



Ciencia Latina
Internacional

Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), noviembre-diciembre 2024,
Volumen 8, Número 6.

https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i6

**CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS Y
HOSPITALARIOS: PRINCIPALES DIFERENCIAS DE
COSTOS E IMPACTO PSICOSOCIAL DE LOS
PACIENTES Y SUS FAMILIARES**

**HOME AND HOSPITAL PALLIATIVE CARE: MAIN
DIFFERENCES IN COSTS AND PSYCHOSOCIAL IMPACT ON
PATIENTS AND THEIR FAMILIES**

Gianella Marcela Ávila Alcivar
Universidad Católica Santiago de Guayaquil

Ericka Magdalena Parra Gavilanes
Universidad Católica Santiago de Guayaquil

Mariana Concepcion Vallejo Martinez
Universidad Católica Santiago de Guayaquil

DOI: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i6.15412

Cuidados Paliativos Domiciliarios y Hospitalarios: Principales diferencias de costos e impacto psicosocial de los pacientes y sus familiares

Gianella Marcela Ávila Alcivar¹

dra.gavilaa@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-5571-4786>

Médico Posgradista de Cuidados Paliativos
Universidad Católica Santiago de Guayaquil
Hospital Solca

Ericka Magdalena Parra Gavilanes

ericka.parra@solca.med.ec

<https://orcid.org/0009-0003-6788-7291>

Médico especialista en Cuidados Paliativos y
Tanatología
Universidad Católica Santiago de Guayaquil

Mariana Concepcion Vallejo Martinez

mariana.vallejo@solca.med.ec

<https://orcid.org/0000-0001-5727-262X>

Médico especialista en Anestesiología y Master
en Cuidados Paliativos
Universidad Católica Santiago de Guayaquil

RESUMEN

Los cuidados paliativos tienen como objetivo mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedades terminales y sus familias, pueden administrarse en entornos hospitalarios o domiciliarios. La elección entre estos dos modelos de atención tiene implicaciones muy relevantes en factores como los costos, comodidad para el paciente y apoyo a los familiares. Esta revisión bibliográfica tiene como objetivo analizar las diferencias entre los cuidados paliativos domiciliarios y hospitalarios, enfocándose en aspectos cruciales como la calidad de vida de los pacientes, los costos asociados y la perspectiva de los familiares durante el curso de la enfermedad al final de la vida. Se compararán ambos escenarios para ofrecer una visión comprensiva de las ventajas y desventajas de cada modalidad de atención. Los cuidados domiciliarios permiten que el paciente permanezca rodeado de un entorno familiar, lo podría contribuir con el bienestar emocional y psicológico. Sin embargo, los cuidados hospitalarios proporcionan un acceso inmediato a recursos médicos avanzados y personal especializado, siendo bastante útil en situaciones de emergencia o complicaciones inesperadas.

Palabras Claves: cuidados paliativos, calidad de vida, hospitalización, costos, bienestar

¹ Autor principal

Correspondencia: dra.gavilaa@gmail.com

Home and Hospital Palliative Care: Main differences in costs and psychosocial impact on patients and their families

ABSTRACT

Palliative care aims to improve the quality of life for patients with terminal illnesses and their families and can be administered in hospital or home settings. The choice between these two models of care has significant implications for factors such as costs, patient comfort, and family support. This literature review aims to analyze the differences between home-based and hospital-based palliative care, focusing on crucial aspects such as patient quality of life, associated costs, and the perspective of family members during the end-of-life course. Both scenarios will be compared to provide a comprehensive view of the advantages and disadvantages of each care modality. Home-based care allows the patient to remain in a familiar environment, which can contribute to emotional and psychological well-being. However, hospital-based care provides immediate access to advanced medical resources and specialized personnel, which is highly beneficial in emergency situations or unexpected complications.

Keywords: palliative care, quality of life, hospitalization, costs, well-being

Artículo recibido 10 octubre 2024

Aceptado para publicación: 18 noviembre 2024



INTRODUCCIÓN

Los cuidados paliativos (CP) incluyen una atención médica con un enfoque integral que tiene como objetivo mejorar la calidad de vida de pacientes con enfermedades degenerativas o terminales, aliviando el dolor y otros síntomas incapacitantes, también ofrece apoyo emocional y psicológico tanto a los pacientes como a sus familiares. Actualmente existen cinco modelos de prestación de cuidados paliativos disponibles para pacientes oncológicos: cuidados paliativos basados en el hospital, cuidados paliativos ambulatorios, cuidados paliativos domiciliarios, cuidados paliativos en residencias de ancianos y cuidados paliativos en hospicios. Todos los modelos de atención paliativa brindan ventajas y desventajas, de acuerdo con la situación individual de cada paciente, generalmente los CP domiciliarios otorga beneficios en términos de costos y satisfacción de los pacientes y sus familiares ¹⁻².

Las guías actuales se encuentran respaldadas por la evidencia que subraya la importancia de integrar los CP en el tratamiento oncológico. Se recomienda que los oncólogos deriven a los pacientes con tumores sólidos avanzados y enfermedades hematológicas malignas a equipos interdisciplinarios de esta rama, el personal de salud especializado debe proporcionar atención médica ambulatoria como hospitalaria desde las etapas iniciales de la enfermedad, en paralelo con el tratamiento activo del cáncer. Los oncólogos pueden derivar a los cuidadores, incluyendo familiares y amigos cercanos, a estos equipos de CP para brindarles apoyo adicional³.

El costo de los CP domiciliarios suele ser significativamente más económico que la atención hospitalaria. Uno de los aspectos principales de la atención hospitalaria son elevados costos asociados a la hospitalización, como el uso de infraestructura y la atención multidisciplinaria. La atención domiciliaria, implica menor gasto en instalaciones, permitiendo que los recursos se utilicen de manera más eficiente. Los equipos de CP en el hogar suelen ser más pequeños y, aunque los costos de los profesionales que visitan el hogar (como médicos, enfermeras y terapeutas) pueden ser elevados, representan un costo menor que el de una estancia hospitalaria prolongada ⁴.

Con respecto a la satisfacción tanto de los pacientes y sus familias suelen reportar una mayor satisfacción con la atención en el hogar, porque los pacientes permanecen en un ambiente familiar, aquello puede contribuir a una sensación de mayor confort y control. La atención personalizada que ofrece el modelo domiciliario también permite una atención más centrada en las necesidades físicas, emocionales y

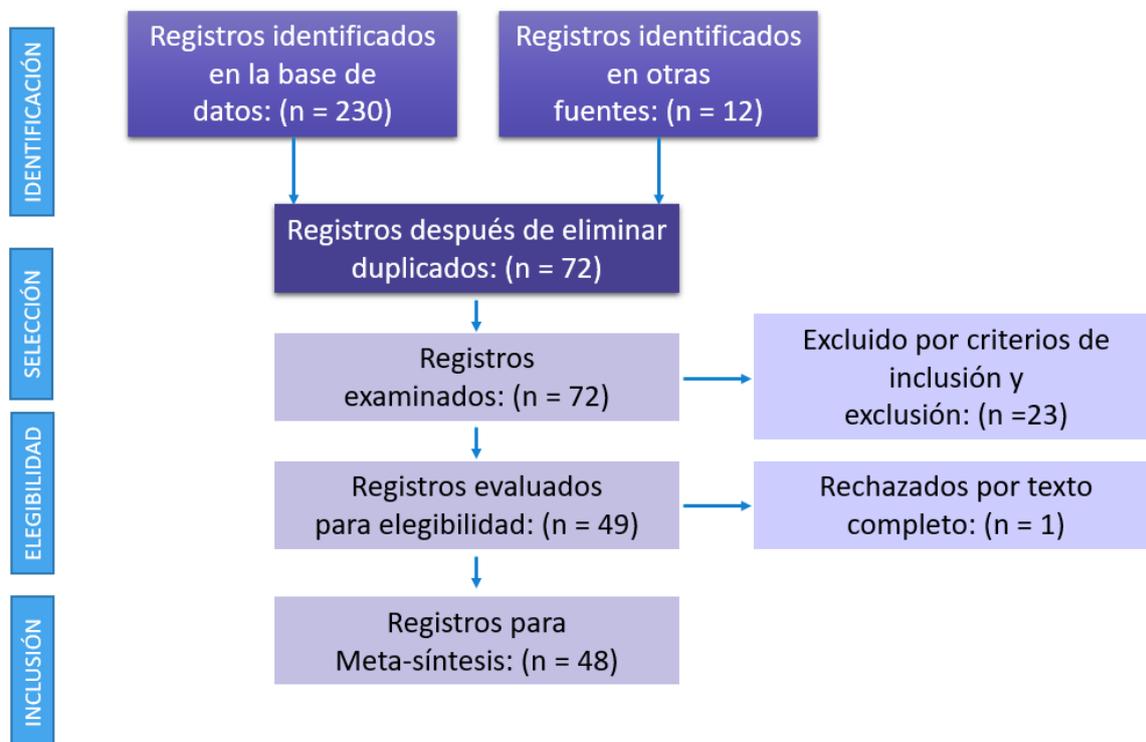


psicológicas del paciente y de sus familiares. Aquello no excluye la necesidad de la atención hospitalaria en situaciones de emergencia o cuando el control de los síntomas no es posible en el hogar⁵.

METODOLOGÍA

La revisión bibliográfica de artículos se basó en la búsqueda de artículos en revistas indexadas internacionales como Scopus, Web of Science, Scielo, BMI, etc. Es un método esencial para sintetizar la evidencia existente sobre las diferencias de eficacia, costos y comodidad de los pacientes con cuidados paliativos domiciliarios y hospitalarios y sus familiares. Se tomaron como referencias bibliografías publicadas desde el 2019 hasta el 2020. Para llevar a cabo una revisión exhaustiva y sistemática de la literatura, se emplea el flujograma PRISMA.

Fig. 1 Flujograma Prisma



Cuidados paliativos en el Hogar

La mayoría de los estudios realizados acerca los beneficios de los cuidados paliativos en el hogar para los pacientes, sus familias y los sistemas de salud revelan el impacto positivo en la reducción de costos y la mejora en la utilización de recursos médicos. En comparación con la atención habitual, la implementación de atención paliativa domiciliaria reducir significativamente los costos y la utilización de los recursos existentes en diversas poblaciones, incluyendo ancianos de alto riesgo, pacientes

oncológicos con enfermedades terminales como la insuficiencia renal terminal, EPOC en estadios avanzados y enfermedades degenerativas. La evidencia de los CP domiciliarios agrega un valor considerable a la atención habitual se ha documentado en diversos países, como Australia, Bélgica, Canadá, Inglaterra, Irlanda, Italia y Estados Unidos⁶.

De acuerdo con un análisis retrospectivo de un Programa de Ahorros Compartidos de Medicare en conjunto con la Dra. Lustbader y asociados revelaron que con la inscripción de un programa de atención paliativa en el hogar resultó en una reducción significativa de los costos por paciente durante los últimos tres meses de vida. Uno de los factores determinantes detrás de esta reducción fue la disminución del gasto en la Parte A de Medicare, relacionado con una mayor probabilidad de fallecimiento en el hogar y el uso prolongado de servicios de hospicio. La evidencia sugiere que los programas de CP en el hogar, representa una mejora en la calidad de vida de los pacientes porque les permite pasar sus últimos días en la comodidad de su hogar, y refleja un alivio de la carga emocional y financiera de sus familias⁷. Esto resalta aún más la importancia de considerar y expandir los cuidados paliativos en el hogar como una opción viable y beneficiosa dentro de los sistemas de salud globales⁸.

De acuerdo a Luta et al 2021 en su revisión bibliográfica analizó diversos artículos sobre los CP en donde se reveló que aproximadamente el 76% de los cuidados realizados en el domicilio representaron una mejora significativa en cuanto a la utilización de recursos que involucren la atención médica y también en los costos; la mayoría de la evidencia se obtuvo de diseños cuasi-experimentales. También concluyó que los costos la atención domiciliaria representó una reducción de los costos institucionales y no institucionales, de medicamentos y, en un estudio, costos de atención informal. Sin embargo, dentro del mismo estudio, un bajo porcentaje de revisiones bibliográficas encontraron evidencia de calidad relativamente baja sobre el hecho que las intervenciones a domicilio podrían reducir los costos de atención médica, y los costos incluidos variaron entre los estudios⁹⁻¹⁰.

Telemedicina para cuidados paliativos en el hogar

Dentro de las implicaciones y riesgos éticos de la telemedicina se tomaron en cuenta la opinión del equipo multidisciplinario de medicina oncológica, pacientes y familiares o sus cuidadores, basados en percepciones y experiencias personales sobre la telemedicina en cuidados paliativos, de aquella manera

se pudo identificar los riesgos asociados a este tipo de atención médica, las preocupaciones de los pacientes y los obstáculos inherentes¹¹.

La atención mediante telemedicina en pacientes paliativos tiende a enfocarse más en los problemas físicos de los pacientes, dejando otros factores importantes de la atención médica en segundo plano. Los profesionales de la salud consideran aquello como un posible riesgo que vulnera la responsabilidad ética, especialmente cuando no pueden apoyar a las familias y pacientes a largo plazo debido a la distancia física quedando expuesta la deshumanización de la atención médica¹².

También se identificaron riesgos relacionados a experiencias negativas con la tecnología necesaria para la telemedicina, tanto los pacientes como sus familiares consideran que existe una vulnerabilidad de la historia clínica del paciente. Algunos cuidadores mencionaron la existencia de problemas de conexión y los retrasos en la transmisión de sonido o imagen, estos obstáculos para la comunicación afectaron la relación en momentos vulnerables y emocionales. Los pacientes y sus familiares señalaron problemas éticos relacionados con la discriminación de los usuarios, como en el caso de los ancianos, así como la discriminación social y económica derivada de infraestructuras de apoyo y políticas de salud inadecuadas¹³.

Prescripción en Cuidados Paliativos

El objetivo de los cuidados paliativos es mantener la mejor calidad de vida (QoL, por sus siglas en inglés) posible. Cuando los pacientes entran en una fase paliativa, se recomienda una evaluación de la medicación en curso, equilibrando los beneficios de cada medicamento contra los posibles daños y discontinuar los fármacos cuando los efectos adversos superan los beneficios. Aquello puede resultar como una tarea difícil de determinar, especialmente con medicamentos preventivos, como las estatinas o los antihipertensivos, cuyos objetivos a largo plazo son poco relevantes para pacientes con pocos meses de vida. Dichos fármacos pueden causar efectos secundarios que pueden resultar incómodos a medida que la salud del paciente se deteriora y su capacidad para eliminar fármacos se encuentra reducida. El riesgo de interacciones medicamentosas aumenta con la cantidad de medicamentos que toma el paciente, por lo que es importante priorizar aquellos que proporcionan alivio sintomático inmediato, como analgésicos, ansiolíticos y antieméticos¹⁴⁻¹⁵.

En la actualidad existen desafíos acerca de la prescripción en CP significativos debido a la heterogeneidad en las poblaciones estudiadas, los entornos, los puntos de evaluación de los diferentes tipos de atención paliativa y la información reportada para los resultados clave, lo que afecta la aplicabilidad de los hallazgos. Un estudio internacional en Europa encontró una gran variación en los servicios y pacientes atendidos en centros de cuidados paliativos. También muchos estudios se vieron limitados por su diseño de sitio único para la recolección de datos, por lo que los conjuntos de datos poblacionales o los registros clínicos pueden ayudar a obtener hallazgos más generalizables y examinar tendencias longitudinales ¹⁶.

Actualmente se han desarrollado diversas herramientas y sistemas de clasificación para ayudar a identificar medicamentos potencialmente innecesarios (MPI) hacia el final de la vida. Acorde a la investigación realizada por Marin et al. desarrollaron un sistema de clasificación para evaluar si los medicamentos son adecuados, cuestionables o inadecuados para adultos mayores al final de la vida. Es importante reconocer que el concepto de prescripción potencialmente inapropiada es más amplio que la sobremedicación (prescripción sin indicación clínica) y la mala prescripción (dosis, frecuencias o duraciones incorrectas que aumentan el riesgo de eventos adversos). Sin embargo, las herramientas existentes se centran principalmente en la prescripción de MPI. También se ha encontrado evidencia que apoya la discontinuación de medicamentos preventivos, como las estatinas, hacia el final de la vida¹⁷⁻¹⁸. La infraprescripción, es decir, la omisión de medicamentos para indicaciones clínicas específicas destinadas a la prevención o el tratamiento es bastante común en la terapéutica del cuidado al final de la vida. Esto es relevante, ya que los pacientes con necesidades de CP experimentan niveles variables de síntomas, y se ha documentado la infraprescripción de analgésicos y otros medicamentos específicos para síntomas en dichos pacientes. Un estudio incluido informó sobre la infraprescripción, abarcando la deficiencia concomitante de medicamentos y la ausencia de medicamentos para síntomas específicos, aunque no se reportaron detalles exactos sobre cómo se evaluó la infraprescripción y no se citó ninguna herramienta de evaluación formal¹⁹⁻²⁰.



Prescripción médica para pacientes con cuidados paliativos domiciliarios

La Asociación Internacional de Cuidados Paliativos y Hospicio ha desarrollado una lista de medicamentos esenciales para tratar síntomas comunes en CP, pero esta lista está destinada a guiar decisiones sobre la disponibilidad de medicamentos dentro de los sistemas de salud. En la investigación realizada por Mohamed et al. destaca que los fármacos psicotrópicos son prescritos con frecuencia por los médicos de CP para el manejo de síntomas, con consultas psiquiátricas limitadas, incluyendo la falta de evaluaciones psicológicas, el estudio reveló que solo una cuarta parte de las prescripciones de psicotrópicos fueron iniciadas por psiquiatras, y la mayoría de ellas fueron impulsadas por los síntomas. Dicho hallazgo indica que muchos pacientes paliativos que necesitaban una evaluación psicosocial específica de sus síntomas no fueron correctamente evaluados ni diagnosticados, debido a la imposibilidad práctica de acceder a consultas psiquiátricas o psicológicas de manera periódica. Otro desafío que se descubrió durante dicho estudio, es el tiempo limitado disponible de los médicos paliativos durante las visitas domiciliarias²¹⁻²³.

En la investigación realizada por Fleisher et al. sobre IN-HOME PD (Enfermedad de Parkinson en casa) relata los beneficios y complicaciones de los CP domiciliarios de los pacientes con enfermedad de Parkinson (EP). De acuerdo con dos datos obtenidos, los resultados sugieren una alta satisfacción y estabilización de la calidad de vida de los pacientes con EP pese a la progresión de la enfermedad. Pero la atención domiciliaria conlleva a varios desafíos como las caídas frecuentes debido a la hipotensión ortostática (OP), aumentando el riesgo de hospitalización. Los pacientes con EP en el estudio IN-HOME tienen un promedio de 4.6 comorbilidades y una polifarmacia significativa asociada que se ha asociado con una mayor carga de síntomas y una peor calidad de vida. Al adquirir fármacos de venta libre como las vitaminas y suplementos, las visitas domiciliarias permiten la identificación de errores de medicación no detectados al inicio del tratamiento y medicamentos potencialmente inapropiados. La desprescripción de medicamentos innecesarios se ha considerado como una intervención positiva para reducir la polifarmacia y mejorar los resultados, especialmente en adultos mayores que cursan con muchas comorbilidades²⁴⁻²⁷.

En el estudio de corte transversal observacional realizado por Mozeluk et al. analiza el consumo de fármacos durante los 180 días posteriores del requerimiento de cuidados domiciliarios, tomando como



referencia las historias clínicas de 176 pacientes adultos mayores con necesidad de CP domiciliarios por medio de la herramienta NECPAL, los índices PROFUND y/o PALIAR. Obtienen como resultado que el 87% de los pacientes consumían MPI, de los cuales, el 40% tomaba psicofármacos como las benzodiazepinas, hipnóticos no benzodiazepínicos, anticolinesterasas y antidepresivos, el 20.6% consumía antihipertensivos, el 8.4% complementaba el esquema terapéutico con estatinas, el resto de pacientes se encontraban medicados con vitaminas, ácido acetilsalicílico, etc. Dicha investigación concluye que los familiares de los pacientes obtuvieron medicación de forma ambulatoria sin regulación del equipo médico y dichos fármacos podrían exacerbar el cuadro clínico preexistente debido a la MPI²⁸⁻³⁰.

Delgado et al, considera que las estatinas forman parte del grupo de MPI de acuerdo a los criterios STOPP-Frail, porque los estudios consideran que no ofrecen beneficios a corto plazo, pudiendo aumentar la carga terapéutica y a su vez los efectos adversos. La herramienta STOPP-Frail fue diseñada para que los médicos puedan evaluar la suspensión de MPI en pacientes mayores de 64 años con mal pronóstico de supervivencia en un año, deterioro funcional grave y/o cognitivo, y en los individuos cuyo enfoque terapéutico es el tratamiento de síntomas incapacitantes como el dolor. También observaron un consumo elevado de suplementos de vitamina D y calcio, los cuales no brindan ventajas preventivas a corto plazo, por lo que también los consideraron como MPI en esta población con baja funcionalidad y expectativa de vida reducida³¹⁻³².

Costos asociados con los cuidados paliativos en el hogar

Los CP en el hogar representan una alternativa muy importante para los pacientes que cursan con patologías graves, permitiéndoles recibir atención digna en un entorno familiar y cómodo. Generalmente, los CP domiciliarios a menudo se asocian con menores costos en comparación con la hospitalización, la evaluación de estos costos es compleja. Depende de varios factores como la disponibilidad de servicios locales o rurales, los gastos directos e indirectos para las familias (como el transporte y el tiempo perdido en el trabajo) y también la administración del tratamiento individual del paciente. Comprender la manera de gestionar dichos costos es primordial para optimizar la prestación de CP y garantizar que sean accesibles en zonas rurales donde los recursos generalmente son limitados³³.

Diversas fuentes bibliográficas refieren que gran porcentaje de los pacientes rurales optan por usar cuidados agudos (servicios de emergencia y hospitalización) cuando los servicios de CP domiciliarios y comunitarios son limitados. Un estudio prospectivo longitudinal realizado el 2015 en Canadá comparó los costos de CP (incluidos el sistema de salud pública y las organizaciones sin fines de lucro) en los últimos seis meses de vida de los pacientes terminales rurales y urbanos. Los fallecidos urbanos tuvieron mayor número de profesionales de la medicina proporcionando CP que los fallecidos rurales, sin embargo, los últimos tuvieron un 16.4% más de costos totales de atención debido a una mayor recurrencia de visitas a emergencias, alta incidencia del uso de hospitalización con estancias prolongadas, y mayor número de asistenciales paliativas y medicamentos. Las familias rurales y urbanas pagaron un porcentaje general comparable de los costos de atención, pero los cuidadores de los pacientes rurales también tuvieron más tiempo perdido en el trabajo y costos más altos de transporte³⁴⁻³⁶.

En la revisión sistemática realizada por González et al. obtuvieron información de 6 base de datos electrónicos desde el 2013 hasta el 2019 sobre el costo de CP domiciliarios. Hallaron que los CP domiciliarios disminuyen las visitas hospitalarias mientras reducen los costos generales de la atención médica en pacientes terminales, por ende, la tasa de muertes en el hospital disminuye significativamente, aquello sugiere que, cuando se analizan adecuadamente en un análisis de costo-efectividad, el enfoque domiciliario puede ser un esquema terapéutico más favorable que con la atención tradicional. Los autores sugieren que los proveedores de atención médica deberían evaluar las preferencias de los pacientes con enfermedades terminales para identificar a aquellos que se beneficiarán más de los CP domiciliarios³⁷.

El estudio realizado por Maetens et al. se considera como el primero a nivel nacional en que se analiza la importancia de los CP domiciliarios en la calidad y costos de atención al final de la vida, utilizando indicadores validados. Los hallazgos indican que los pacientes que recibieron este tipo de atención tuvieron cuidados más personalizados y acordes a sus requerimientos con menor número de intervenciones innecesarias en las últimas dos semanas de vida, de esta manera se produjo una reducción de los costos médicos totales en comparación con quienes no usaron este soporte. Aproximadamente el 56% de los pacientes con CP domiciliarios murieron en casa, frente al 13.8% de quienes no los recibieron. El uso de CP domiciliarios redujo el número de hospitalizaciones, visitas a urgencias e



ingresos a las unidades de UCI, así como el uso de pruebas diagnósticas, transfusiones de sangre y cirugías en las últimas semanas de vida. Esto resultó en un ahorro promedio de €1617 por persona en costos médicos, incluso al incluir el costo de los cuidados paliativos³⁸.

Cuidados paliativos hospitalarios

La revisión bibliográfica de Conolly et al. destacó el aumento de la conciencia y el conocimiento sobre los CP y de final de vida brindados en hospitales, en este caso en tiempos de pandemia por COVID-19. La investigación mostró la presencia de una respuesta integral al COVID-19 por parte del personal hospitalario de cuidados paliativos, que incluyó intervenciones para el manejo de síntomas, atención de apoyo para pacientes, familias y personal, y la implementación de una herramienta para proporcionar cuidados paliativos y de final de vida mediante el triaje de aquellos pacientes que presentaban síntomas agravados de COVID-19. La pandemia de COVID-19 conllevó a un incremento bastante significativo de admisiones hospitalarias, las cuales resultaron en mayores tasas de derivación a estos servicios, con el potencial de mejorar la atención de pacientes y familias, concluyeron que el triaje paliativo en el contexto por COVID-19 fomenta una mayor interacción con cuidados paliativos especializados en el futuro³⁹.

Costos asociados a los cuidados paliativos hospitalarios

El estudio de cohorte basado en la población de fallecidos por cáncer realizado por Seow et al. tomando en consideración puntos como la exposición, intervención y resultados durante un periodo de 11 años, demostró que los pacientes que recibieron CP tempranos tuvieron costos más bajos de atención en el último mes de vida, en comparación con quienes no recibieron CP. Esta diferencia entre los costos se debió a que muchos pacientes eligieron los servicios de atención domiciliaria y menor uso de servicios de atención hospitalaria aguda. La muestra obtenida tomando en consideración la base de datos de la población de pacientes con cáncer, los autores consideran que les facilitó proporcionar una mayor validez externa y evidencia del mundo real de que los CP pueden reducir costos en el sistema de salud⁴⁰. Existe una gran importancia en las primeras consultas de CP para pacientes hospitalizados porque ofrece bastantes beneficios, entre ellos están un número menor de días de la estancia y la reducción de los gastos de atención médica, aquello también incluye los parámetros de admisión hospitalaria. Se informó que los pacientes admitidos en el hospital tenían estancias más cortas cuando se solicitaban consultas de

cuidados paliativos desde el departamento de emergencias en comparación con las consultas tardías. El estudio de Macmillan et al. compara los resultados obtenidos de parámetros como la duración de la estancia y costos hospitalarios, entre dos grupos: casos (pacientes que recibieron CP) y controles (pacientes que no recibieron CP). Los días de hospitalización del grupo de casos fue de 4.2 días (rango intercuartil: 2.0–7.2 días) y del grupo de control tuvo una media 9.7 días (rango intercuartil: 6.0–18.3 días). Los costos hospitalarios totales (dólares estadounidenses): Casos: de \$38,600 y controles: \$95,300 (rango intercuartil: \$55,200–\$192,700). Indicando que el grupo que recibió consultas previas de CP tuvo menor tiempo de hospitalización y costos más bajos en comparación al grupo de control⁴¹⁻⁴².

El estudio observacional de Joo et al. muestra la variación de las tendencias de los CP como la incidencia consultas durante los últimos 10 años en los EE. UU. También sobre los factores que afectan los costos hospitalarios desde una perspectiva socioeconómica utilizando una base de datos nacional. La investigación reveló que el número anual de hospitalizaciones disminuyó lentamente durante el período 2009-2018. Los costos hospitalarios disminuyeron durante el periodo de estudio, lo cual refirió una disminución promedio de \$3875 USD. Los CP representaron una inversión de \$34,188 USD y fueron más bajos que los procedimientos paliativos cuyo costo aproximado fue de \$40,123 USD Otros factores asociados con menores costos hospitalarios fueron: grupo de mayor edad, sexo femenino, raza negra, hospitales pequeños y medianos, hospitales rurales y urbanos-no docentes. Los factores que se asociaron con costos más altos fueron: gravedad de la patología, ser hispano o isleño del Pacífico asiático, multidiagnóstico, fallecimiento en el hospital y los hospitales localizados en las regiones Noreste y Oeste⁴³⁻⁴⁴.

El ensayo de control aleatorio de Kaufman et al sobre los cuidados paliativos en insuficiencia cardiaca (PAL-HF) se comparó con pacientes de atención habitual durante 36 meses desde el punto de vista del pagador. Se evaluaron resultados como los costos de la hospitalización, gastos de seguro Medicaer, años de vida ajustados por calidad (QALY), lugar de fallecimiento, y razones incrementales de costo-efectividad. Las tasas de mortalidad fueron iguales para ambas cohortes, con un 89.7% a los 36 meses. En el análisis del caso base, el uso de PAL-HF representó un incremento de 0.03 QALY con un costo de \$964 por paciente, en comparación al costo-efectividad de \$29,041 por QALY. El costo de intervención paliativa fue alrededor de \$140 por mes, es rentable a \$50,000 por QALY. En conclusión, el implemento

de PAL-HF disminuyó los gastos del pagador a través de reducciones en las hospitalizaciones no cardiovasculares⁴⁵.

Impacto emocional de los cuidados paliativos

En el ámbito de los CP para pacientes con cáncer, enfermedades degenerativas y terminales, existe una necesidad creciente de comprender mejor las necesidades de estos y descubrir cuales son los factores clave para mejorar la calidad de la atención. El objetivo terapéutico principal es el tratamiento efectivo del dolor, ya que es un síntoma muy frecuente y afecta significativamente la calidad de vida de los pacientes y sus cuidadores. A su vez, es importante no sólo atender los requerimientos médicos de los pacientes, sino también las necesidades emocionales de los mismos, de sus familiares y de sus cuidadores ya que la carga emocional del tratamiento al final de la vida es muy compleja.

Con el objetivo de comparar el tratamiento sintomático en la unidad de CP para pacientes hospitalizados y en el domicilio Zdun et al. tomaron en consideración parámetros como: intensidad del dolor; impacto negativo del dolor en el funcionamiento en diferentes áreas de la vida. Fueron considerados 74 pacientes con cáncer, de los cuales 53 pacientes tuvieron CP hospitalarios y 21 CP domiciliarios. Demostró que los pacientes bajo cuidados domiciliarios sentían un mayor control sobre los efectos de la enfermedad y el tratamiento, aquello se considera como una mejoría en la calidad de vida y menor nivel de síntomas depresivos, pero el mayor nivel de angustia emocional relacionado con el dolor representó un efecto adverso. También se observó mínimas diferencias en la intensidad del dolor entre pacientes en CP hospitalarios y domiciliarios, por lo que se considera que ambos grupos recibieron atención adecuada y tratamiento efectivo del dolor. Se observaron puntuaciones más altas en los pacientes tratados en casa respecto a la interferencia del dolor en las actividades diarias. Los resultados de dicho estudio concluyeron en que no existen diferencias en términos de calidad de vida, cansancio o experiencia del dolor entre los diferentes entornos de CP⁴⁶.

En la investigación bibliográfica de Redondo et al. muestra el consenso sobre las variables predictivas del bienestar psicológico, la más frecuente son la resiliencia, la espiritualidad y el apoyo social. Se considera que dichos factores actúan como protectores contra los síntomas de ansiedad y depresión, y representan una mejora en el bienestar psicológico. La resiliencia está estrechamente relacionada con la espiritualidad y, junto con el apoyo social, predice el bienestar. La espiritualidad también protege contra



el síndrome de desmoralización y síntomas depresivos, mejorando la calidad de vida, el apoyo social, la resiliencia y la satisfacción con la vida. Los autores consideran que calidad de vida es un fenómeno subjetivo y multidimensional, mientras que la ausencia de malestar se enfoca en la ansiedad y la depresión. El bienestar espiritual se revela como un sentido de propósito y realización personal. El estudio concluyó que la resiliencia, el apoyo y espiritualidad son variables de mucha importancia en el ciclo final de la vida y puede contribuir decisivamente al bienestar psicológico⁴⁷.

La exploración cualitativa de Barrúe y Sánchez sobre las emociones experimentadas por las enfermeras de una Unidad de Hospitalización a Domiciliaria (UHD), se crearon tres códigos: sentimientos y sensaciones, dificultades y compasión. Las enfermeras describieron sus experiencias emocionales durante su jornada laboral. El código de sentimientos y sensaciones, el personal de enfermería describe la dificultad de no tener control sobre la situación porque el trabajo en la UHD cambia, sin embargo, las enfermeras comunicaron que se sentían felices de ir a trabajar. El segundo código que se trata sobre las dificultades se refiere a las situaciones, circunstancias u obstáculos que son difíciles de superar. Los enfermeros reflexionaron sobre las situaciones más complejas que atravesaron durante la atención de CP y declararon que había dificultades en su vida laboral. El tercer código de esta categoría es la compasión, refirieron que a pesar de sentir gran empatía la compasión en CP tiene aspectos más complejos, muchos enfermeros sufren exposiciones frecuentes a situaciones traumáticas, que son precursoras del síndrome de fatiga por compasión (CF)⁴⁸.

CONCLUSIÓN

Existen diferencias significativas entre los cuidados paliativos domiciliarios y hospitalarios en términos de comodidad, calidad de vida, costos y dignidad del paciente. Estos costos incluyen la hospitalización, el personal multidisciplinario y el tiempo de transporte. En el caso de la atención domiciliaria, es necesario contar con personal altamente capacitado en cuidados paliativos y mantener actualizada la prescripción de fármacos. La comodidad y la dignidad del paciente son factores muy importantes; mientras que los cuidados domiciliarios permiten al paciente permanecer en un entorno familiar, lo que puede mejorar su bienestar emocional y psicológico, los cuidados hospitalarios proporcionan acceso a una atención médica especializada que cuenta con personal especializado. El impacto emocional en los pacientes, familiares y cuidadores varía entre ambos entornos. Los CP domiciliarios ofrecen un entorno

más íntimo y reconfortante, lo que contribuye a una disminución del estrés y la ansiedad tanto del paciente como de los familiares, pero aquello puede representar una carga compleja a los cuidadores, quienes deben asumir roles de atención primaria. Los CP hospitalarios pueden aliviar a los familiares de estas responsabilidades de apoyo de atención primaria, sin embargo, la separación del entorno familiar y los desplazamientos frecuentes pueden aumentar la tensión emocional. Se enfatiza la relevancia de implementar intervenciones educativas dirigidas al equipo de salud para reducir el uso de Medicamentos Potencialmente Inapropiados (MPI) y mejorar la calidad de vida de los pacientes, especialmente en su último año de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hui D, Bruera E. Models of palliative care delivery for patients with cancer. *J Clin Oncol.* 2020;38(9):852-65.
2. Balducci L. Geriatric oncology, spirituality, and palliative care. *J Pain Symptom Manag.* 2019;57(1):171-5.
3. Kamal AH, Bausewein C, Casarett DJ, Currow DC, Dudgeon DJ, Higginson IJ. Standards, guidelines, and quality measures for successful specialty palliative care integration into oncology: current approaches and future directions. *J Clin Oncol.* 2020;38(9):987-94.
4. Rogal S, Hansen L, Patel A, Ufere N, Verma M, Woodrell C, et al Practice Guidance: palliative care and symptom-based management in decompensated cirrhosis. *Hepatology.* 2022;76(3):819-53.
5. Baqee M, Davis J, Copnell B. Compassion fatigue and compassion satisfaction among palliative care health providers: a scoping review. *BMC Palliat Care.* 2021;20(1):88.
6. Abedini N, Hechtman R, Singh A, Khateeb R, Mann J, Townsend W, et al. Interventions to reduce aggressive care at end of life among patients with cancer: a systematic review. *Lancet Oncol.* 2019;20(11).
7. Lustbader D, Friedman T, Stewart T. Health Insurance 101: Opportunities for Palliative Care (FR471). *J Pain Symptom Manage.* 2020;59(2):481.
8. Moore S, Portz J, Santodomingo M, Elsbernd K, McHale M, Massone J. Using telehealth for hospice reauthorization visits: results of a quality improvement analysis. *J Pain Symptom Manage.* 2020;60:e22-7.



9. Luta X, Ottino B, Hall P, Bowden J, Wee B, Droney J, et al. Evidence on the economic value of end-of-life and palliative care interventions: a narrative review of reviews. *BMC Palliat Care*. 2021;20(1):89.
10. Pastrana T, Wüller J, Weyers S, Bruera E. Insights from a community-based palliative care course: a qualitative study. *BMC Palliat Care*. 2021;20:1-7.
11. Funderskov K, Boe D, Jess M, Munk L, Olsen Zwisler A, Dieperink K. Telemedicine in specialised palliative care: healthcare professionals' and their perspectives on video consultations—A qualitative study. *J Clin Nurs*. 2019;28:3966–76.
12. Veigh C, Reid J, Carvalho P. Healthcare professionals' views of palliative care for American war veterans with non-malignant respiratory disease living in a rural area: a qualitative study. *BMC Palliat Care*. 2019;18:22.
13. Lai L, Sato R, He S, Ouchi K, Leiter R, deLima T, et al. Usage patterns of a webbased palliative care content platform (PalliCOVID) during the COVID-19 pandemic. *J Pain Symptom Manage*. 2020;60: e20–7.
14. Morin L, Wastesson JW, Laroche ML, Fastbom J, Johnell K. How many older adults receive drugs of questionable clinical benefit near the end of life? A cohort study. *Palliat Med*. 2019;33(8):1080-90.
15. Schill K, Caxaj S. Cultural safety strategies for rural Indigenous palliative care: a scoping review. *BMC Palliat Care*. 2019;18:1-13.
16. Ryan S, Wong J, Chow R, Zimmermann C. Evolving definitions of palliative care: Upstream migration or confusion? *Curr Treat Options Oncol*. 2020;21(3):20.
17. Marin H, Mayo P, Thai V, Dersch-Mills D, Ling S, Folkman F, et al. The impact of palliative care consults on deprescribing in palliative cancer patients. *Support Care Cancer*. 2020;28:4107-13.
18. Thompson J. Deprescribing in palliative care. *Clin Med (Lond)*. 2019;19(4):311-4.
19. Hong S, Lee J, Chun E, Kim K, Kim J, Kim S, et al. Polypharmacy, inappropriate medication use, and drug interactions in older Korean patients with cancer receiving first-line palliative chemotherapy. *Oncologist*. 2020;25(3).

20. Green E, Shaw SE, Harris T. 'They shouldn't be coming to the ED, should they?' A qualitative study of why patients with palliative care needs present to the emergency department. *BMJ Support Palliat Care*. 2019;9(4):e29-e29.
21. Mohamed F, Uvais NA, Moideen S, Cp RR, Saif M. Psychotropic medication prescriptions for home-based palliative care oncology patients. *Prim Care Companion CNS Disord*. 2024;26(2):54452.
22. O'Malley K, Blakley L, Ramos K, et al. Mental healthcare and palliative care: barriers. *BMJ Support Palliat Care*. 2021;11(2):138-144.
23. Azhar A, Hui D. Management of physical symptoms in patients with advanced cancer during the last weeks and days of life. *Cancer Res Treat*. 2022;54(3):661-670.
24. Fleisher J, Klostermann E, Hess S, Lee J, Myrick E, Chodosh J. Interdisciplinary palliative care for people with advanced Parkinson's disease: a view from the home. *Ann Palliat Med*. 2020;9(Suppl 1).
25. Iwasa Y, Saito I, Suzuki M. Differences in home health nursing care for patients with Parkinson's disease by stage of progress: patients in Hoehn and Yahr stages III, IV, and V. *Parkinsons Dis*. 2021;2021:8834998.
26. Sylvie G, Farré Coma J, Ota G, Aoife L, Anna S, Johanne S, et al. Co-designing an integrated care network with people living with Parkinson's disease: from patients' narratives to trajectory analysis. *Qual Health Res*. 2021;31(14):2585-601.
27. Johnstone G, Davey L, Cato J, Lowthian JA. Enhancing palliative care at home: a generalist community nursing case study. *Aust J Adv Nurs*. 2023;40(2):41-6.
28. Mozeluk N, Gallo A, Ferre M, Bobillo M, Donnianni I, Bellomo M, Saimovici J. Medicación potencialmente inapropiada en adultos mayores con necesidades paliativas en domicilio. *Medicina (B Aires)*. 2024;84(3).
29. Jersak T, Steinfeldt L, Velasquez AL, Ellis KL, Gunya EK, Brooks JV, Sinclair C. Development of Specialty-Based Pediatric Palliative Care Clinics. *J Pain Symptom Manage*. 2024;67(5):e596.

30. Ross S, Agrawal M, Griffiths R, Grob C, Berger A, Henningfield JE. Psychedelic-assisted psychotherapy to treat psychiatric and existential distress in life-threatening medical illnesses and palliative care. *Neuropharmacology*. 2022;216:109174.
31. Delgado-Silveira E, Mateos-Nozal J, Muñoz García M, et al. Uso potencialmente inapropiado de fármacos en cuidados paliativos: versión en castellano de los criterios STOPP-Frail (STOPP-Pal). *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2019; 54: 151-5
32. Jaramillo J, Lozano I, Tornero O, Tejada P, Fuentes R, Gómez F. Prevalence of potentially inappropriate prescription in community-dwelling patients with advanced dementia and palliative care needs. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2021;56(4):203-7.
33. Reid E, Kovalerchik O, Jubanyik K, Brown S, Hersey D, Grant L. Is palliative care cost-effective in low-income and middle-income countries? A mixed-methods systematic review. *BMJ Support Palliat Care*. 2019;9(2):120-9.
34. Bakitas M, Allen K, Malone E, Dionne J, McCammon S, Taylor R, et al. Forging a new frontier: providing palliative care to people with cancer in rural and remote areas. *J Clin Oncol*. 2020;38(9):963-73.
35. Petrova M, Wong G, Kuhn I, Wellwood I, Barclay S. Timely community palliative and end-of-life care: a realist synthesis. *BMJ Support Palliat Care*. 2021.
36. Slobogian V, Vig C, Shirt L, Shuman C, Sondermann M, Vanderveen M, Bouchal SR. How family physicians introduce palliative care to patients with chronic illnesses. *Chronic Illn*. 2024;20(1):135-44.
37. Gonzalez V, Fuhrer V, Gonzalez N, Kopp D, Eychmüller S, Maessen M. Impact of home-based palliative care on health care costs and hospital use: a systematic review. *Palliative Support Care*. 2021;19(4):474-487.
38. Maetens A, Beernaert K, De Schreye R, Faes K, Annemans L, Pardon K, et al. Impact of palliative home care support on the quality and costs of care at the end of life: a population-level matched cohort study. *BMJ Open*. 2019;9(1)
39. Connolly M, Bell M, Lawler F, Timmins F, Ryder M. Hospital-based palliative and end-of-life care in the COVID-19 pandemic: a scoping review. *Am J Hosp Palliat Care*. 2022;39(9):1105-1120.



40. Seow H, Barbera LC, McGrail K, Burge F, Guthrie DM, Lawson B, et al. Effect of early palliative care on end-of-life health care costs: A population-based, propensity score-matched cohort study. *JCO Oncol Pract*. 2022;18(1)
41. Macmillan, P. J., Chalfin, B., Soleimani Fard, A., & Hughes, S. (2020). Earlier palliative care referrals associated with reduced length of stay and hospital charges. *Journal of Palliative Medicine*, 23(1), 107-111.
42. Gardiner C, Robinson J, Connolly M, Hulme C, Kang K, Rowland C, et al. Equity and the financial costs of informal caregiving in palliative care: a critical debate. *BMC Palliat Care*. 2020;19:1-7.
43. Joo M, Yoo J, Mojtahedi Z, Kim P, Hwang J, Koo J, et al. Ten-year trends of utilizing palliative care and palliative procedures in patients with gastric cancer in the United States from 2009 to 2018-a nationwide database study. *BMC Health Serv Res*. 2022;22:1-11.
44. Agency for Healthcare Research and Quality. Healthcare Cost and Utilization Project. HCUP Fact Sheet. https://www.hcup-us.ahrq.gov/news/exhibit_booth/HCUPFactSheet.pdf. Published March 24, 2021. Accessed October, 2024
45. Kaufman B, Granger B, Sun J, Sanders G, Taylor D, Mark D, et al. The cost-effectiveness of palliative care: insights from the PAL-HF trial. *J Card Fail*. 2021;27(6):662-669.
46. Zdun-Ryżewska A, Chojnacka-Szawłowska G, Basiński K, Leppert W, Majkiewicz M. Cognitive and emotional representations of pain in cancer patients at an inpatient unit and home palliative care. *Curr Probl Cancer*. 2019;43(6):100464.
47. Redondo E, Ibanez C, Cruzado J. Psychological well-being in palliative care: a systematic review. *OMEGA-Journal of Death and Dying*. 2023;87(2):377-400.
48. Barrué P, Sánchez-Gómez M. The emotional experience of nurses in the Home Hospitalization Unit in palliative care: A qualitative exploratory study. *Enferm Clin (Engl Ed)*. 2021;31(4):211-21.