliativos especializados tampoco mejoraron la calidad de vida. [13] Sin embargo, en un ensayo clínico con pacientes con cáncer de páncreas avanzado [36] (además de pacientes con otros diagnósticos de cáncer con un pronóstico clínico de aproximadamente un año [21]), los cuidados paliativos especializados tempranos mejoraron la calidad de vida en comparación con la atención oncológica estándar. *Cabe destacar que la evidencia no ha mostrado ningún efecto adverso derivado de las intervenciones de cuidados paliativos.*

Las derivaciones rutinarias a cuidados paliativos podrían ser más recomendables al momento del diagnóstico en cánceres con mal pronóstico (p. ej., cáncer de pulmón sin alteraciones desencadenantes accionables y cáncer de páncreas) que en pacientes con una expectativa de curación o una evolución más prolongada de la enfermedad, incluyendo aquellos con algunos tipos de cáncer de mama o próstata. Para futuros ensayos, añadir un criterio de inclusión basado en el pronóstico clínico, además del tiempo transcurrido desde el diagnóstico, podría ayudar a determinar el momento óptimo para la derivación a cuidados paliativos en diversos tipos de cáncer.

PDF
Ayuda

Todos los ensayos que evaluaron a participantes con neoplasias malignas de tumores sólidos incluyeron pacientes ambulatorios. El tratamiento de pacientes con cánceres de tumores sólidos avanzados se realiza principalmente en el ámbito ambulatorio; por lo tanto, la integración ambulatoria de los cuidados paliativos es un componente integral de la intervención y su cronograma. Las clínicas de intervención de cuidados paliativos estaban integradas en las clínicas de oncología o no; la investigación no ha comparado directamente estos dos modelos, y cualquiera de los dos es apropiado cuando es factible. [48] Algunos han propuesto un modelo de cuidados paliativos de precisión para promover una distribución más específica (y, por lo tanto, más eficiente) de la experiencia y los recursos, basándose en una evaluación estandarizada de múltiples formas de sufrimiento (p. ej., físico, social, espiritual) para pacientes con cáncer avanzado. [49]

Pregunta de investigación 2

¿Cómo pueden los servicios de cuidados paliativos relacionarse en la práctica con otros servicios de cuidados de apoyo existentes o emergentes (incluidos la navegación de enfermería, la navegación laica, la atención médica comunitaria y domiciliaria, la oncología geriátrica, la psicooncología, el dolor y los servicios de telesalud)?

Actualización y análisis de la revisión de la literatura

La revisión sistemática actualizada identificó nueve RCTs potencialmente relevantes para esta pregunta de investigación. [17, 26-28, 38, 40, 50-52] Los estudios utilizaron diferentes intervenciones (psicoeducativas, diversas intervenciones psicológicas, navegación del paciente, asesoramiento espiritual y una intervención de un trabajador de salud comunitario), comparaciones, resultados primarios y tiempos de seguimiento. Además, una revisión sistemática narrativa incluyó algunos estudios publicados antes y después de la guía ASCO de 2016. [39] La mayoría de los resultados de los resultados primarios en la revisión sistemática actual de ASCO no alcanzaron diferencias estadísticamente significativas. Los resultados de la intervención versus el comparador se presentan en la Tabla 5. La información sobre el estudio y las características del paciente se proporciona en el Suplemento de datos 1.

Calidad de vida

Estudios con diferentes tipos de intervenciones psicológicas y/o psicosociales informaron sobre la calidad de vida. Dos ECA [26, 27] y una revisión sistemática [39] mostraron cierta mejora en la calidad de vida con intervenciones relacionadas con la psicoterapia, esta última para la psicoterapia individual centrada en el significado. La revisión sistemática mostró cierta incertidumbre sobre el efecto de la terapia de la dignidad, la revisión de vida, la terapia cognitivo-conductual (TCC) o las intervenciones de mejora del significado en la calidad de vida. [39] Dos estudios que informaron sobre intervenciones espirituales mostraron un cambio estadísticamente significativo en la subescala de bienestar espiritual de la calidad de vida. [27, 52] El otro estudio que midió intervenciones espirituales no lo mostró. [28]

PDF

Ayuda

Resultados psicológicos

Uno de los ECA que informó sobre los resultados psicológicos de una intervención basada en la web mostró una disminución de la depresión. [26] Algunas de las intervenciones en otros estudios incluyeron TCC, [39, 51] psicoterapia individual centrada en el significado, [27, 39] intervenciones para mejorar el significado, [39] terapia de la dignidad y/o revisión de la vida. [39] No se observaron cambios en la depresión, la ansiedad o la desesperanza en los otros ECA ni en la revisión sistemática (para los estudios incluidos en esa revisión sistemática publicada desde la última revisión sistemática de la ASCO). [27, 39, 51]

Otros resultados

Un estudio midió el impacto de una intervención dirigida por un trabajador de salud de extensión comunitaria en el uso de atención aguda y mostró una disminución en el uso de atención aguda sobre la base de la evaluación GRADE. [38] Los estudios que informaron los resultados del dolor no mostraron mejoras. [26, 40]

Interpretación clínica

Los modelos de prestación de cuidados paliativos especializados a pacientes con cáncer presentan una diversidad considerable, y con frecuencia se basan en equipos interdisciplinarios interdepartamentales de médicos, profesionales de la salud de práctica avanzada, enfermeras, psicólogos, [28] especialistas en rehabilitación, [17] profesionales de la salud espiritual, trabajadores de salud comunitarios [38] y guías de pacientes. [40] Estos equipos operan tanto en entornos comunitarios como hospitalarios, con tecnología presencial y web, [26] cuando está disponible, en diversas etapas de la evolución del cáncer. Los cuidados paliativos son fundamentalmente interdisciplinarios; sin embargo, los recursos que respaldan la disponibilidad de una dotación completa de oncólogos clínicos y terapeutas difieren según el entorno. Las investigaciones primarias generalmente incluyeron médicos de cuidados paliativos, profesionales de la salud de práctica avanzada o enfermeras de cuidados paliativos. [19] Varios equipos en estos estudios también incluyeron trabajadores sociales, capellanes, psicólogos, profesionales de la salud espiritual, trabajadores de salud comunitarios, [38] guías de pacientes y especialistas en rehabilitación, que abarcan fisioterapia, terapia ocupacional o medicina de rehabilitación.

Si bien la mayoría de los estudios incluidos examinaron los efectos de la derivación de pacientes con neoplasias malignas avanzadas, un estudio incluyó pacientes con cáncer de pulmón recién diagnosticado, [19] otro se centró en modelos de atención integrada, [20] y uno examinó tanto la derivación como la atención integrada. [17] En todos los estudios, los investigadores emplearon evaluaciones estandarizadas de síntomas, espiritualidad y factores psicosociales, haciendo hincapié en las discusiones sobre el pronóstico y las opciones de tratamiento para evaluar la conciencia pronóstica e iniciar conversaciones tempranas sobre los cuidados

paliativos. Los hallazgos del estudio respaldan que el enfoque más pragmático para garantizar que los pacientes se beneficien de los cuidados paliativos es a través de la participación de un equipo interdisciplinario de cuidados paliativos especializados en las primeras etapas de la trayectoria del cáncer. La derivación a cuidados paliativos especializados reflejaría las intervenciones en la evidencia de la Recomendación 2.

Pregunta de investigación 3

¿Qué intervenciones son útiles para los cuidadores familiares, los compañeros de cuidado y las comunidades?

Actualización y análisis de la revisión de la literatura

PDF

Ayuda

La revisión sistemática actualizada identificó 10 RCTs que cumplían con los criterios de inclusión, los cuales informaron resultados preespecificados de intervenciones específicamente para cuidadores familiares. [26, 29-31, 34, 35, 41, 42, 53, 54] Además, un miembro del Panel de Expertos sugirió incluir una revisión sistemática, [55] lo cual estaba fuera de los parámetros de fecha de ASCO. Todos los RCTs para la Pregunta de Investigación 3 incluyeron cuidadores familiares de pacientes con tumores principalmente sólidos y cáncer avanzado; dos también incluyeron pacientes con neoplasias hematológicas. [30, 41] Tres estudios no requirieron que los cuidadores tuvieran relaciones biológicas o legales con el paciente, [30, 31, 42, 54] y un estudio incluyó navegadores legos. [31] Dos RCTs reclutaron a una mayoría de participantes no blancos. [29, 31]

Las intervenciones, los interventores, los resultados primarios y las definiciones de cuidadores variaron entre los estudios. Algunos ejemplos de resultados fueron la calidad de vida, la angustia, la autoeficacia, los resultados psicológicos y la carga del cuidador. Tres ECA incluyeron intervenciones basadas en la web o en aplicaciones [26, 41, 42]; un ECA incluyó explícitamente una intervención grupal [53]; cuatro ECA informaron explícitamente sobre díadas [29, 34, 41, 54.] Los resultados de la intervención frente al comparador se presentan en la Tabla 6. La información sobre las características de los pacientes y del estudio se proporciona en el Suplemento de Datos 1.

Interpretación clínica

Existen datos limitados sobre la mejor manera de apoyar a los cuidadores de pacientes con cáncer avanzado, especialmente en entornos de bajos recursos. Los estudios incluidos mostraron heterogeneidad en cuanto a quién proporcionó los cuidados paliativos (enfermera o navegador lego), el medio (por teléfono, aplicación o presencial) y los criterios de valoración (los resultados del estudio incluyeron depresión, satisfacción y calidad de vida). Los autores del estudio informan sobre diversos enfoques, incluyendo diversas maneras en que los profesionales de la salud interdisciplinarios pueden llegar a los pacientes; sin embargo, esta variación limita la solidez de esta recomendación.

La participación temprana en cuidados paliativos puede beneficiar emocional y psicológicamente a los cuidadores de pacientes con cáncer avanzado al reducir los niveles de depresión, estrés, carga del cuidador y angustia psicológica, a la vez que mejora la calidad de vida (Tabla 6). Los autores del estudio informan los hallazgos de varias intervenciones que pueden apoyar a los cuidadores. La evidencia muestra que las intervenciones simples o multimodales benefician a los cuidadores en función de sus necesidades, ubicación, recursos, nivel de comodidad y acceso a la tecnología. El contenido podría incluir psicoeducación y desarrollo de planes de autocuidado. Los estudios alcanzaron resultados en tres a cuatro sesiones, lo que hizo que estas

intervenciones fueran factibles de implementar y persistieron durante 6 a 12 meses, lo que indica beneficios tanto a corto como a largo plazo para los cuidadores.

La mayoría de la evidencia proviene de datos recopilados en estudios antes de que comenzara la pandemia de COVID-19 (SARS CoV-2). La guía anterior enfatizó la opción de intervenciones telefónicas para aquellos en áreas rurales y/o de bajos recursos. Con el crecimiento de la telesalud y la telemedicina relacionado con la pandemia, más personas podrían acceder y sentirse cómodas con la atención virtual. La telesalud, el apoyo basado en aplicaciones y las opciones de atención virtual, que están más disponibles y son en gran medida familiares para muchos, podrían permitir un mayor acceso a los servicios de apoyo para poblaciones previamente desatendidas que pueden haber enfrentado barreras para asistir a sesiones de apoyo en persoı en una organización de atención médica física. Muchos pacientes y cuidadores continúan sin tener acceso constante a Internet, datos y/o teléfonos inteligentes. [56, 57] Por lo tanto, los servicios de apoyo telefónico siguen siendo importantes para la comunicación.

PDF

Ayuda

Pregunta de investigación 4

¿A qué pacientes se les debería ofrecer o derivar a servicios de cuidados paliativos y en qué momento de su trayectoria de enfermedad se encuentran? ¿Existen factores desencadenantes que se deberían utilizar para solicitar derivaciones a cuidados paliativos especializados?

Actualización y análisis de la revisión de la literatura

La evidencia en la revisión sistemática no proporcionó una señal para actualizar esta recomendación de manera sustancial. La revisión sistemática actualizada identificó cuatro RCTs potencialmente relevantes para el momento de ofrecer servicios de cuidados paliativos. [15, 21, 25, 58] Cada estudio utilizó diferentes frecuencias de visitas de cuidados paliativos (cada 2 semanas, [15] cada 4 semanas, [24] mensuales, [21] mensuales o más [25]), resultados (para dos de los estudios, el resultado primario fue la calidad de vida, [15, 21] La calidad de vida fue un resultado secundario en los otros dos; dos estudios tuvieron diferentes resultados primarios [pacientes a los que se les prescribió terapia antineoplásica sistémica adicional, preferencias de atención al final de la vida]) y cronogramas de seguimiento del estudio (12 semanas a 6 meses). Todos los pacientes en estos estudios tenían tumores sólidos; uno incluyó pacientes hospitalizados. [21] Los estudios que midieron la calidad de vida como un resultado primario o secundario no encontraron diferencias estadísticamente significativas o mínimamente relevantes desde el punto de vista clínico. Ninguno de los estudios encontró diferencias significativas en los resultados psicológicos. Uno de los dos ECA [15, 24] que informaron sobre la utilización de cuidados paliativos encontró que era estadísticamente significativamente mayor en el grupo de cuidados paliativos. [24] Los resultados de la intervención frente al comparador se presentan en la Tabla 7. La información sobre el estudio y las características de los pacientes se proporciona en el Suplemento de datos 1.

Interpretación clínica

Iniciar oportunamente los cuidados paliativos es fundamental para el manejo integral del cáncer. [15, 21, 24, 25] Las personas con cáncer en etapa avanzada a menudo enfrentan una mayor carga sintomática y una menor esperanza de vida. La mayoría de los oncólogos reconocen el valor de los cuidados paliativos cuando los riesgos de las terapias curativas o paliativas superan los beneficios potenciales. Los autores de estudios han informado que los pacientes derivados a cuidados paliativos especializados solo una vez interrumpida la

terapia dirigida al cáncer podrían no tener la oportunidad de experimentar todos los beneficios de los cuidados paliativos.

La guía de 2016 recomendó la derivación a cuidados paliativos especializados dentro de las 8 semanas posteriores al diagnóstico de cáncer avanzado, basándose en la evidencia disponible. Con base en la misma evidencia y la aparición de problemas en la fuerza laboral, el Panel de Expertos recomendó cambiar la redacción de la recomendación a "temprano en el proceso de tratamiento". El panel también reconoce la posible dificultad de interpretar el término " *temprano*" cuando se habla de una derivación a cuidados paliativos. En los estudios de intervención disponibles, "temprano" se ha definido como dentro de las 8 a 12 semanas posteriores al diagnóstico. [17, 32, 52] A pesar de la evidencia que demuestra lo contrario, los pacient y los oncólogos clínicos a menudo temen las implicaciones de una derivación a cuidados paliativos. A pesar de la evidencia disponible, los oncólogos pueden preocuparse de que los pacientes puedan interpretar una derivación a cuidados paliativos como una señal de que se están dando por vencidos y pueden perder la esperanza. [59, 60]

PDF
Ayuda

No existe un momento estándar tras el diagnóstico de un cáncer avanzado para derivar a los pacientes a cuidados paliativos. Sin embargo, en el contexto de la práctica actual, el Panel de Expertos recomienda que las personas interpreten que la derivación temprana no significa esperar hasta el cese de la terapia dirigida a antineoplásicos, sino centrarse en la presencia de necesidades paliativas. La derivación temprana también indica la participación en cuidados paliativos en el ámbito ambulatorio. Idealmente, los oncólogos clínicos y las organizaciones de atención médica priorizan la capacitación en cuidados paliativos primarios para todos los oncólogos clínicos, destacando cuándo se deben priorizar las derivaciones a cuidados paliativos especializados. Los oncólogos clínicos desempeñan un papel fundamental en la introducción de los cuidados paliativos en las primeras etapas de la enfermedad para mitigar cualquier percepción negativa y desactualizada sobre la derivación a cuidados paliativos especializados. Este enfoque centrado en el paciente garantiza que las intervenciones paliativas especializadas complementen el plan de tratamiento general desde el diagnóstico de cáncer. En ausencia de dichas evaluaciones, los médicos oncólogos con pacientes que experimentan síntomas persistentes y angustiantes (por ejemplo, dolor, náuseas o disnea, con un patrón de hospitalizaciones recurrentes o visitas al departamento de emergencias debido a complicaciones relacionadas con el cáncer y/o que experimentan un deterioro en el estado funcional) deben derivarlos a cuidados paliativos especializados.

Pregunta de investigación 5

¿Cuáles son las estrategias para la integración de los cuidados paliativos en la atención de pacientes con neoplasias hematológicas?

Actualización y análisis de la revisión de la literatura

La revisión sistemática actualizada identificó tres publicaciones que hacían referencia a dos estudios que cumplían con los criterios de inclusión y que informaban datos de dos RCT. [14, 20, 43] Los RCT incluyeron pacientes con neoplasias hematológicas, específicamente aquellos con LMA y aquellos que recibieron trasplante de células madre hematopoyéticas (TCMH). En estos estudios, los médicos y los proveedores de práctica avanzada brindaron cuidados paliativos especializados en el ámbito hospitalario. Los resultados primarios de ambos estudios incluyeron calidad de vida y resultados psicológicos. Los investigadores encontraron que la intervención de cuidados paliativos mejoró estos resultados (calidad de vida, depresión,

ansiedad, TEPT). Los resultados de la intervención frente al comparador (atención habitual) se presentan en la Tabla 8. La información sobre las características de los pacientes y del estudio se proporciona en el Suplemento de datos 1.

Interpretación clínica

Los pacientes con neoplasias hematológicas presentan síntomas físicos y psicológicos significativos relacionados con la enfermedad y los tratamientos, a menudo intensivos, necesarios para intentar la remisión o la curación. Los avances en la terapia oncológica han permitido que más pacientes sobrevivan a largo plazo y/o se curen o vivan con el cáncer como una enfermedad crónica. Muchos pacientes con neoplasias hematológi pueden ser tratados con terapias novedosas que tienen una morbilidad limitada y resultan en una supervivencia a largo plazo. Sin embargo, cada una requiere terapia asociada con efectos secundarios significativos. En comparación con los pacientes con tumores sólidos, los pacientes con neoplasias hematológicas experimentan tasas más altas de hospitalización, ingresos más frecuentes a la unidad de cuidados intensivos, más muertes intrahospitalarias, tasas más bajas de derivaciones a cuidados paliativos y estancias más cortas en estos centros. Por lo tanto, a los pacientes que experimentan síntomas no controlados, necesidades psicosociales o inquietudes sobre la calidad de vida, independientemente del pronóstico, se les debe ofrecer cuidados paliativos desde el momento del diagnóstico y a lo largo de la trayectoria de la enfermedad y la supervivencia.

PDF

Ayuda

Históricamente, las organizaciones de atención médica han integrado con poca frecuencia servicios especializados de cuidados paliativos para el manejo de pacientes con neoplasias hematológicas. Los autores de estudios han reportado hallazgos que contribuyen a este fenómeno, incluyendo la percepción errónea de que los cuidados paliativos son cuidados al final de la vida, la falta de una transición clara entre las fases curativa y paliativa del tratamiento (debido a la incertidumbre pronóstica) y las políticas que limitan la atención concurrente. [61-63] Muchos profesionales de cuidados paliativos se han enfrentado a la percepción de que su consulta puede generar preocupación por la interrupción prematura de un tratamiento que podría salvar vidas.

La evidencia sobre los cuidados paliativos para esta población no estaba disponible para la actualización previa de la guía. Los autores de los estudios (de los estudios incluidos en esta guía) han reportado la viabilidad y eficacia de integrar los cuidados paliativos en el tratamiento de pacientes hospitalizados con neoplasias hematológicas, y la evidencia disponible se limita a pacientes con LMA y pacientes que reciben TCMH. Un RCT demostró un beneficio estadísticamente significativo y clínicamente significativo en la calidad de vida de los cuidados paliativos especializados versus la atención habitual en pacientes que recibieron quimioterapia intensiva para LMA. [20] Estos beneficios se mantuvieron durante 6 meses y se acompañaron de mejoras en la depresión, la ansiedad y el TEPT. A pesar de que no hubo diferencias en la carga de síntomas o la recepción de cuidados paliativos al final de la vida, el ensayo fue multicéntrico, y los autores del estudio concluyeron que, cuando estén disponibles, las organizaciones de atención médica deben brindar dichos servicios de cuidados paliativos a los pacientes hospitalizados con LMA.

El otro ECA demostró un deterioro significativamente menor en la calidad de vida después de 2 semanas en pacientes sometidos a TPH por neoplasias hematológicas malignas, asignados aleatoriamente a una consulta especializada de cuidados paliativos hospitalarios. Los autores del estudio informaron beneficios en resultados secundarios como el estado de ánimo, la carga sintomática y los resultados psicológicos. Si bien los cuidadores

de los pacientes del grupo de intervención experimentaron un pequeño aumento en los síntomas de depresión, se desconoce la significancia de este hallazgo. En conjunto, las intervenciones de cuidados paliativos tuvieron beneficios que superaron cualquier riesgo; se justifica una mayor investigación (véase Limitación de la investigación e Investigaciones futuras).

El Panel de Expertos reconoce que una recomendación que incluya a todos los pacientes con neoplasias hematológicas va más allá de las poblaciones incluidas en los estudios disponibles. Esta decisión refleja el reconocimiento de que el sufrimiento en este grupo de pacientes es elevado, la investigación en esta área es incipiente y la experiencia clínica colectiva del Panel sugiere posibles beneficios para un grupo más amplio de pacientes que el reflejado en estos dos estudios.

PDF

Ayuda

Pregunta de investigación 6

¿Cuál es el papel de los cuidados paliativos para los pacientes con cáncer que participan en ensayos clínicos de cáncer en fase temprana?

Actualización y análisis de la revisión de la literatura

La revisión sistemática actualizada identificó dos RCTs que cumplían con los criterios de inclusión, los cuales informaron los resultados de las intervenciones específicamente para pacientes en ensayos clínicos de fase I como se preespecificó para esta revisión sistemática. [32, 33] Todos los participantes tenían cáncer de tumor sólido avanzado al momento de la inscripción al ensayo. Los resultados primarios incluyeron QOL, carga de síntomas y distrés psicológico. Aunque no hubo diferencias significativas en QOL (excepto en uno de los dos sitios en uno de los ensayos clínicos) o carga de síntomas entre los participantes del estudio, los cuidados paliativos especializados se asociaron con una tendencia hacia la disminución del distrés psicológico. Los resultados de la intervención versus el comparador se presentan en la Tabla 9 . La información sobre las características de los pacientes y del estudio se proporciona en el Suplemento de datos 1.

Interpretación clínica

Los participantes en ensayos clínicos de cáncer de fase I se enfrentan a una incertidumbre significativa con respecto a su futuro y los posibles efectos del tratamiento del estudio y experimentan una multitud de síntomas asociados con su cáncer y el tratamiento previo. [32] Además, muchos participantes en este grupo sobreviven un promedio de 6 meses después de la finalización de un ensayo. La participación en el ensayo puede exacerbar aún más las preocupaciones físicas y psicosociales existentes. [32] Esta incertidumbre y estos síntomas son susceptibles a las intervenciones de cuidados paliativos. Existe poca investigación sobre este tema; solo dos estudios cumplieron los criterios de inclusión. Los resultados estadísticamente significativos fueron limitados en los estudios; sin embargo, dada la evidencia de los cuidados paliativos en otras poblaciones con cáncer avanzado, la mayor carga y vulnerabilidad de esta población, y la muy limitada atención a los cuidados paliativos en esta población, el Panel de Expertos hizo una recomendación de consenso.

El Panel de Expertos reconoció que los pacientes que participan en ensayos clínicos de cáncer en fase temprana (es decir, fase I) a menudo experimentan un conjunto distintivo de síntomas y preocupaciones, con una constelación única de necesidades de cuidados paliativos y de apoyo. La población de ensayos clínicos de fase I representa un grupo selecto de pacientes con cáncer que mantienen la independencia funcional suficiente

para participar en ensayos clínicos, a menudo con enfermedad más avanzada, que con frecuencia han recibido tratamiento con múltiples líneas de terapias previas. [1, 64] La mayoría de los participantes tienen una esperanza de vida limitada, con una mediana de supervivencia general de 5,7 a 10,7 meses después de completar un ensayo clínico y presentan necesidades de cuidados paliativos como las descritas anteriormente. Además, como los autores del estudio descubrieron recientemente que las terapias novedosas han demostrado una mayor supervivencia en algunos pacientes en ensayos clínicos, las necesidades de cuidados paliativos pueden extenderse por períodos más largos. [2-4, 65, 66]

Los participantes de ensayos clínicos de fase I sobre el cáncer pueden tener dificultades para afrontar la incertidumbre sobre su futuro y los numerosos síntomas asociados con el cáncer y el tratamiento previo. 5-8, 32, 67-69 Los participantes corren el riesgo de presentar muchos síntomas preocupantes, [1, 9, 10, 64, 70, 71] con una carga de síntomas que puede incluir fatiga, alteraciones del sueño, náuseas, disminución del apetito, ansiedad, dolor y cambios intestinales.7, [11, 12, 62, 68, 72] Los investigadores informaron recientemente (nota: el estudio no proviene de la revisión sistemática) los resultados informados por los pacientes con muchos síntomas, que incluyen hinchazón, estreñimiento, micción frecuente, boca seca, dificultad para respirar, ansiedad, depresión y problemas de memoria y concentración que afectan a casi el 40% de los pacientes que calificaron como graves o muy graves. [72] Las demandas de participación en ensayos pueden exacerbar aún más las preocupaciones físicas y psicosociales existentes de los participantes. [1, 5, 10, 32, 64, 71] Por ejemplo, los participantes a menudo hacen visitas clínicas frecuentes y prolongadas, viajan al sitio del ensayo y enfrentan incertidumbre asociada con los posibles efectos secundarios y beneficios de un tratamiento en investigación. [1, 2, 72] Como la investigación limitada se ha centrado en las mayores necesidades de cuidados de apoyo de los participantes en este entorno, se deben desarrollar, adaptar y probar intervenciones de cuidados paliativos.

PDF

Ayuda

Los autores del estudio también han informado hallazgos de que pocos participantes de ensayos clínicos de fase I completan una planificación anticipada de la atención y/o reciben cuidados paliativos o cuidados paliativos al final de la vida. [5, 8, 32, 69, 73] En un estudio reciente de participantes de ensayos clínicos de fase I, solo el 39% completó una directiva anticipada, el 35% tenía un apoderado designado para la atención médica y el 37% se inscribió en cuidados paliativos a pesar de una supervivencia media de 10,1 meses desde la inscripción. [5] Otro estudio demostró que el 47% había recibido una consulta de cuidados paliativos y solo el 53% había tenido una discusión documentada de los objetivos de la atención. [8, 69] La población de ensayos clínicos de fase I representa una población vulnerable, a menudo desatendida, con enfermedades graves, expectativa de vida limitada e investigación mínima para comprender y abordar sus necesidades no satisfechas. [1, 8, 10, 64, 69, 70, 73.] Los esfuerzos para abordar las necesidades de atención de los participantes en ensayos clínicos de fase I son cruciales y sumamente necesarios. En conjunto, los participantes en ensayos clínicos de fase I representan una población con especial necesidad de investigación continua para ayudar a evaluar, abordar y gestionar sus necesidades específicas de atención clínica y mejorar la calidad de vida. La integración de los cuidados paliativos en la atención de los participantes en ensayos clínicos de fase I también puede mejorar el reclutamiento y la retención en los ensayos. Los prometedores resultados de las intervenciones que abordan las preocupaciones sobre la atención de apoyo de estos pacientes resaltan la necesidad de esfuerzos continuos. [5, 6, 9, 14, 32, 67, 70, 74.]

Discusión

Las consultas eficaces de cuidados paliativos implican evaluaciones integrales, tanto iniciales como continuas, y el manejo del malestar derivado de los síntomas o de aspectos de la calidad de vida, incluyendo los aspectos físicos, psicológicos (que abarcan la comunicación y la psicoterapia), espirituales , financieros (que a veces se logran reduciendo el uso de centros de cuidados intensivos para intervenciones innecesarias) y sociales. Además, los pacientes y/o sus cuidadores deberían poder solicitar cuidados paliativos en cualquier etapa, con cualquier pronóstico, según sus necesidades.

Los modelos de cuidados paliativos destacados en la literatura incluyen la consulta especializada integrada en clínicas de oncología o salas de hospitalización, como servicios comunitarios [38] o virtuales (p. ej., métodos telefónicos [19] o web [26]). Todos los oncólogos clínicos involucrados en la atención de pacientes y cuidadores deben comprender la estructura y la importancia de los cuidados paliativos y poseer conocimientos y habilidades en cuidados paliativos primarios, a la vez que reconocen cuándo buscar la experiencia adicional de los cuidados paliativos especializados (Tabla 1).

PDF
Ayuda

Perspectiva del paciente

No se puede exagerar el trauma de recibir un diagnóstico de cáncer y ver cómo se desbaratan todas las creencias y planes. Abrumado por la reorganización de la vida, es importante discernir los diferentes niveles de trauma que experimenta un paciente y cómo afrontarlos. El nivel de trauma más apremiante siempre es el tratamiento del cáncer subyacente por parte del oncólogo, cirujano o radiooncólogo. Además, otro nivel de trauma que a menudo no se aborda adecuadamente es el sufrimiento emocional, social o familiar. El equipo especializado en cuidados paliativos maneja este trauma con la mayor amabilidad y experiencia.

El oncólogo clínico debe presentar al equipo de cuidados paliativos especializados poco después del diagnóstico de cáncer avanzado. El conocimiento especializado para evaluar y abordar el estrés socioemocional es esencial para el bienestar del paciente. En medio de la tormenta del miedo y la falibilidad, los cuidados paliativos pueden ofrecer un refugio tranquilo de comprensión y apoyo para el paciente y sus cuidadores. El equipo de cuidados paliativos puede ayudar a pacientes y cuidadores a mantenerse integrados y apoyarse mutuamente a medida que transitan este nuevo, incierto y, a veces, aterrador camino. Con la intervención de cuidados paliativos especializados, el paciente y sus seres queridos pueden revisar y priorizar su bienestar emocional y social, organizar recursos y planificar ante eventualidades. La comunicación y un sentido de propósito alivian el profundo miedo a la pérdida. En un momento en que la vida se siente fuera de control, la presencia y la sensibilidad de un equipo de cuidados paliativos especializados pueden ayudar a recuperar el control y la orientación. Consulte la Comunicación entre el paciente y el médico: Guía de consenso de la ASCO para obtener recomendaciones y estrategias para optimizar la comunicación entre el paciente y el médico.

Equidad en salud

Si bien las guías de práctica clínica de la ASCO representan recomendaciones de expertos sobre las mejores prácticas en el manejo de enfermedades para brindar el máximo nivel de atención oncológica, es importante destacar que muchos pacientes tienen acceso limitado a la atención médica o la reciben de forma fragmentada. Se sabe que factores como la raza y la etnia, la edad, el nivel socioeconómico, la orientación sexual e identidad de género, la ubicación geográfica y el acceso a seguros médicos influyen en los resultados de la atención

oncológica. [75] Las disparidades raciales y étnicas en la atención médica contribuyen significativamente a este problema en Estados Unidos. Los pacientes con cáncer que pertenecen a minorías raciales o étnicas padecen desproporcionadamente comorbilidades, enfrentan obstáculos más sustanciales para recibir atención, tienen mayor probabilidad de no tener seguro médico y corren un mayor riesgo de recibir atención fragmentada o de baja calidad que otros pacientes estadounidenses. [76-79 Muchos] otros pacientes carecen de acceso a la atención debido a su ubicación geográfica y la distancia a centros de tratamiento adecuados. El conocimiento de estas disparidades en el acceso a la atención debe considerarse en el contexto de esta guía de práctica clínica, y los profesionales de la salud deben esforzarse por brindar el máximo nivel de atención oncológica a estas poblaciones vulnerables. Además, las partes interesadas deben trabajar para lograr la equidad en la salud garantizando el acceso equitativo tanto a la atención como a la investigación del cáncer de alta calidad y abordando las barreras estructurales que preservan las inequidades en la salud. [75] Los autores también remiten a los lectores a un artículo complementario de JCO Oncology Practice sobre equidad (Rosa et al, manuscrito enviado para publicación).

PDF
Ayuda

En ciertos contextos, como en algunas regiones de ingresos bajos y medios, las recomendaciones de la Guía Estratificada por Recursos de la ASCO sobre Cuidados Paliativos Globales podrían prevalecer sobre esta actualización. La disponibilidad de ambas guías ofrece opciones a los profesionales de la salud que trabajan en entornos con diversos recursos. Ambos conjuntos de guías subrayan principios esenciales como la atención centrada en el paciente, la comunicación eficaz, el manejo de los síntomas y el apoyo psicosocial, todos ellos fundamentales, independientemente de los recursos disponibles. Para abordar la desigualdad de recursos, un enfoque escalonado ofrece adaptabilidad a los profesionales clínicos y cuidadores familiares en entornos multifacéticos, lo que fomenta la implementación eficaz de las guías.

Implementación de la guía

Las directrices de la ASCO se desarrollan para su implementación en diversos entornos sanitarios. El Panel de Expertos sugiere enfatizar enfoques viables, como la detección de necesidades insatisfechas, el establecimiento de canales de comunicación interdisciplinarios y el uso de planes de atención colaborativos para comenzar a abordar los marcos de integración. Cada directriz de la ASCO incluye a un miembro del PGIN de la ASCO en el panel. La función adicional de este representante del PGIN en el panel es evaluar la idoneidad de las recomendaciones para su implementación en el ámbito comunitario e identificar cualquier otra barrera que el lector deba conocer. Entre las barreras para la implementación se incluyen la necesidad de aumentar el conocimiento de las recomendaciones de la directriz entre los profesionales de primera línea, los supervivientes de cáncer y los cuidadores familiares, así como de brindar servicios adecuados ante la escasez de recursos. La tabla de recomendaciones de la directriz y las herramientas que la acompañan (disponibles en www.asco.org/supportive-care-guidelines) se diseñaron para facilitar la implementación de las recomendaciones. Esta directriz se distribuirá ampliamente a través del PGIN de la ASCO. Las directrices de la ASCO se publican en el sitio web de la ASCO y, con mayor frecuencia, en el *Journal of Clinical Oncology* .

Limitación de la investigación e investigaciones futuras

La literatura actual reconoce que el impacto de una intervención de cuidados paliativos puede o no producir los resultados deseados y puede arrojar resultados dispares entre diferentes individuos, incluso dentro de una misma organización sanitaria. Las razones de estas variaciones justifican mayor investigación.

La base de evidencia para la Pregunta de Investigación 1 fue limitada por el riesgo moderado a alto de sesgo en una gran proporción de los ensayos revisados. Además, hubo cointervención en el brazo de atención estándar para algunos ensayos, incluido el apoyo psicológico [21] o hasta un tercio de los participantes que interactúan con el equipo de cuidados paliativos especializados. [10] A medida que los cuidados paliativos tempranos se convierten en la práctica estándar, los ensayos sin cointervención sustancial pueden ser difíciles de realizar. Reconociendo la escasez documentada de personal en cuidados paliativos especializados, [80] se necesitan esfuerzos de investigación en curso y futuros para desarrollar y probar intervenciones de cuidados paliativos y de apoyo específicas para la población (es decir, cuidados paliativos de precisión) [49] para desarrollar modelos sostenibles de prestación de atención clínica. Se necesitan particularmente ensayos de a calidad que den cuenta explícitamente de las trayectorias de la enfermedad de los pacientes con diferentes diagnósticos de cáncer, intervenciones de cuidados paliativos primarios y/o intervenciones que se dirijan a subconjuntos específicos de pacientes con altas necesidades clínicas.

PDF
Ayuda

Un ensayo clínico en curso está evaluando actualmente si los cuidados paliativos primarios son una estrategia alternativa a los cuidados paliativos especializados para mejorar la calidad de vida, los síntomas, el estado de ánimo, el afrontamiento y los resultados al final de la vida en pacientes con LMA (identificador de ClinicalTrials.gov: NCT05237258 , Cuidados paliativos especializados en comparación con los oncológicos para pacientes con leucemia mieloide aguda, ClinicalTrials.gov). Las limitaciones de la investigación con respecto a los pacientes con neoplasias hematológicas incluyen que el cegamiento no fue factible en estos RCT, uno de ellos fue de un solo sitio, [14] y que no incluyeron brazos de control de atención, poblaciones de pacientes étnicas y raciales diversas o miembros del equipo de cuidados paliativos interprofesionales (p. ej., trabajo social, capellanía, farmacia) más allá de los médicos oncólogos y los proveedores de práctica avanzada. Además, el impacto de la integración de los cuidados paliativos especializados para pacientes con otras neoplasias hematológicas (es decir, más allá de la LMA o que reciben HSCT) y en el ámbito ambulatorio es una prioridad de investigación identificada.

Existen otras limitaciones en el área de las necesidades de cuidados paliativos de las personas que participan en ensayos clínicos de cáncer de fase I. Los esfuerzos futuros para comprender el impacto potencial de las intervenciones de cuidados paliativos para los participantes en ensayos clínicos de cáncer de fase I incluyen la necesidad de estudiar diferentes modelos de integración, cómo administrar la intervención, cuándo iniciarla, quién la administra y asegurar la implementación óptima y la fidelidad de los componentes de la intervención. Otras posibles estrategias para estudios futuros incluyen esfuerzos específicos de monitoreo de síntomas, intervenciones de toma de decisiones, iniciativas de comprensión de la enfermedad y estrategias de navegación del paciente. Finalmente, la salud sexual para pacientes con cáncer avanzado es un área emergente [81] ; aunque fuera del alcance de esta guía, el Panel sugiere que los investigadores examinen estos temas en el contexto de los cuidados paliativos.

El Panel de Expertos sugiere priorizar la financiación de investigaciones en los siguientes temas:

- Intervenciones de cuidados paliativos primarios
- Capacitación en cuidados paliativos especializados y desafíos de la fuerza laboral, incluidos nuevos modelos de integración de la atención para mejorar el acceso de las poblaciones de pacientes desatendidas
- Intervenciones de cuidados paliativos y de apoyo específicas para cada población
- Poblaciones de pacientes diversas, étnicas, raciales y de otras minorías

- Participantes en ensayos clínicos de cáncer de fase I
- Intervenciones dirigidas a subconjuntos específicos de pacientes con alta necesidad clínica
- Pacientes con neoplasias hematológicas, incluso en entornos ambulatorios y aquellos con neoplasias hematológicas distintas de la leucemia mieloide aguda (LMA) y aquellos que reciben TPH.
- Investigación centrada en el paciente en el seguimiento de síntomas específicos, intervenciones para la toma de decisiones, iniciativas de comprensión de la enfermedad y estrategias de navegación del paciente.
- Intervenciones adaptadas a cuidadores no profesionales
- Cuidados paliativos de precisión para identificar mejor a quienes más necesitan atención especializada [49]
- Investigación interdisciplinaria relacionada con las necesidades psicológicas, sociales y espirituales.

PDF

Ayuda

ASCO cree que los ensayos clínicos sobre el cáncer son vitales para informar las decisiones médicas y mejorar la atención del cáncer y que todos los pacientes deben tener la oportunidad de participar.

Recursos adicionales

Para obtener información actualizada, incluyendo actualizaciones seleccionadas, suplementos, conjuntos de diapositivas y herramientas y recursos clínicos, visite www.asco.org/supportive-care-guidelines . El Suplemento de Datos de esta guía incluye tablas de evidencia adicionales, una estrategia de búsqueda, un diagrama PRISMA y la revisión de la implementabilidad. Las recomendaciones y algoritmos de la guía también están disponibles en la aplicación gratuita ASCO Guidelines (disponible para descargar en Apple App Store y Google Play Store). Escuche las recomendaciones y perspectivas clave de los miembros del panel en el podcast ASCO Guidelines . El Manual de Metodología (disponible en www.asco.org/guideline-methodology) proporciona información adicional sobre los métodos utilizados para desarrollar esta guía. La información para pacientes está disponible en www.cancer.net .

La ASCO agradece sus comentarios sobre esta guía, incluyendo los desafíos de implementación, la nueva evidencia y su impacto en usted. Para enviar comentarios, contáctenos en Guidelines@asco.org . Sus comentarios podrían incorporarse en una futura actualización de la guía. Para enviar nueva evidencia o sugerir un tema para el desarrollo de la guía, complete el formulario disponible en www.asco.org/guidelines .

Directrices de la ASCO relacionadas

- Cuidados paliativos en el contexto global [3] (https://ascopubs.org/doi/10.1200/JGO.18.00026)
- Comunicación paciente-médico [82] (http://ascopubs.org/doi/10.1200/JCO.2017.75.2311)
- Telesalud en Oncología [83] (https://ascopubs.org/doi/10.1200/OP.21.00438)
- Uso de opioides en adultos con dolor por cáncer o tratamiento del cáncer [84] (https://ascopubs.org/doi/10.1200/JCO.22.02198)
- Manejo del dolor crónico en sobrevivientes de cánceres en adultos [85] (https://ascopubs.org/doi/10.1200/JCO.2016.68.5206)
- Evaluación práctica y gestión de vulnerabilidades en pacientes mayores que reciben terapia sistémica contra el cáncer [86] (https://ascopubs.org/doi/10.1200/JCO.23.00933)
- Todas las pautas de cuidados de apoyo: www.asco.org/supportive-care-guidelines

Otras pautas relacionadas

- Guías de práctica clínica para cuidados paliativos de calidad del Proyecto de Consenso Nacional (NCP), 4.ª edición (https://www.nationalcoalitionhpc.org/ncp) [87]
- Pautas de Cancer Care Ontario (CCO) sobre el manejo del dolor en el cáncer y/o cuidados paliativos (https://www.cancercareontario.ca/en/guidelines-advice/types-of-cancer/43271) [88]
- Cuidados paliativos de pacientes con cáncer: directrices de la Red Nacional Integral del Cáncer (https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2022/0700/practice-guidelines-palliative-care-cancer-patients.html) [89]

Lenguaje inclusivo de género

PDF

Ayuda

ASCO se compromete a promover la salud y el bienestar de las personas independientemente de su orientación sexual o identidad de género. [90] Las personas transgénero y no binarias, en particular, pueden enfrentar múltiples barreras para la atención oncológica, incluyendo estigmatización, invisibilidad, [91] y exclusividad. Una forma en que se puede comunicar la exclusividad o la falta de accesibilidad es a través del lenguaje de género que establece vínculos presuntivos entre el género y la anatomía. [91 - 94] Con el reconocimiento de que las directrices de ASCO pueden afectar el lenguaje utilizado en entornos clínicos y de investigación, ASCO se compromete a crear directrices inclusivas en cuanto al género. Por esta razón, los autores de las directrices utilizan un lenguaje inclusivo en cuanto al género siempre que es posible a lo largo de las directrices. En los casos en que la directriz se basa en datos basados en investigaciones de género (p. ej., estudios sobre mujeres con cáncer de ovario), los autores de las directrices describen las características y los resultados de la investigación tal como se informa.

Reconocimiento

El Panel de Expertos agradece a los Dres. Marc Kerba y Eric Roeland, así como al Comité de Medicina Basada en la Evidencia, por sus rigurosas revisiones y perspicaces comentarios sobre esta guía. El Panel de Expertos también agradece al personal encargado de las Guías de la ASCO por su ayuda.

Aprobación del Comité de Medicina Basada en la Evidencia: 13 de marzo de 2024

Suplemento de datos

Los autores conservan todos los derechos sobre cualquier suplemento de datos asociado con sus artículos.

Las ideas y opiniones expresadas en este Suplemento de Datos no reflejan necesariamente las de la Sociedad Americana de Oncología Clínica (ASCO). La mención de cualquier producto, servicio o terapia en este Suplemento de Datos no debe interpretarse como una recomendación de los productos mencionados. Es responsabilidad del médico tratante u otro profesional de la salud, basándose en la experiencia y el conocimiento del paciente, determinar las dosis de los medicamentos y el mejor tratamiento para el paciente. Se recomienda a los lectores consultar la literatura médica pertinente y la información del producto proporcionada por el fabricante de cada medicamento para verificar los usos aprobados, la dosis, el método y la duración de la administración, o las contraindicaciones. También se anima a los lectores a contactar al fabricante si tienen preguntas sobre las características o limitaciones de cualquier producto. La ASCO y *el JCO* no asumen ninguna responsabilidad por lesiones o daños a personas o propiedades que surjan o estén relacionados con el uso del material contenido en esta publicación, ni por errores u omisiones. Los lectores deben contactar al autor correspondiente si tienen algún comentario relacionado con los materiales del Suplemento de Datos.

- Suplemento de datos

Herramientas y recursos clínicos

- Conjunto de diapositivas – pdf
- Conjunto de diapositivas – pps
- Tabla de resumen de recomendaciones
- Resumen visual

Nota del editor

Esta Guía de Práctica Clínica de la ASCO ofrece recomendaciones, con una revisión exhaustiva y análisis de la literatura relevante para cada recomendación. Puede encontrar información adicional, incluyendo un suplemento con tablas de evidencia adicionales, diapositivas, herramientas y recursos clínicos, y enlaces a información para pacientes en www.cancer.net , en www.asco.org/supportive-care-guidelines .

PDF

Ayuda

Declaraciones de los autores sobre posibles conflictos de intereses

Cuidados paliativos para pacientes con cáncer: actualización de las directrices de la ASCO

La siguiente información es proporcionada por los autores de este manuscrito. Todas las relaciones se consideran remuneradas, salvo que se indique lo contrario. Las relaciones son personales, salvo que se indique lo contrario. I = Familiar directo, Inst = Mi institución. Es posible que las relaciones no estén relacionadas con el tema de este manuscrito. Para obtener más información sobre la política de conflictos de intereses de ASCO, consulte www.asco.org/rwc o ascopubs.org/jco/authors/author-center .

Open Payments es una base de datos pública que contiene información reportada por empresas sobre los pagos realizados a médicos con licencia en los EE. UU. (Open Payments).

James F. Cleary

Acciones y otros intereses de propiedad: Cibermundos médicos

Rol de consultoría o asesoría: Fitabeo

Relaciones no compensadas: Fitabeo

Andrew S. Epstein

Honorarios: HMP Education

Otra relación: UpToDate

Josué A. Jones

Empleo: Sistema de Salud Regional de Rochester, Centro Oncológico Abramson de la Universidad de Pensilvania, Hospital Infantil de Filadelfia, Atención de Urgencias Pediátricas de Rochester

Mark R. Litzow

Honorarios: BeiGene Shanghai, Amgen

Oficina de oradores: BeiGene Shanghai, Amgen

Financiación de la investigación: Amgen, Astellas Pharma, Actinium Pharmaceuticals, Syndax

Viajes, alojamiento y gastos: BeiGene Shanghai, Amgen

Otra relación: Biosight

Mabel Alejandra Mardones

Rol de consultoría o asesoramiento: Myriad Genetics, Seagen, bioTheranostics, Sanofi, Genentech/Roche, Gilead Sciences, Epic Sciences, AstraZeneca, Agendia

Mesa de ponentes: Puma Biotechnology, Seagen, Merarini

William E. Rosa

Rol de consultoría o asesoría: Universidad de Miami

Financiamiento de la investigación: Cambia Health Foundation (Inst.), Robert Wood Johnson Foundation (Inst.), Rita & Alex Hillman Foundation (Inst.)

Patentes, regalías, otra propiedad intelectual: regalías de libros de Springer Publishing y Jones & Bartlett Learning

Camila Zimmermann

Este autor es editor asociado de *la Revista de Oncología Clínica* . La política de la revista le ha prohibido participar en la revisión por pares de este manuscrito.

Financiación de la investigación: Pfizer (Inst.)

No se informaron otros posibles conflictos de intereses.

PDF

Ayuda

Apéndice 1. Descargo de responsabilidad de las directrices

Las Guías de Práctica Clínica y demás orientación publicadas en este documento son proporcionadas por la ASCO, Inc. para ayudar a los profesionales sanitarios en la toma de decisiones clínicas. La información aquí contenida no debe considerarse completa ni precisa, ni incluir todos los tratamientos o métodos de atención adecuados, ni una declaración del estándar de atención. Con el rápido desarrollo del conocimiento científico, puede surgir nueva evidencia entre el momento en que se desarrolla la información y su publicación o lectura. La información no se actualiza continuamente y puede no reflejar la evidencia más reciente. La información aborda únicamente los temas específicamente identificados en ella y no es aplicable a otras intervenciones, enfermedades o estadios de enfermedades. Esta información no exige ningún tratamiento médico en particular. Además, no pretende sustituir el criterio profesional independiente del profesional sanitario, ya que no tiene en cuenta la variación individual entre los pacientes. Las recomendaciones especifican el nivel de confianza con el que la recomendación refleja el efecto neto de un determinado tratamiento. El uso de palabras como "debe", "no debe", "debería" y "no debería" indica que se recomienda o no un curso de acción para la mayoría o la mayoría de los pacientes, pero el médico tratante tiene la libertad de seleccionar otros cursos de acción en casos individuales. En todos los casos, el proveedor tratante debe considerar el curso de acción seleccionado en el contexto del tratamiento del paciente individual. El uso de la información es voluntario. La ASCO no avala medicamentos, dispositivos, servicios o terapias de terceros utilizados para diagnosticar, tratar, monitorear, controlar o aliviar afecciones de salud. Cualquier uso de una marca o nombre comercial es solo para fines de identificación. La ASCO proporciona esta información "tal cual" y no ofrece ninguna garantía, expresa o implícita, con respecto a la información. La ASCO renuncia específicamente a cualquier garantía de comerciabilidad o idoneidad para un uso o propósito particular. La ASCO no asume ninguna responsabilidad por lesiones o daños a personas o bienes que surjan o estén relacionados con el uso de esta información, ni por errores u omisiones.

Apéndice 2. Directrices y conflictos de intereses

El Panel de Expertos se conformó de conformidad con la Implementación de la Política de Conflicto de Intereses para las Guías de Práctica Clínica de la ASCO ("Política", disponible en http://www.asco.org/guideline-methodology). Todos los miembros del Panel de Expertos completaron el formulario de divulgación de la ASCO, que requiere la divulgación de intereses financieros y de otro tipo, incluidas las relaciones con entidades comerciales que tengan una probabilidad razonable de experimentar un impacto regulatorio o comercial directo como resultado de la promulgación de la guía. Las categorías de divulgación incluyen empleo; liderazgo; participación accionaria u otra propiedad; honorarios, funciones de consultoría o asesoramiento; panel de conferenciantes; financiación de investigaciones; patentes, regalías, otra propiedad intelectual; testimonio de expertos; viajes, alojamiento, gastos; y otras relaciones. De conformidad con la Política, la mayoría de los miembros del Panel de Expertos no revelaron ninguna relación que constituya un conflicto según la Política.

Tabla A1 . Miembros del panel de expertos de la guía sobre cuidados paliativos para pacientes con cáncer

Nombre	Afiliación	Rol o área de especialización
Betty R. Ferrell, PhD, *Copresidenta*	Centro Médico Nacional Ciudad de la Esperanza, Duarte, CA	Enfermería oncológica/Ensayos clínicos
Justin J. Sanders, MD, MSc, *Copresidente*	Universidad McGill, Montreal, Canadá	Cuidados paliativos

EXPANDIR TABLA

Tabla A2 . Definiciones de calificación de recomendación

Término	Definiciones
Calidad de la evidencia	
Alto	Estamos muy seguros de que el efecto real se encuentra cerca del de la estimación del efecto.
Moderado	Tenemos una confianza moderada en la estimación del efecto: es probable que el efecto real esté cerca de la estimación del efecto, pero existe la posibilidad de que sea sustancialmente diferente.
Bajo	Nuestra confianza en la estimación del efecto es limitada: el efecto real puede ser sustancialmente diferente de la estimación del efecto.
Muy bajo	Tenemos muy poca confianza en la estimación del efecto: es probable que el efecto real sea sustancialmente diferente de la estimación del efecto.
Fuerza de recomendación	
Fuerte	En las recomendaciones a favor de una intervención, los efectos deseables de una intervención superan a sus efectos indeseables En las recomendaciones en contra de una intervención, los efectos indeseables de una intervención superan a sus efectos deseables Todas o casi todas las personas informadas harían la elección recomendada a favor o en contra de una intervención
Débil/condicional	En las recomendaciones a favor de una intervención, los efectos deseables probablemente superan a los efectos indeseables, pero existe una incertidumbre apreciable. En las recomendaciones en contra de una intervención, los efectos indeseables probablemente superan a los efectos deseables, pero existe una incertidumbre apreciable. La mayoría de las personas informadas elegirían el curso de acción recomendado, pero un número sustancial no lo haría.

COLLAPSE

PDF

Ayuda

Referencias

1. Smith TJ, Temin S, Alesi ER, et al.: Opinión clínica provisional de la Sociedad Americana de Oncología Clínica: La integración de los cuidados paliativos en la atención oncológica estándar. *J Clin Oncol* 30:880-887, 2012

   + Show Citations | Referencia cruzada | PubMed | Google Académico

2. Ferrell BR, Temel JS, Temin S, et al.: Integración de los cuidados paliativos en la atención oncológica estándar: Actualización de la guía de práctica clínica de la Sociedad Americana de Oncología Clínica. *J Clin Oncol* 35:96-112, 2017

   + Show Citations | Referencia cruzada | PubMed | Google Académico

3. Osman H, Shrestha S, Temin S, et al.: Cuidados paliativos en el ámbito global: Guía de práctica estratificada por recursos de la ASCO. *J Glob Oncol* 4:1-24, 2018

   + Show Citations | Google Académico

4. Haun MW, Estel S, Rucker G, et al.: Cuidados paliativos tempranos para adultos con cáncer avanzado. *Base de Datos Cochrane Syst Rev* 6:CD011129, 2017

   + Show Citations | PubMed | Google Académico

5. Shiffman RN, Michel G, Rosenfeld RM, et al.: Desarrollo de mejores directrices con BRIDGE-Wiz: Desarrollo y evaluación de un asistente de software para promover la claridad, la transparencia y la implementabilidad. *J Am Med Inform Assoc* 19:94-101, 2012

+ Show Citations | Referencia cruzada | PubMed | Google Académico

6. Higgins JPT, Lopez-Lopez JA, Becker BJ, et al.: Síntesis de la evidencia cuantitativa en revisiones sistemáticas de intervenciones sanitarias complejas. *BMJ Glob Health* 4:e000858, 2019

+ Show Citations | Referencia cruzada | PubMed | Google Académico

7. Balshem H, Helfand M, Schunemann HJ, et al.: Directrices GRADE: 3. Calificación de la calidad de la evidencia. *J Clin Epidemiol* 64:401-406, 2011

+ Show Citations | Referencia cruzada | PubMed | Google Académico

8. Patil VM, Singhai P, Noronha V, et al.: Efecto de los cuidados paliativos tempranos en la calidad de vida de pacientes con cáncer de cabeza y cuello avanzado: Un ensayo de fase III. *J Natl Cancer Inst* 113:1228-1237, 2021

+ Show Citations | Referencia cruzada | PubMed | Google Académico

9. Slama O, Pochop L, Sedo J, et al.: Efectos de la integración temprana y sistemática de cuidados paliativos especializados en pacientes con cáncer avanzado: Ensayo controlado aleatorizado PALINT. *J Palliat Med* 23:1586-1593, 2020

+ Show Citations | Referencia cruzada | PubMed | Google Académico

10. Temel JS, Greer JA, El-Jawahri A, et al.: Efectos de los cuidados paliativos integrados tempranos en pacientes con cáncer de pulmón y gastrointestinal: Un ensayo clínico aleatorizado. *J Clin Oncol* 35:834-841, 2017

+ Show Citations | Referencia cruzada | PubMed | Google Académico

11. Groenvold M, Petersen MA, Damkier A, et al.: Ensayo clínico aleatorizado de cuidados paliativos especializados tempranos más atención estándar versus atención estándar sola en pacientes con cáncer avanzado: El Ensayo Danés de Cuidados Paliativos. *Palliat Med* 31:814-824, 2017

+ Show Citations | Referencia cruzada | PubMed | Google Académico

12. Franciosi V, Maglietta G, Degli Esposti C, et al.: Cuidados paliativos tempranos y calidad de vida en pacientes con cáncer avanzado: un ensayo clínico aleatorizado multicéntrico. *Ann Palliat Med* 8:381-389, 2019

+ Show Citations | Referencia cruzada | PubMed | Google Académico

13. Shinall MC Jr, Martin SF, Karlekar M, et al: Efectos de los cuidados paliativos especializados en pacientes sometidos a cirugía abdominal mayor por cáncer: Un ensayo clínico aleatorizado. *JAMA Surg* 158:747-755, 2023

+ Show Citations | Referencia cruzada | PubMed | Google Académico

14. El-Jawahri A, LeBlanc T, VanDusen H, et al.: Efecto de los cuidados paliativos hospitalarios en la calidad de vida 2 semanas después del trasplante de células madre hematopoyéticas: Un ensayo clínico aleatorizado. *JAMA* 316:2094-2103, 2016

+ Show Citations | Referencia cruzada | PubMed | Google Académico

15. Scarpi E, Dall'Agata M, Zagonel V, et al.: Cuidados paliativos tempranos sistemáticos vs. a demanda en pacientes con cáncer gástrico: Un ensayo clínico aleatorizado que evalúa los resultados de los pacientes y de los servicios de salud. *Support Care Cancer* 27:2425-2434, 2019

+ Show Citations | Referencia cruzada | PubMed | Google Académico

dieciséis. Brims F, Gunatilake S, Lawrie I, et al.: Cuidados paliativos especializados tempranos en la calidad de vida del mesotelioma pleural maligno: Un ensayo controlado aleatorizado. *Thorax* 74:354-361, 2019

Referencia cruzada | PubMed | Google Académico

17. Nottelmann L, Groenvold M, Vejlgaard TB, et al.: La rehabilitación paliativa temprana e integrada mejora la calidad de vida de los pacientes con cáncer avanzado recién diagnosticado: El ensayo clínico aleatorizado y controlado Pal-Rehab. *Palliat Med* 35:1344-1355, 2021

+ Show Citations | Referencia cruzada | PubMed | Google Académico

PDF

Ayuda

18. Schenker Y, Althouse AD, Rosenzweig M, et al.: Efecto de una intervención de cuidados paliativos primarios dirigida por enfermeras oncológicas en pacientes con cáncer avanzado: El ensayo clínico aleatorizado CONNECT Cluster. *JAMA Intern Med* 181:1451-1460, 2021

+ Show Citations | Referencia cruzada | PubMed | Google Académico

19. Reinke LF, Sullivan DR, Slatore C, et al.: Un ensayo aleatorizado de una intervención de cuidados paliativos dirigida por enfermeras para pacientes con cáncer de pulmón de reciente diagnóstico. *J Palliat Med* 25:1668-1676, 2022

+ Show Citations | Referencia cruzada | PubMed | Google Académico

20. El-Jawahri A, LeBlanc TW, Kavanaugh A, et al.: Efectividad de la atención paliativa y oncológica integrada para pacientes con leucemia mieloide aguda: Un ensayo clínico aleatorizado. *JAMA Oncol* 7:238-245, 2021

+ Show Citations | Referencia cruzada | PubMed | Google Académico

PDF

Ayuda

21. Vanbutsele G, Pardon K, Van Belle S, et al.: Efecto de la integración temprana y sistemática de cuidados paliativos en pacientes con cáncer avanzado: Un ensayo controlado aleatorizado. *Lancet Oncol* 19:394-404, 2018

+ Show Citations | Referencia cruzada | PubMed | Google Académico

22. McCorkle R, Jeon S, Ercolano E, et al.: Una enfermera de práctica avanzada coordinó una intervención multidisciplinaria para pacientes con cáncer en etapa avanzada: Un ensayo aleatorizado por grupos. *J Palliat Med* 18:962-969, 2015

+ Show Citations | Referencia cruzada | PubMed | Google Académico

23. Eychmüller S, Zwahlen S, Fliedner MC, et al.: Intervención única de cuidados paliativos tempranos añadida a la atención oncológica habitual para pacientes con cáncer avanzado: Un ensayo controlado aleatorizado (ensayo SENS). *Palliat Med* 35:1108-1117, 2021

+ Show Citations | Referencia cruzada | PubMed | Google Académico

24. Greer JA, Moy B, El-Jawahri A, et al.: Ensayo aleatorizado de una intervención de cuidados paliativos para mejorar las conversaciones sobre cuidados paliativos en pacientes con cáncer de mama metastásico. *J Natl Compr Canc Netw* 20:136-143, 2022

+ Show Citations | Referencia cruzada | PubMed | Google Académico

25. Chvetzoff G, Bouleuc C, Lardy-Cléaud A, et al.: Impacto de los cuidados paliativos tempranos en la administración de una línea adicional de quimioterapia en pacientes con cáncer de mama metastásico: Resultados del estudio aleatorizado OSS. *Support Care Cancer* 31:82, 2022

+ Show Citations | Referencia cruzada | PubMed | Google Académico

26. Steel JL, Geller DA, Kim KH, et al.: Intervención de atención colaborativa en línea para el manejo de los síntomas relacionados con el cáncer en el ámbito de los cuidados paliativos. *Cancer* 122:1270-1282, 2016

+ Show Citations | Referencia cruzada | PubMed | Google Académico

27. Breitbart W, Pessin H, Rosenfeld B, et al.: Psicoterapia individual centrada en el significado para el tratamiento del malestar psicológico y existencial: Un ensayo controlado aleatorizado en pacientes con cáncer avanzado. *Cancer* 124:3231-3239, 2018

+ Show Citations | Referencia cruzada | PubMed | Google Académico

28. Kruizinga R, Scherer-Rath M, Schilderman JB, et al.: Reflexión estructurada asistida sobre eventos vitales y metas vitales en pacientes con cáncer avanzado: Resultados de un ensayo controlado aleatorizado (estudio Life InSight Application (LISA)). *Palliat Med* 33:221-231, 2019

+ Show Citations | Referencia cruzada | PubMed | Google Académico

29. Leow M, Chan S, Chan M.: Un ensayo piloto aleatorizado y controlado sobre la eficacia de una intervención psicoeducativa en cuidadores familiares de pacientes con cáncer avanzado. *Oncol Nurs Forum* 42:E63-E72, 2015

+ Show Citations | Referencia cruzada | PubMed | Google Académico

30. Washington KT, Demiris G, Parker Oliver D, et al.: Terapia de resolución de problemas para cuidadores familiares de personas con cáncer: Un estudio de viabilidad en cuidados paliativos ambulatorios. *Psychooncology* 27:2494-2499, 2018

+ Show Citations | Referencia cruzada | PubMed | Google Académico

31. Dionne-Odom JN, Azuero A, Taylor RA, et al: Una intervención temprana de cuidados paliativos dirigida por un navegador lego para cuidadores familiares afroamericanos y rurales de personas con cáncer avanzado (Project Cornerstone): Resultados de un ensayo piloto aleatorizado. *Cancer* 128:1321-1330, 2022

+ Show Citations | Referencia cruzada | PubMed | Google Académico

32. Ferrell B, Chung V, Hughes MT, et al.: Una intervención de cuidados paliativos para pacientes en estudios de fase 1. *J Palliat Med* 24:846-856, 2021

+ Show Citations | Referencia cruzada | PubMed | Google Académico

33. Treasure M, Daly B, Cao S, et al.: Un ensayo controlado aleatorizado de cuidados paliativos estructurados versus cuidados de soporte estándar para pacientes inscritos en ensayos clínicos de fase 1. *Cancer Med* 10:4312-4321, 2021

+ Show Citations | Referencia cruzada | PubMed | Google Académico

34. Milbury K, Li Y, Durrani S, et al.: Una intervención basada en la atención plena como estrategia de apoyo para pacientes con cáncer de pulmón de células no pequeñas metastásico y sus cónyuges: Resultados de un ensayo piloto aleatorizado y controlado de tres grupos. *Oncologist* 25:e1794-e1802, 2020

+ Show Citations | Referencia cruzada | PubMed | Google Académico

35. Aubin M, Vézina L, Verreault R, et al.: Un ensayo clínico aleatorizado que evalúa una intervención pragmática para mejorar los cuidados de apoyo a los cuidadores familiares de pacientes con cáncer de pulmón. *Palliat Support Care* 19:146-153, 2021

+ Show Citations | Referencia cruzada | PubMed | Google Académico

36. Maltoni M, Scarpi E, Dall'Agata M, et al: Cuidados paliativos tempranos sistemáticos versus a demanda: Resultados de un ensayo clínico multicéntrico aleatorizado. *Eur J Cancer* 65:61-68, 2016

+ Show Citations | Referencia cruzada | PubMed | Google Académico

37. Temel JS, Sloan J, Zemla T, et al.: Ensayo aleatorizado multicéntrico de cuidados paliativos y oncológicos tempranos e integrados en pacientes con cáncer de pulmón y gastrointestinal avanzado: Alliance A221303. *J Palliat Med* 23:922-929, 2020

+ Show Citations | Referencia cruzada | PubMed | Google Académico

38. Patel MI, Kapphahn K, Dewland M, et al.: Efecto de la intervención de un profesional de la salud comunitario en el uso de cuidados intensivos, la planificación anticipada de la atención y los resultados informados por los pacientes en adultos con cáncer en estadios avanzados: Un ensayo clínico aleatorizado. *JAMA Oncol* 8:1139-1148, 2022

+ Show Citations | PubMed | Google Académico

39. Teo I, Krishnan A, Lee GL.: Intervenciones psicosociales para pacientes con cáncer avanzado: Una revisión sistemática. *Psychooncology* 28:1394-1407, 2019

+ Show Citations | Referencia cruzada | PubMed | Google Académico

40. Fischer SM, Kline DM, Min SJ, et al: Efecto del ensayo "Apoyo con Cariño" de una intervención de guía de pacientes para mejorar los resultados de cuidados paliativos en adultos latinos con cáncer avanzado: Un ensayo clínico aleatorizado. *JAMA Oncol* 4:1736-1741, 2018

+ Show Citations | Referencia cruzada | PubMed | Google Académico

41. Porter LS, Steel JL, Fairclough DL, et al.: Entrenamiento de habilidades de afrontamiento del dolor guiado por cuidadores para pacientes con cáncer avanzado: Resultados de un ensayo clínico aleatorizado. *Palliat Med* 35:952-961, 2021

+ Show Citations | Referencia cruzada | PubMed | Google Académico

PDF

Ayuda

42. Schuit AS, Rienks MM, Hooghiemstra N, et al.: Alcance y eficacia de la aplicación de eSalud Oncokompas, que facilita a las parejas de pacientes con cáncer incurable la autogestión de sus necesidades de cuidado: Un ensayo controlado aleatorizado. *Support Care Cancer* 30:10191-10201, 2022

+ Show Citations | Referencia cruzada | PubMed | Google Académico

43. El-Jawahri A, Traeger L, Greer JA, et al.: Efecto de los cuidados paliativos hospitalarios durante el trasplante de células madre hematopoyéticas sobre el malestar psicológico 6 meses después del trasplante: Resultados de un ensayo clínico aleatorizado. *J Clin Oncol* 35:3714-3721, 2017

+ Show Citations | Referencia cruzada | PubMed | Google Académico

44. *Metodología de las directrices de la ASCO: Manual de metodología de las directrices de la ASCO* . https://society.asco.org/practice-pas/guidelines/guideline-methodology , 2023

Ir a Cita | Google Académico

PDF

Ayuda

45. Suplemento metodológico de las directrices de la ASCO, de Ferrell BR, et al.: Integración de los cuidados paliativos en la atención oncológica estándar: Actualización de las directrices de práctica clínica de la Sociedad Americana de Oncología Clínica. J Clin Oncol 35:96-112, 2017. https://ascopubs.org/doi/suppl/10.1200/jco.2016.70.1474/suppl_file/ms_2016.701474.pdf

Ir a Cita | Google Académico

46. Xu S, Wang X, Wang R.: Efectos de los cuidados paliativos integrados en la calidad de vida y el malestar psicológico en pacientes con cáncer avanzado: Una revisión sistemática y un metanálisis. *Ann Palliat Med* 11:2586-2599, 2022

Ir a Cita | Referencia cruzada | PubMed | Google Académico

47. Schenker Y, Bahary N, Claxton R, et al.: Un ensayo piloto de cuidados paliativos especializados tempranos para pacientes con cáncer de páncreas avanzado: Desafíos encontrados y lecciones aprendidas. *J Palliat Med* 21:28-36, 2018

Ir a Cita | Referencia cruzada | PubMed | Google Académico

48. Zimmermann C, Buss MK, Rabow MW, et al.: ¿Deberían las clínicas de cuidados paliativos ambulatorios en centros oncológicos ser independientes o estar integradas? *J Pain Symptom Manage* 65:e165-e170, 2023

Ir a Cita | Referencia cruzada | PubMed | Google Académico

49. Sedhom R, Shulman LN, Parikh RB: Cuidados paliativos de precisión como solución pragmática para un problema de prestación de atención. *J Clin Oncol* 41:2888-2892, 2023

+ Show Citations | Referencia cruzada | PubMed | Google Académico

50. Epstein RM, Duberstein PR, Fenton JJ, et al.: Efecto de una intervención de comunicación centrada en el paciente en la comunicación oncólogo-paciente, la calidad de vida y la utilización de la atención médica en el cáncer avanzado: El ensayo clínico aleatorizado VOICE. *JAMA Oncol* 3:92-100, 2017

Ir a Cita | PubMed | Google Académico

51. Chambers SK, Occhipinti S, Foley E, et al.: Terapia cognitiva basada en mindfulness en el cáncer de próstata avanzado: Un ensayo controlado aleatorizado. *J Clin Oncol* 35:291-297, 2017

+ Show Citations | Referencia cruzada | PubMed | Google Académico

52. Mosher CE, Secinti E, Johns SA, et al.: Análisis del efecto de la ayuda entre pares en una intervención de afrontamiento: Un ensayo controlado aleatorizado para pacientes con cáncer gastrointestinal avanzado y sus cuidadores familiares. *Qual Life Res* 27:515-528, 2018

+ Show Citations | Referencia cruzada | PubMed | Google Académico

53. Holm M, Årestedt K, Carlander I, et al.: Efectos a corto y largo plazo de una intervención psicoeducativa grupal para cuidadores familiares en cuidados paliativos domiciliarios: resultados de un ensayo clínico aleatorizado. *Psychooncology* 25:795-802, 2016

+ Show Citations | Referencia cruzada | PubMed | Google Académico

54. von Heymann-Horan A, Bidstrup PE, Johansen C, et al.: Afrontamiento diádico en intervenciones especializadas de cuidados paliativos para pacientes con cáncer avanzado y sus cuidadores: Efectos y mediación en un ensayo controlado aleatorizado. *Psychooncology* 28:264-270, 2019

+ Show Citations | Referencia cruzada | PubMed | Google Académico

55. Chow R, Mathews JJ, Cheng EY, et al.: Intervenciones para mejorar los resultados de los cuidadores de pacientes con cáncer avanzado: Un metanálisis. *J Natl Cancer Inst* 115:896-908, 2023

Ir a Cita | Referencia cruzada | PubMed | Google Académico

56. Shao CC, McLeod MC, Gleason LT, et al.: Inequidad en el uso de la telemedicina entre pacientes con cáncer en el sur profundo durante la pandemia de COVID-19. *Oncologist* 27:555-564, 2022

Ir a Cita | Referencia cruzada | PubMed | Google Académico

57. Waseem N, Boulanger M, Yanek LR, et al.: Disparidades en el éxito de la telemedicina y su asociación con resultados adversos en pacientes con cáncer torácico durante la pandemia de COVID-19. *JAMA Netw Open* 5:e2220543, 2022

Ir a Cita | Referencia cruzada | PubMed | Google Académico

58. Greer JA, Jacobs J, Pensak N, et al.: Ensayo aleatorizado de una aplicación móvil de terapia cognitivo-conductual personalizada para la ansiedad en pacientes con cáncer incurable. *Oncologist* 24:1111-1120, 2019

Ir a Cita | Referencia cruzada | PubMed | Google Académico

59. Hancock K, Clayton JM, Parker SM, et al.: La verdad al discutir el pronóstico en enfermedades avanzadas que limitan la vida: Una revisión sistemática. *Palliat Med* 21:507-517, 2007

Ir a Cita | Referencia cruzada | PubMed | Google Académico

60. Johnson CE, Girgis A, Paul CL, et al.: Prácticas y percepciones de los especialistas en cáncer en la derivación a cuidados paliativos: Resultados de una encuesta nacional. *Palliat Med* 22:51-57, 2008

Ir a Cita | Referencia cruzada | PubMed | Google Académico

61. Odejide OO, Cronin AM, Earle CC, et al.: ¿Por qué los pacientes con cáncer de sangre tienen mayor probabilidad de morir sin cuidados paliativos? *Cancer* 123:3377-3384, 2017

Ir a Cita | Referencia cruzada | PubMed | Google Académico

62. Bellhouse S, Galvin L, Turner L, et al.: Ensayos oncológicos de fase I: Un estudio cualitativo de cuidados paliativos especializados. *BMJ Support Palliat Care* 10:234-241, 2020

Ir a Cita | Referencia cruzada | PubMed | Google Académico

63. LeBlanc TW, Roeland EJ, El-Jawahri A.: Cuidados paliativos tempranos para pacientes con neoplasias hematológicas: ¿Es realmente tan difícil lograrlos? *Curr Hematol Malig Rep* 12:300-308, 2017

Ir a Cita | Referencia cruzada | PubMed | Google Académico

64. Finlay E, Lu HL, Henderson HR, et al.: ¿Tienen los pacientes en fase 1 mayores necesidades de cuidados paliativos en comparación con otros pacientes con cáncer? *Cancer* 115:446-453, 2009

+ Show Citations | Referencia cruzada | PubMed | Google Académico

65. Chihara D, Lin R, Flowers CR, et al.: Desarrollo temprano de fármacos en tumores sólidos: Análisis de ensayos de fase 1 patrocinados por el Instituto Nacional del Cáncer. *Lancet* 400:512-521, 2022

Ir a Cita | Referencia cruzada | PubMed | Google Académico

66. Paluri RK, Li P, Anderson A, et al.: Primeros ensayos clínicos de fase 1 en humanos: una experiencia en un solo centro en la era de la oncoterapia moderna. *Sci Rep* 10:7935, 2020

PDF

Ayuda

Ir a Cita | Referencia cruzada | PubMed | Google Académico

67. Sun V, Cooke L, Chung V, et al.: Viabilidad de una intervención de cuidados paliativos para pacientes con cáncer en ensayos clínicos de fase I. *J Palliat Med* 17:1365-1368, 2014

Show Citations | Referencia cruzada | PubMed | Google Académico

68. George GC, Iwuanyanwu EC, Anderson KO, et al.: Calidad del sueño y su asociación con la fatiga, la carga sintomática y el estado de ánimo en pacientes con cáncer avanzado en una clínica para ensayos clínicos oncológicos de fase temprana. *Cancer* 122:3401-3409, 2016

Ir a Cita | Referencia cruzada | PubMed | Google Académico

69. Sedhom R, Blackford AL, Gupta A, et al.: Características al final de la vida asociadas con una corta estancia en cuidados paliativos pa pacientes con tumores sólidos inscritos en ensayos clínicos de fase I. *J Natl Compr Canc Netw* 19:686-692, 2021

Show Citations | Referencia cruzada | PubMed | Google Académico

70. Ferrell BR, Chung V, Koczywas M, et al: Cuidados paliativos y ensayos de fase 1: Intervención para mejorar la calidad de vida y brindar educación. *Clin J Oncol Nurs* 21:473-479, 2017

Show Citations | PubMed | Google Académico

71. Ferrell BR, Paterson CL, Hughes MT, et al.: Características de los participantes inscritos en un ensayo controlado aleatorizado de cuidados paliativos para pacientes en estudios de fase I. *J Palliat Med* 20:1338-1344, 2017

Show Citations | Referencia cruzada | PubMed | Google Académico

72. Sedhom R, Ferrell B, Ruel N, et al.: Uso de los resultados informados por los pacientes para describir su experiencia en ensayos clínicos de fase I. *JNCI Cancer Spectr* 4:pkaa067, 2020

Show Citations | Referencia cruzada | PubMed | Google Académico

73. Ulrich CM, Knafl K, Foxwell AM, et al.: Experiencias de pacientes tras la retirada de ensayos clínicos oncológicos. *JAMA Netw Open* 4:e2120052, 2021

Show Citations | Referencia cruzada | PubMed | Google Académico

74. Meyers FJ, Carducci M, Loscalzo MJ, et al.: Efectos de una intervención de resolución de problemas (COPE) en la calidad de vida de pacientes con cáncer avanzado en ensayos clínicos y sus cuidadores: Intervención educativa de cuidados simultáneos (SCEI): Vinculación de la atención paliativa con los ensayos clínicos. *J Palliat Med* 14:465-473, 2011

Ir a Cita | Referencia cruzada | PubMed | Google Académico

75. Patel MI, Lopez AM, Blackstock W, et al.: Disparidades en el cáncer y equidad en salud: Declaración de política de la Sociedad Americana de Oncología Clínica. *J Clin Oncol* 38:3439-3448, 2020

Show Citations | Referencia cruzada | PubMed | Google Académico

76. Howlader N, Noone AM, Krapcho M, et al.: *Revisión de estadísticas de cáncer de SEER, 1975-2013* . Bethesda, MD, Instituto Nacional del Cáncer, 2016. http://seer.cancer.gov/csr/1975_2013/ , basado en el envío de datos de SEER de noviembre de 2015, publicado en el sitio web de SEER.

Ir a Cita | Google Académico

77. Mead H, Cartwright-Smith L, Jones K, et al.: *Disparidades raciales y étnicas en la atención médica estadounidense: Un libro de gráficos* . Nueva York, NY, The Commonwealth Fund, 2008

Google Académico

78. Sociedad Americana del Cáncer: *Datos y cifras sobre el cáncer en afroamericanos 2016-2018* . Atlanta, GA, Sociedad Americana del Cáncer, 2016. http://www.cancer.org/acs/groups/content/@editorial/documents/document/acspc-047403.pdf

Google Académico

PDF

Ayuda

79. Grupo de Trabajo de Estadísticas del Cáncer de EE. UU.: *Estadísticas del Cáncer en Estados Unidos: Informe web sobre incidencia y mortalidad 1999-2012* . Atlanta, GA, Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades e Instituto Nacional del Cáncer, 2015

Ir a Cita | Google Académico

80. Hui D, De La Rosa A, Chen J, et al.: Estado de los servicios de cuidados paliativos en centros oncológicos de EE. UU.: Una encuesta nacional actualizada. *Cancer* 126:2013-2023, 2020

Ir a Cita | Referencia cruzada | PubMed | Google Académico

81. Carter J, Lacchetti C, Andersen BL, et al.: Intervenciones para abordar problemas sexuales en personas con cáncer: Adaptación de la guía de práctica clínica de la Sociedad Americana de Oncología Clínica de la guía de Atención Oncológica de Ontario. *J Clin Oncol* 36:49 511, 2018

Ir a Cita | Referencia cruzada | PubMed | Google Académico

82. Gilligan T, Coyle N, Frankel RM, et al.: Comunicación entre paciente y médico: Guía de consenso de la Sociedad Americana de Oncología Clínica. *J Clin Oncol* 35:3618-3632, 2017

Ir a Cita | Referencia cruzada | PubMed | Google Académico

83. Zon RT, Kennedy EB, Adelson K, et al.: Telesalud en oncología: Estándares y recomendaciones de la ASCO. *JCO Oncol Pract* 17:546-564, 2021

Ir a Cita | Referencia cruzada | PubMed | Google Académico

84. Paice JA, Bohlke K, Barton D, et al.: Uso de opioides en adultos con dolor por cáncer o tratamiento oncológico: Guía de la ASCO. *J Clin Oncol* 41:914-930, 2023

Ir a Cita | Referencia cruzada | PubMed | Google Académico

85. Paice JA, Portenoy R, Lacchetti C, et al.: Manejo del dolor crónico en sobrevivientes de cáncer en adultos: Guía de práctica clínica de la Sociedad Americana de Oncología Clínica. *J Clin Oncol* 34:3325-3345, 2016

Ir a Cita | Referencia cruzada | PubMed | Google Académico

86. Dale W, Klepin HD, Williams GR, et al.: Evaluación práctica y manejo de las vulnerabilidades en pacientes mayores que reciben terapia sistémica contra el cáncer: Actualización de las directrices de la ASCO. *J Clin Oncol* 41:4293-4312, 2023

Ir a Cita | Referencia cruzada | PubMed | Google Académico

87. Ferrell BR, Twaddle ML, Melnick A, et al.: Guías de práctica clínica del Proyecto de Consenso Nacional para Cuidados Paliativos de Calidad, 4.ª edición. *J Palliat Med* 21:1684-1689, 2018

Ir a Cita | Referencia cruzada | PubMed | Google Académico

88. Sawhney M, Flechter G, Rice J: *Directrices para el manejo del dolor en pacientes con cáncer y/o cuidados paliativos* . Toronto, Ontario, Cancer Care Ontario, 2017. Resumen de la evidencia del Programa de Atención Basada en la Evidencia n.° 18-4.

Ir a Cita | Google Académico

89. Cuidados paliativos para pacientes con cáncer: Directrices de la Red Nacional Integral del Cáncer. *Am Fam Physician* 106:102-103, 2022

Ir a Cita | PubMed | Google Académico

90. Griggs J, Maingi S, Blinder V, et al.: Declaración de postura de la Sociedad Americana de Oncología Clínica: Estrategias para reducir las disparidades en salud relacionadas con el cáncer entre las minorías sexuales y de género. *J Clin Oncol* 35:2203-2208, 2017

Ir a Cita | Referencia cruzada | PubMed | Google Académico

91. Alpert AB, Gampa V, Lytle MC, et al.: No me voy a poner ese vestido de flores: Imposición y resistencia a las expectativas de género para personas transgénero con cáncer. *Patient Educ Couns* 104:2552-2558, 2021

PDF

Ayuda

+ Show Citations | Referencia cruzada | PubMed | Google Académico

92. Alpert AB, Komatsoulis GA, Meersman SC, et al.: Identificación de personas transgénero con cáncer en historias clínicas electrónicas: Recomendaciones basadas en observaciones de CancerLinQ. *JCO Oncol Pract* 17:e336-e342, 2021

Referencia cruzada | PubMed | Google Académico

93. Programa de Salud de Afirmación de Género de la UCSF DoFaCM, Universidad de California en San Francisco: Programa de Salud de Afirmación de Género de la UCSF, Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria, Universidad de California en San Francisco: *Pautas para la atención primaria y de afirmación de género de personas transgénero y de género no binario* , en alemán MB (ed): (ed 2), 2016. transcare.ucsf.edu/guidelines

Google Académico

94. *Entendiendo a las personas transgénero: Conceptos básicos* . Centro Nacional para la Igualdad Transgénero. https://transequality.org/es/resources/understanding-transgender-people-the-basics , 2022

Ir a Cita | Google Académico

PDF

Ayuda

SHOW FEWER

Artículos recomendados

RESÚMENES DE DIRECTRICES | DE NOVIEMBRE DE 2016

Integración de los cuidados paliativos en la atención oncológica estándar: Resumen de la actualización de las guías de práctica clínica de la ASCO

INTEGRACIÓN Y PRESTACIÓN DE CUIDADOS PALIATIVOS Y DE APOYO | NOVIEMBRE DE 2018

Informe de directrices de la ASCO: Cuidados paliativos en el entorno global: Guía de práctica estratificada por recursos de la ASCO.

INTEGRACIÓN Y PRESTACIÓN DE CUIDADOS PALIATIVOS EN LA ATENCIÓN ONCOLÓGICA. | OCTUBRE DE 2015.

Definición de cuidados paliativos de alta calidad en la práctica oncológica: una declaración de orientación de la ASCO/AAHPM.

ARTÍCULO ESPECIAL DE ASCO | OCTUBRE DE 2016

Integración de los cuidados paliativos en la atención oncológica estándar: actualización de las directrices de práctica clínica de la Sociedad Estadounidense de Oncología Clínica

ARTÍCULOS ESPECIALES | MAYO 2024

Cuidados paliativos para pacientes con cáncer: Perspectivas clínicas de las directrices de la ASCO

Ver texto completo | Descargar PDF

ASOCIACIÓN ESTADOUNIDENSE DE SOCIEDADES DE INGENIEROS
Acerca de ASCO
Centro de prensa
Reuniones y educación
Contáctenos

SITIOS WEB DE ASCO
asco.org
Centro de Carreras de ASCO
Conquistar el cáncer

Sociedad Americana de Oncología Clínica
2318 Mill Road, Suite 800, Alexandria, VA 22314
© 2025 Sociedad Americana de Oncología Clínica

Mapa del sitio | Condiciones de uso | política de privacidad | Galletas

PDF

Ayuda

INFORME DE BUSQUEDA DE INFORMACIÓN

GPC MANEJO ANESTESICO EN PACIENTE

En las instalaciones del HOSPITAL DE CUSCO reunidos el grupo de revisión y búsqueda de la guía de practica clínica.

Siendo los integrantes:

1. Dra. Sara Liz Briceño Amaya
2. Dr. Rafael Aragón Garcés
3. Dra. Wendy Yanette Alegria Oblitas
4. Dra. Katherine Quiroga Quispe

Se procede a la búsqueda de información en Google, y a continuación se detalla los links de búsqueda

I. **Manejo del dolor oncológico y no oncológico, se eligieron 02 guías:**

a) Guía para el abordaje interdisciplinar del dolor oncológico. Procedencia: España. Año: 2017.
https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/Guia_GADO_dolor_oncologico.pdf

b) NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Adult Cancer Pain Version 3.2019 Procedencia: U.S.A. Año: 2019.
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31390582/

II. Guía de tratamiento en Cuidados Paliativos, se eligieron 02 guías:

a) Orientación técnica cuidados paliativos universales. Procedencia: Chile. Año: 2022.

https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2023/01/Orientacion-Tecnica-Cuidados-Paliativos-Universales.pdf

b) Palliative Care for Patients With Cancer: ASCO Guideline Update. Procedencia: U.S.A. Año: 2024

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38748941/

Finalmente, se seleccionan las siguiente GPC, para su revisión y aplicación del AGREE.

I. Para el primer tema "Manejo del dolor oncológico", guía ganadora para adopción: NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Adult Cancer Pain Version 3.2019 Procedencia: U.S.A. Año: 2019.

II. Para el segundo tema "Guía de tratamiento en Cuidados Paliativos",guía ganadora para adopción:
Palliative Care for Patients With Cancer: ASCO Guideline Update. Procedencia: U.S.A. Año: 2024

Rafael Aragón Garces
MEDICO ANESTESIOLOGO
CMP 55450 RNE 46850
RNA A05094

Sara Liz Briceño Amaya
ANESTESIÓLOGA
CMP. 71424 RNE: 46360

Dra. Wendy Y Alegria Oblitas
ANESTESIOLOGA
CMP. 72904 RNE. 48802

Dra. Katherine Quiroga Quispe
ANESTESIOLOGA
CMP 82094 RNE E.T.

Escaneado con CamScanner

EVALUACIÓN AGREE II DE GPC

GUIA DE PRACTICA CLINICA: "Palliative Care for Patients With Cancer: ASCO Guideline Update, Procedencia: U.S.A. Año: 2024"

DOMINIOS	EV. 1	EV.2	EV. 3	PUNTAJE FINAL	%
Dominio 1. Alcance y Objetivo					
1. El(los) objetivo(s) general(es) de la guía está(n) específicamente descrito(s).	7	7	6	20	83.33333333
2. El(los) aspecto(s) de salud cubierto(s) por la guía específicamente descrito(s).	5	5	6	16	
3. La población (pacientes, público, etc.) a la cual se pretende aplicar la guía está específicamente descrita.	6	6	6	18	
Puntaje	18	18	18	54	
Dominio 2. Participación de los implicados					
4. El grupo que desarrolla la guía incluye individuos de todos los grupos profesionales relevantes.	7	5	7	19	79.62962963
5. Se han tenido en cuenta los puntos de vista de la población diana (pacientes, público, etc.)	6	6	5	17	
6. Los usuarios diana de la guía están claramente definidos.	6	5	5	16	
Puntaje	19	16	17	52	
Dominio 3. Rigor en la elaboración					
7. Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia.	7	6	7	20	81.94444444
8. Los criterios para seleccionar la evidencia se describen con claridad.	5	6	5	16	
9. Las fortalezas y limitaciones del conjunto de la evidencia están claramente descritas.	5	5	6	16	
10. Los métodos utilizados para formular las recomendaciones están claramente descritos.	5	6	6	17	
11. Al formular las recomendaciones han sido considerados los beneficios en salud, los efectos secundarios y los riesgos.	5	7	6	18	
12. Hay una relación explícita entre cada una de las recomendaciones y las evidencias en las que se basan.	7	7	6	20	
13. La guía ha sido revisada por expertos externos antes de su publicación.	7	5	6	18	
14. Se incluye un procedimiento para actualizar la guía.	5	6	6	17	
Puntaje	46	48	48	142	
Domino 4. Claridad de la presentación					
15. Las recomendaciones son especificas y no son ambiguas.	7	5	5	17	83.33333333
16. Las distintas opciones para el manejo de la enfermedad o condición de salud se presentan claramente.	7	5	6	18	
17. Las recomendaciones clave son fácilmente identificables.	7	7	5	19	
Puntaje	21	17	16	54	
Dominio 5. Aplicabilidad					
18. La guía describe factores facilitadores y barreras para su aplicación.	6	6	6	18	81.94444444
19. La guía proporciona consejo y/o herramientas sobre cómo las recomendaciones pueden ser llevadas a la práctica.	6	7	7	20	
20. Se han considerado las posibles implicaciones de la aplicación de las recomendaciones, sobre los recursos.	5	5	5	15	
21. La guía ofrece criterios para monitorización y/o auditoría.	5	6	7	18	
Puntaje	22	24	25	71	
Domino 6. Independencia editorial					
22. Los puntos de vista de la entidad financiadora no han influido en el contenido de la guía.	7	5	5	17	83.33333333
23. Se han registrado y abordado los conflictos de interes de los miembros del grupo elaborador de la guía.	7	5	7	19	
Puntaje	14	10	12	36	

EVALUACIÓN GLOBAL DE LA GUÍA

1. Puntúe la calidad global de la guía, entre 1 (la calidad más baja posible) a 7 (la calidad más alta posible).	6
2. ¿Recomendaría esta guía para su uso? (marque con una "X")	
Si	X
Si, con modificaciones	
No	

EVALUADORES:
EV1. Dra. Wendy Alegria
EV2. Dra. Sara Liz Briceño Amaya
EV3. Dr. Rafael Aragon Garcés

JUSTIFICACIÓN:

1. Fortalezas: define con precisión el propósito y población objetivo, panel equilibrado y diverso, Uso de revisión sistemática con criterios explícitos, Reconoce limitaciones en países con bajos recursos, Detalle claro de manejo de conflictos.
2. Debilidad: podría ampliarse más sobre subgrupos vulnerables, no se detallan mecanismos de selección, algunas recomendaciones basadas en consenso informal, no incluye herramientas especificas para implementación.

57.

Dra. Wendy Alegría Macas
CMP. 72[illegible] RNE. 46302

Sara Liz Briceño Amaya
ANESTESIOLOGA
CMP. 71424 RNE: 46360

Rafael [illegible]
MÉDICO ANESTESIOLOGO
CMP 5646 RNE 46850
RNA A06094

Dra. Katherine Quiroga [illegible]
ANESTESIOLOGA
CMP 62094 RNE [illegible]

Escaneado con CamScanner