



Los cuidados paliativos domiciliarios reducen las consultas a urgencias y muertes en centros de salud a un menor costo

Home palliative care reduces emergency room visits and deaths in health centers at a lower cost

José Ernesto Picado Ovarés¹ 

Resumen

Objetivos: Comparar los tipos de asistencia domiciliar geriátrica y paliativa para determinar cuál obtiene mejores resultados en los pacientes con demencia avanzada. **Métodos:** El presente es un estudio de cohorte retrospectiva. Se incluyeron pacientes con demencia avanzada ingresados al programa de Atención Comunitaria Geriátrica de un hospital geriátrico público de Costa Rica en el periodo entre enero de 2018 y junio de 2019. Ellos se dividieron en dos grupos dependiendo del equipo especializado que realizó la atención domiciliar y se analizaron sus características sociodemográficas y clínicas. Posteriormente, se analizaron los datos generados de los registros médicos sobre consultas de emergencia, hospitalización, lugar de defunción y costo de la visita generados por cada paciente entre junio de 2018 y diciembre de 2019. Se compararon 192 pacientes con demencia avanzada Global Dementia Scale 7 visitados por el equipo geriátrico especializado domiciliar con 19 de visitados por el equipo de cuidados paliativos especializado domiciliar del Hospital Geriátrico Nacional. **Resultados:** Se analizaron 226 datos generados (192 por el programa de geriatría y 34 por el de paliativos). Los que recibían atención domiciliar por un equipo paliativo tenían menos probabilidades de acudir a la sala de emergencias y morir en un centro de salud en comparación con aquellos que reciben atención domiciliar por un equipo geriátrico, con un costo menor. **Conclusiones:** El programa de cuidado paliativo especializado domiciliar reduce las consultas de emergencia, la muerte en el domicilio y los costos de atención en pacientes con demencia avanzada en comparación con el programa geriátrico.

Palabras Clave: Cuidados Paliativos; Geriatria; Demencia; Servicios de Atención de Salud a Domicilio; Cuidado Terminal; Análisis Costo-Beneficio; Servicios de Salud.

¹ Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología Doctor Raúl Blanco Cervantes, Servicio de Atención Comunitaria Geriátrica, Cuidados Paliativos y Clínica del Dolor. San José Costa Rica.

Los autores declaran que no hay conflicto en la concepción de esta obra.

No hubo financiación para la ejecución de esta obra.

Correspondencia/Correspondence
José Ernesto Picado Ovarés
jepicado@ccss.sa.cr

Recebido: 08/06/2021
Aprovado: 08/02/2022

Abstract

Objectives: To compare the types of geriatric and palliative home care to determine which has better outcomes in patients with advanced dementia. **Methods:** This is a retrospective cohort study. Patients with advanced dementia admitted to the Geriatric Community Care program of a public geriatric hospital in Costa Rica in the period between January 2018 and June 2019 were included. They were divided into two groups depending on the specialized team that performed the home care, and their sociodemographic and clinical characteristics were analyzed. Subsequently, data generated from medical records on emergency consultations, hospitalization, place of death and cost of the visit generated by each patient between June 2018 and December 2019 were analyzed. A comparison was made between 192 patients with advanced Global Dementia Scale 7 dementia visited by the specialized geriatric home care team and 19 patients visited by the specialized palliative home care team of the National Geriatric Hospital. **Results:** We analyzed 226 data generated (192 by the geriatric program and 34 by the palliative program). Those receiving home care by a palliative team were less likely to go to the emergency room and die in a health center compared to those receiving home care by a geriatric team, at a lower cost. **Conclusions:** The specialized palliative home care program reduces emergency room visits, death at home, and costs of care in patients with advanced dementia compared with the geriatric program.

Keywords: Palliative Care; Geriatrics; Dementia; Home Care Services; Terminal Care; Cost-Benefit Analysis; Health Services.

INTRODUCCIÓN

Los cambios poblacionales relacionados al envejecimiento afectarán tanto a la prevalencia como a la incidencia de enfermedades no oncológicas asociadas a la edad como la demencia, principalmente en países latinoamericanos^{1,2}.

Los cuidados paliativos tienen como objetivo aliviar el sufrimiento de las personas y las familias que se enfrentan a una enfermedad terminal. Las demencias comparten ciertos aspectos con otras enfermedades paliativas³ pero tienen sus propias características^{4,5} que hacen que el enfoque hacia ellas sea diferente y extremadamente complejo^{6,7}. Aunque existe consenso en cuanto a la necesidad de proporcionar una atención paliativa digna para estos pacientes⁸, se reconoce ampliamente que la estructura actual de la mayoría de los servicios de salud es inadecuada para satisfacer las necesidades de esta población en particular⁹.

No está claro qué modelo representa la mejor alternativa de atención para este grupo de población pues depende en gran medida del contexto social en el que se proporciona¹⁰. Los pacientes generalmente no reciben el apoyo necesario, lo que se manifiesta

en una atención insatisfactoria¹¹ con una peor calidad de muerte y una relación costo/beneficio desfavorable¹²⁻¹⁴.

Un ámbito de atención de los cuidados paliativos son los brindados en el hogar, los cuales se han definido previamente en otras publicaciones¹⁵. En comparación con los cuidados habituales¹⁶, los cuidados paliativos en el hogar han demostrado resultados favorables en el manejo de los síntomas, disminución de las visitas a las salas de urgencias o hospitalizaciones y aumento en la satisfacción con la atención; sin embargo, la evidencia no es concluyente en relación a las muertes en el hogar, la calidad de vida, la carga del cuidador y el deterioro funcional. Los cuidados paliativos domiciliarios pueden incluso estar asociados con más dificultad en el manejo del duelo por parte de los cuidadores, especialmente en pacientes en los pacientes con demencia los cuales generalmente no están incluidos en estos análisis¹⁶⁻²⁰.

Actualmente, la información relacionada con los costos de los programas de cuidados paliativos es insuficiente. Generalmente, los estudios son pequeños, utilizan diferentes métodos de análisis y están dirigidos a pacientes con cáncer^{9,20-25}. En una revisión¹⁶, se notificaron menores costos, con

diferencias entre el 18 y el 35%; sin embargo, sólo uno de los estudios analizados informó diferencias estadísticamente significativas⁹. Vale la pena mencionar que ninguno de los estudios se realizó en países latinoamericanos, y, por lo tanto, la evidencia científica del impacto de estos programas en América Latina es mínima.

La Unidad de Atención Comunitaria Geriátrica (ACG) del Hospital Nacional de Geriatria de Costa Rica, ofrece atención en el escenario domiciliario por un equipo interdisciplinario a pacientes con enfermedades crónico-degenerativas terminales. El Cuadro 1 resume el estado actual de la unidad ACG y los servicios que ofrece, destacando dos programas de visitas según el modelo implementado, un modelo geriátrico y paliativo²⁶. Estudios previos han demostrado que el modelo paliativo ofrece una buena calidad de muerte²⁷; sin embargo, no se ha investigado si esto también va acompañado de ahorros para el sistema de salud del país u otros resultados.

Así, el objetivo de esta investigación es comparar, en pacientes con demencia avanzada, la atención en el escenario domiciliario por parte de equipos de cuidados paliativos especializados con la atención domiciliar realizada por parte de los equipos

especializados geriátricos para determinar qué modelo tiene mejores resultados (menos visitas a urgencias u hospitalizaciones y un mayor número de muertes en el hogar) y una menor relación costo para proporcionar una opción replicable que satisfaga las necesidades de esta población en particular en el contexto latinoamericano.

MATERIALES Y MÉTODOS

Para llevar a cabo la investigación se realizó un estudio de cohorte retrospectiva. Los datos utilizados fueron tomados de los registros médicos de los pacientes valorados por las sesiones multidisciplinarias semanales de la ACG, en las que se revisan todos los ingresos al programa. En esas sesiones además se toma la decisión sobre cuál equipo especializado dará el seguimiento del paciente (El equipo Geriátrico o el Paliativo). Esta decisión se basa en el criterio del equipo multidisciplinario (que incluye a un médico geriatra, una licenciada en enfermería y una trabajadora social con 10 años de experiencia atendiendo estos casos) el cual toma en cuenta las variables sociodemográficas y clínicas de cada caso particular.

Cuadro 1. Modalidades de atención proporcionadas por el servicio Atención Comunitaria Geriátrica del Hospital Nacional de Geriatria de Costa Rica. San José, Costa Rica (enero 2018 a diciembre 2019).

Modalidad de atención	Pacientes visitados	Descripción del programa y los servicios ofrecidos
Atención geriátrica especializada domiciliar	Enfermedad terminal no oncológica	Visitas de un equipo multidisciplinario^a que incluye a un especialista en geriatría^b Visitas cada 2 o 3 meses. Teleconsulta disponible durante el horario de oficina. Grupo de capacitación para cuidadores. Grupo de duelo.
Atención paliativa especializada domiciliar	Enfermedad oncológica y no oncológica terminal	Visitas de un equipo multidisciplinario que incluye a un especialista en geriatría y cuidados paliativos. Visitas cada mes o si es necesario. Teleconsulta disponible 24/7. Grupo de capacitación para cuidadores. Grupo de duelo.

^aLos equipos multidisciplinarios están conformados por un médico, enfermera y profesionales en trabajo social, psicología, nutrición, logopedia, terapia ocupacional, farmacia, salud mental, odontología y psiquiatría; ^bLas principales diferencias entre los programas se resaltan en letras en negrita.

Fuente: Preparado por los autores.

En febrero de 2020, se analizaron los datos clínicos y sociodemográficos que fueron obtenidos retrospectivamente de los registros médicos de los pacientes ingresados al programa de ACG entre enero de 2018 y junio de 2019 (ver la Figura 1). Dentro de los datos obtenidos se incluyen la fecha de ingreso al programa, la edad, el estado civil, el género, cuidador y la presencia de úlceras por presión, utilización de un dispositivo para nutrición enteral, presencia de catéter vesical. Del total de los pacientes valorados, se incluyeron los pacientes de 60 años o más, con diagnóstico de ingreso al programa de síndrome demencial y con una clasificación de Global Dementia Scale (GDS) adecuadamente registrados, se consignaba al síndrome demencial como diagnóstico de ingreso al programa y que esta presentará una clasificación de 7 en el GDS. Se excluyeron pacientes donde los datos sociodemográficos y clínicos no se registrarán adecuadamente.

Posteriormente, la población se dividió en dos grupos según el equipo que visitó al paciente durante el período de estudio (el equipo especializado de cuidados paliativos y el equipo especializado geriátrico). Cabe señalar que si durante el período de seguimiento, un paciente se trasladó de un programa al otro, sus datos fueron analizados de nuevo; es decir, el paciente fue analizado por el tiempo que estuvo en un programa y luego de nuevo por el tiempo que estuvo en el otro programa.

Para contrastar y comparar determinados criterios de interés de acuerdo con el programa, se realizaron

análisis exploratorios descriptivos. Para determinar si había diferencias entre las variables de cada programa, se realizó un estudio más detallado y se determinaron intervalos de confianza del 95% utilizando el método Wald para la distribución multinómica. Para los valores medios, se crearon intervalos para que los medios se acercaran a una distribución normal y se estimase la desviación estándar desconocida para la población mediante el uso de los datos observados. Cabe señalar que, para las variables de interés, la duración de la estancia incluyó la duración que un paciente permaneció en un programa antes de cambiar a otro o morir.

Para evaluar el riesgo de visitas a urgencias y/o hospitalizaciones y los costos por paciente de las visitas a urgencias y hospitalizaciones según el grupo, se utilizó el Expediente Digital del sistema nacional de salud de Costa Rica que registra la información nacional de todo el país para analizar las visitas a los servicios de emergencia y hospitalizaciones de cada paciente de junio de 2018 a diciembre de 2019 (ver Figura 1).

Para analizar si hubo diferencias significativas en las visitas a las salas de emergencias, hospitalizaciones y lugar de muerte entre los dos grupos de pacientes, se desarrolló un modelo de regresión logística. Los datos fueron analizados utilizando la distribución de probabilidad binomial. Por último, la significancia estadística del OR obtenido se obtuvo con un nivel de significancia del 5%.

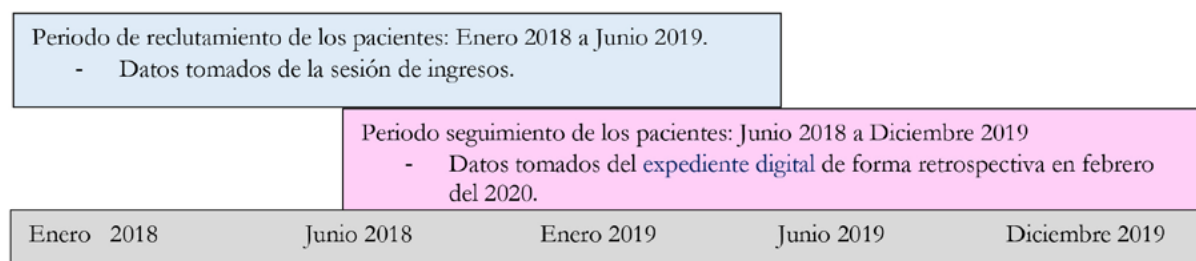


Figura 1. Tiempo entre el período de reclutamiento y seguimiento. (San José, Costa Rica, enero 2018 a diciembre 2019).

Para comparar los costos de cada programa domiciliario, se utilizó la siguiente fórmula:

- **Costo total por paciente del programa domiciliario geriátrico**= Costo de atención domiciliar por paciente en el programa geriátrico + costo de las visitas a la sala de emergencias por paciente del programa geriátrico + costo por día de hospitalización por paciente del programa geriátrico.
- **Costo total por paciente del programa domiciliario paliativo**= Costo de la atención domiciliar por paciente en el programas paliativos + costo de las visitas a urgencias por paciente en el programa paliativo + costo por día de hospitalizaciones por paciente en el programa paliativo + costo de la teleconsulta.

El costo de las visitas por paciente para cada programa, se deriva del estudio de los costes del servicio de ACG del la Dirección General del Hospital, 2018. El estudio antes mencionado utilizó las variables de salarios, viáticos, kilometraje utilizado por cada vehículo y los costos de los procedimientos de enfermería y médicos realizados. Para estimar estos costos, se determinó la categoría salarial para cada equipo de trabajo (geriátrico frente a paliativo). Para identificar el costo real de los salarios, horas extras, vacaciones y otras categorías de salarios, el estudio utilizó información de la Actualización sobre los Salarios de los funcionarios del hospital para el año 2018 preparado por el Departamento de Gestión de Recursos Humanos. Los datos relativos a la distancia recorrida por la ACG para las visitas durante 2018 se obtuvieron del Informe Mensual del Servicio de Vigilancia y Transporte. El costo por kilómetro recorrido se obtuvo del Modelo Tarifario Institucional. Los datos de los diferentes procedimientos realizados, tanto médicos como de enfermería, se obtuvieron del Informe Anual de la ACG, 2018.

Una vez determinados los costes anuales de los cuidados geriátricos y paliativos, se utilizó la relación entre el costo por paciente, como se mencionó

anteriormente, para permitir una comparación adecuada entre los programas.

En cuanto a las visitas a urgencias y hospitalizaciones, la duración de cada consulta (en horas) y la duración de la hospitalización (en días) se cuantificaron retrospectivamente utilizando la información del expediente digital institucional para cada paciente, como se describió anteriormente. Posteriormente, los costos por hora en la sala de urgencias y el día de hospitalización se calcularon para cada grupo y finalmente por paciente. Los costos por hora en la sala de urgencias y por día de hospitalización se obtuvieron de la información proporcionada por el Área de Contabilidad de Costos, 2019. Por último, una vez obtenidas las variables necesarias para el cálculo final, se determinaron los costos totales por paciente de los dos programas para permitir comparaciones entre los programas.

Tanto el programa de geriatría como el de cuidados paliativos presentan la posibilidad de realizar teleconsultas durante el horario de oficina, sin embargo, sólo el programa paliativo presenta la posibilidad de atención fuera de este horario (24 horas al día, los 7 días de la semana). Si bien el costo de esta teleconsulta es gratuito, pues es donada por la Fundación Partid con Dignidad, esta investigación calculó el costo de esta atención con el fin de determinar el costo total del modelo paliativo en el contexto de que esta donación no existe. Teniendo en cuenta los datos del Informe Final de la ACG 2018 y 2019, se estima que cada paciente en el programa paliativo realiza un promedio de 5,3 llamadas. Cada llamada tiene un costo aproximado para el año del estudio en \$22.7. De estas llamadas, se estima que el 42,5% se realizaron fuera del horario de oficina. Teniendo en cuenta estas variables, el costo total en el período de estudio de los pacientes de cuidados paliativos fue de \$51,13 por paciente.

El protocolo para este estudio fue **aprobado por el Comité de Bioética de la Ética del Hospital Nacional de Geriatría y Gerontología Doctor Raúl Blanco Cervantes**. Sesión Ordinaria Número 12, 5 de noviembre de 2019. Acuerdo N° 3. (número de protocolo CEC 14-2019).

Tabla 1. Distribución porcentual, edad promedio y variables sociodemográficas y de salud de los pacientes por programa, San José, Costa Rica (enero 2018 a diciembre 2019).

Variable	Programa Geriátrico n=192 (100%)	IC	Programa Paliativo n=34 (100%)	IC
Estancia media (días)	407.4	377.5; 436.5	426.1	286.9; 565.1
Edad promedio	85.2 (SD=7,9)	84.1; 86.3	86.9 (SD=7,8)	82.7; 91.2
Estado civil				
Viudo (a)	93 (48.2%)	41.1; 55.3	16 (47.4%)	24.9; 64.8
Casado (a)	60 (30.9%)	24.3; 37.4	14 (42.1%)	19.9; 64.3
Soltero (a)	26 (13.6%)	8.7; 18.5	2 (5.3%)	0.0; 15.3
Otro	14 (7.3%)	3.6; 11.0	2 (5.3%)	0.0; 15.3
Género				
Femenino	141 (73.4%)	67.2; 79.7	25 (73.7%)	53.9; 93.5
Masculino	51 (26.6%)	20.3; 32.8	9 (26.3%)	6.5; 46.1
Cuidador primario				
Familia	154 (80.2%)	74.5; 85.9	28 (83.3%)	66.1; 100.0
Contratado	38 (19.8%)	14.1; 25.5	6 (16.7%)	0.0; 33.9
Úlceras por presión grado 3 o 4				
Sí	27 (14.2%)	9.2; 19.2	2 (5.3%)	0.0; 15.3
Sonda nasogástrica o PEG ^a				
Sí	42 (22.1%)	16.2; 28.0	14 (42.1%)	19.9; 64.3
Catéter de vesical				
Sí	11 (5.8%)	2.5; 9.1	5 (15.8%)	0.0; 32.2

^aPEG: Percutaneous endoscopic gastrostomy.

RESULTADOS

De los 443 pacientes atendidos en la Sesión de Ingresos, 211 tenían el diagnóstico de demencia avanzada GDS 7 a los cuales se les dio seguimiento. 192 ingresaron al programa de geriatría y 19 al programa de paliativos. La edad promedio de todos los participantes fue de 85,3 años (SD= 8,6 años). A nivel general se puede decir que las edades de ambos grupos tienen distribuciones muy similares en su promedio y desviación estándar. Las características generales de estos pacientes se muestran en la tabla 1. Un total de 15 de estos pacientes iniciaron el seguimiento en el programa geriátrico especializado y posteriormente fueron trasladados al programa de cuidados paliativos. Los datos de estos 15 pacientes fueron analizados por separado, primero en el tiempo en que pertenecían al programa geriátrico y después al ser trasladados al programa paliativo. Esto generó un total de 226 casos a los cuales se les dio seguimiento. Una descripción más detallada

de la población del estudio se puede encontrar en otras publicaciones²⁸. No se encontraron diferencias significativas en las características demográficas y clínicas de ambos grupos.

Como se muestra en la tabla 2 los pacientes del programa de cuidados paliativos tuvieron un menor riesgo de hospitalización, visitas a urgencias y muerte en el centro de salud en comparación con los del programa de atención geriátrica. Esta diferencia fue estadísticamente significativa solamente para las visitas a urgencias y la muerte en el centro de salud.

Es importante señalar que el costo de la atención en el hogar por paciente es mayor para los cuidados paliativos si consideramos la visita en sí. Sin embargo, teniendo en cuenta los resultados a lo largo del tiempo, esta se vuelve “más barata” cuando se considera que conduce a un menor número de visitas de emergencia y hospitalizaciones, como se muestra en la tabla 3.

Tabla 2. Resultados del modelo de riesgo para las consultas a urgencias, hospitalización y lugar de fallecimiento según el programa. de paliativos, San José, Costa Rica (enero 2018 a diciembre 2019).

Variable	Programa paliativo	
	OR ^{1/}	IC
Consultas al servicio de emergencias		
Sí	0,18	0,09; 0,35 *
Hospitalización		
Sí	0,46	0,07; 1,56
Lugar de fallecimiento		
Centro de salud	0,16	0,01; 0,93 *

IC: 95% intervalo de confianza. OR: Odds ratio;

*: p<0.05. 1/Categoría de referencia: Geriátrico

Fuente: Preparado por los autores.

Tabla 3. Comparación de los costos del programa geriátrico y paliativo especializado en el escenario domiciliar. San José, Costa Rica (enero 2018 a diciembre 2019).

Variables	Programa	
	Geriátrico	Paliativo
Variables generales		
Total de pacientes al comienzo del estudio	192	19
Total de pacientes al final del estudio	192	34
Datos evaluados	419	46
Costo de la atención en el hogar por paciente	\$ 368,4 ^a	\$ 680
Variables de las consultas a emergencias		
Pacientes que visitaron los servicios de emergencia	106	4
Total de visitas a los servicios de emergencia	295	14
Tiempo (en horas) de las visitas a emergencias	1630	153,4
Costo total de la atención en el servicio emergencias	\$ 76858,4	\$ 5607,7
Costo de la atención en emergencias por paciente	\$ 400	\$ 165
Variables de hospitalizaciones		
Pacientes hospitalizados	32	2
Hospitalizaciones totales	38	2
Días totales de hospitalizaciones	574	26
Costo de un día de hospitalización (promedio) ^a	\$ 802	\$ 802
Costo por paciente hospitalizado	\$ 1759	\$ 485
Otras variables		
Costo del teleconsulta 24/7	n/a ^b	\$ 51,13
Costo total por paciente ^c	\$ 2527,4	\$ 1381,1

^aEl costo depende del hospital donde el paciente fue hospitalizado; ^bNo aplica; ^cCosto total por paciente del programa domiciliar geriátrico= Costo de atención domiciliar por paciente en el programa geriátrico + costo de las visitas a la sala de emergencias por paciente del programa geriátrico + costo por día de hospitalización por paciente del programa geriátrico; Costo total por paciente del programa domiciliar paliativo= Costo de la atención domiciliar por paciente en el programas paliativos + costo de las visitas a urgencias por paciente en el programa paliativo + costo por día de hospitalizaciones por paciente en el programa paliativo + costo de la teleconsulta 24/7.

Fuente: Preparado por los autores.

DISCUSIÓN

Los resultados de esta publicación evidencian el impacto positivo del programa de cuidados paliativos especializados domiciliarios en las visitas de emergencia, lugar de fallecimiento y costo, incluso al compararlos con el programa geriátrico. El impacto en las consultas a urgencias, hospitalizaciones y las muertes en el domicilio de la atención paliativa es mayor a lo presentado en publicaciones previas^{9,16,29}.

Chiang J-K et al realizan un estudio con una población y un enfoque metodológico similar. Los investigadores buscaban comparar el impacto de los cuidados paliativos en el escenario domiciliar en la calidad de vida. Se comparó a 164 pacientes de dos programas distintos (uno con un enfoque paliativo y otro sin este enfoque). Esta investigación demostró solamente una diferencia significativa en la variable relacionada a la muerte en los hospitales y no logró documentar diferencias en las consultas a urgencias u hospitalizaciones. Cabe mencionar que la investigación no se enfocó específicamente en pacientes con demencia ni realizó ningún análisis económico⁹.

Seow H et al. calcularon los riesgos relativos al comparar dos tipos de intervenciones en el domicilio en dos grupos de 3109 pacientes cada uno en Ontario Canadá. Esta investigación demostró una disminución en las consultas a los servicios de urgencias y la muertes en el escenario hospitalario en los pacientes visitados por un equipo de cuidado paliativo. Sin embargo, la investigación no incluía específicamente pacientes con demencia ni tampoco se realizó un análisis económico¹⁵. Hallazgos similares se obtuvieron de una revisión sistematizada de 4 estudios que analizaban las intervenciones en el escenario domiciliar de pacientes al final de su vida, donde solo se demostró una menor probabilidad de fallecer en el hospital en los grupos intervenidos²⁹.

Tener control sobre el lugar el fallecimiento se considera un aspecto central para lograr una calidad de muerte adecuada. La evidencia sugiere que la mayoría de los pacientes con enfermedades terminales quieren morir en su hogar³⁰. Las muertes en el escenario hospitalario van acompañadas de internamientos costoso y un tratamiento agresivo al final de la vida, comprometiendo la calidad de muerte de los pacientes

y aumentando los costos de atención^{30,31}. Eso explica por qué un fallecimiento en el escenario domiciliar es considerado como un indicador importante de la calidad de la atención al final de vida³¹, especialmente si el paciente es atendido durante este proceso por un equipo de cuidados paliativos domiciliarios con las características presentadas en esta investigación pues se asegura un acompañamiento continuo y oportuno.

La relación entre los costos/beneficio de los programas domiciliarios no es clara²⁹; esto es especialmente cierto en el contexto latinoamericano, donde hay evidencia científica inadecuada para guiar los sistemas de salud, los cuales difieren en cada país y tienen poca cobertura de atención en el escenario domiciliar, especialmente para los pacientes con demencia.

Aunque la frecuencia de la atención por parte del equipo de paliativos genera mayores costos (ver cuadro 2), esta atención proporciona atención de alta calidad²⁷ que permite al paciente morir en casa a un menor costo pues se evita las consultas a servicios de emergencias y hospitalizaciones; por lo tanto, cuando se evalúa el impacto total de estas atenciones el resultado final es un menor costo de atención. Esta reducción es incluso mayor a la reportada en publicaciones internacionales^{9,16}.

Como se muestra en el Cuadro 1, el programa de cuidados paliativos difiere del programa geriátrico en tres aspectos. La diferencia más relevante es la disponibilidad de teleconsulta 24/7 y la frecuencia de las visitas²⁷. La teleconsulta virtual en cuidados paliativos ha mostrado algunos resultados positivos en las poblaciones oncológicas³² y pediátricas³³. Además, el aumento de la frecuencia de las visitas permite un mayor contacto entre el equipo y las familias, proporcionando así más oportunidades de educación y sensibilización. Estos dos elementos distintivos del modelo sensibilizan y empoderan a los miembros de la familia, favoreciendo la toma de decisiones dirigidas a una atención más conservadora²¹.

La principal limitación de este estudio se refiere a los datos no equilibrados, específicamente en la variable objetivo analizada (programa). Dentro de la categoría “Programa Geriátrico” se encuentra

la gran mayoría del peso los datos, lo que significa que se vuelve complejo hacer inferencias debido a la desigualdad en los recuentos. Esto explica el alcance de los intervalos de confianza evidenciados en las variables relacionadas con el programa paliativo. Otra limitación de este estudio es que es un estudio no aleatorizado. Por lo tanto, puede haber un riesgo de selección en la población de cada grupo. Sin embargo, como se evidencia en el Cuadro 1, ambos grupos no difieren significativamente en sus características al comienzo del estudio.

El estudio tiene algunas fortalezas. El grupo de control (programa geriátrico) representa un modelo de atención altamente especializado, y debido a las características de los pacientes incluidos y la similitud de los dos modelos, se pueden sacar conclusiones sobre los aspectos que hacen que el modelo paliativo sea exitoso. Esto nos permite justificar la inversión necesaria para reproducir el modelo y ofrecer una alternativa exitosa en el contexto latinoamericano. Finalmente, los pacientes que fueron seguidos tenían un diagnóstico de demencia, y los hallazgos de este estudio generan evidencia científica que, según el conocimiento de los autores, no existía anteriormente para el medio ambiente latinoamericano en esta población particular.

Es claro que se necesita más investigación con respecto a los modelos de atención domiciliaria que pueden responder a las necesidades complejas de los pacientes con diferentes enfermedades no oncológicas. Idealmente, esta investigación debe utilizar métodos similares para que sus resultados sean comparables, ya que las necesidades varían mucho según el entorno social y cultural³³. Sin embargo, los resultados del presente estudio son suficientes para apoyar programas de cuidados paliativos domiciliarios para pacientes con demencia avanzada que son similares a los analizados en este estudio.

CONCLUSIÓN

Los cuidados paliativos domiciliarios tienen un impacto positivo en las consultas de emergencia, el fallecimiento en el hogar y los costos de atención para los pacientes con demencia avanzada, incluso al compararlos con los programas de atención geriátrica similares. Este modelo de atención representa una alternativa atractiva a las pocas opciones de atención disponibles actualmente para esta población en particular.

Editado por: Tamires Carneiro de Oliveira Mendes

REFERÊNCIAS

1. Khan HTA. Population ageing in a globalized world: Risks and dilemmas? *J Eval Clin Pract.* 2019;25(5):754-60.
2. Prince M, Ali GC, Guerchet M, Prina AM, Albanese E, Wu YT. Recent global trends in the prevalence and incidence of dementia, and survival with dementia. *Alzheimers Res Ther.* 2016;8(1):23:1-10
3. Hughes JC, Jolley D, Jordan A, Sampson EL. Palliative care in dementia: Issues and evidence. In: Rughe JC, Lilford P, editors. *Clinical Topics in Old Age Psychiatry.* Cambridge: Cambridge University Press; 2020. p. 223-42.
4. Merel SE, DeMers S, Vig E. Palliative care in advanced dementia. *Clin Geriatr Med.* 2014;30(3):469-92.
5. Sternberg SA, Shinan-Altman S, Volicer L, Casarett DJ, van der Steen JT. Palliative care in advanced dementia: Comparison of strategies in three countries. *Geriatrics.* 2021;6(2):1-10. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/geriatrics6020044>.
6. van der Plas AGM, Oosterveld-Vlug MG, Pasman HRW, Onwuteaka-Philipsen BD. Relating cause of death with place of care and healthcare costs in the last year of life for patients who died from cancer, chronic obstructive pulmonary disease, heart failure and dementia: a descriptive study using registry data. *Palliat Med.* 2017;31(4):338-45.
7. Mitchell SL. Clinical practice. Advanced dementia. *N Engl J Med.* 2015;372(26):2533-40.

8. Rotar Pavlič D, Aarendonk D, Wens J, Rodrigues Simões JA, Lynch M, Murray S. Palliative care in primary care: European Forum for Primary Care position paper. *Prim Health Care Res Dev*. 2019;20(E133):1-10. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1017/s1463423619000641>
9. Chiang JK, Kao YH. Quality of end-of-life care of home-based care with or without palliative services for patients with advanced illnesses. *Medicine (Baltimore)*. 2021;100(18):e25841.
10. Miranda R, Bunn F, Lynch J, Van den Block L, Goodman C. Palliative care for people with dementia living at home: a systematic review of interventions. *Palliat Med*. 2019;33(7):726-42.
11. Bartley MM, Suarez L, Shafi RMA, Baruth JM, Benarroch AJM, Lapid MI. Dementia care at end of life: Current approaches. *Curr Psychiatry Rep*. 2018;20(7):1-10. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s11920-018-0915-x>.
12. Lee EE, Chang B, Huege S, Hirst J. Complex Clinical Intersection: Palliative Care in Patients with Dementia. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2018;26(2):224-34.
13. Sudat SE, Franco A, Pressman AR, Rosenfeld K, Gornet E, Stewart W. Impact of home-based, patient-centered support for people with advanced illness in an open health system: a retrospective claims analysis of health expenditures, utilization, and quality of care at end of life. *Palliat Med*. 2018;32(2):485-92. Disponible en: <http://doi.org/10.1177/0269216317711824>.
14. Morioka N, Tomio J, Seto T, Yumoto Y, Ogata Y, Kobayashi Y. Association between local-level resources for home care and home deaths: a nationwide spatial analysis in Japan. *PLoS One*. 2018;13(8):e0201649.
15. Seow H, Brazil K, Sussman J, Pereira J, Marshall D, Austin PC, et al. Impact of community based, specialist palliative care teams on hospitalisations and emergency department visits late in life and hospital deaths: a pooled analysis. *BMJ*. 2014;348:1-10.
16. Taylor R, Ellis J, Gao W, Searle L, Heaps K, Davies R, et al. A scoping review of initiatives to reduce inappropriate or non-beneficial hospital admissions and bed days in people nearing the end of their life: much innovation, but limited supporting evidence. *BMC Palliat Care*. 2020;19(24):1-10.
17. Hofmeister M, Memedovich A, Dowsett LE, Sevik L, McCarron T, Spackman E, et al. Palliative care in the home: a scoping review of study quality, primary outcomes, and thematic component analysis. *BMC Palliat Care*. 2018;17(1):1-10. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12904-018-0299-z>.
18. 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):e025180.
19. Rosted E, Aabom B, Hølge-Hazelton B, Raunkjær M. Comparing two models of outpatient specialised palliative care. *BMC Palliat Care*. 2021;20(1):1-10.
20. Health Quality Ontario. Team-Based Models for End-of-Life Care: An Evidence-Based Analysis. *Ont Health Technol Assess Ser*. 2014;14(20):1-49.
21. Abe K, Miyawaki A, Kobayashi Y, Watanabe T, Tamiya N. Place of death associated with types of long-term care services near the end-of-life for home-dwelling older people in Japan: a pooled cross-sectional study. *BMC Palliat Care*. 2020;19(1):1-10. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12904-020-00622-0>.
22. Harding R, Karus D, Easterbrook P, Raveis VH, Higginson IJ, Marconi K. Does palliative care improve outcomes for patients with HIV/AIDS?: a systematic review of the evidence. *Sex Transm Infect*. 2005;81(1):5-14.
23. Quinn KL, Shurrab M, Gitau K. Association of Receipt of Palliative Care Interventions With Health Care Use, Quality of Life, and Symptom Burden Among Adults With Chronic Noncancer Illness: a Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA*. 2020;324(14):1439-50.
24. Isenberg SR, Lu C, McQuade J, Razzak R, Weir BW, Gill N, et al. Economic evaluation of a hospital-based palliative care program. *J Oncol Pract*. 2017;13(5):408-20.
25. Pham B, Krahm M. End-of-life care interventions: an economic analysis. *Ont Health Technol Assess Ser*. 2014;14(18):1-70.
26. Picado-Ovares JE, Hernández-Zamora P, Escobar-Salas A. Atención Comunitaria Geriátrica. In: *Tratado de geriatría y gerontología*. 2 ed. San José: EDNASS; 2016. p. 187-207.
27. Picado Ovares JE, Parra Parra FJ, Ruiz Rivera J. Comparación del modelo paliativo y el modelo geriátrico en la calidad de muerte en una población con demencia avanzada en un programa de visita domiciliar. *Rev Med Sinerg*. 2021;6(3):1-10.
28. Picado Ovares JE, Sandí Jirón A. Perfil del paciente con demencia del programa de atención domiciliar geriatrica del Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología Doctor Raúl Blanco Cervantes – San José, Costa Rica. *Rev Med Sinerg*. 2020;5(11):1-10.

29. Shepperd S, Gonçalves-Bradley DC, Straus SE, Wee B. Hospital at home: home-based end-of-life care. *Cochrane Libr.* 2021;3:1-10. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.cd009231.pub3> .
30. Ko MCM, Huang SJ, Chen CC, Chang YP, Lien HY, Lin JY, et al. Factors predicting a home death among home palliative care recipients. *Medicine.* 2017;96(41):e8210.
31. Barsom EZ, Jansen M, Tanis PJ, van de Ven AWH, Blussé van Oud-Alblas M, Buskens CJ, et al. Video consultation during follow up care: effect on quality of care and patient- and provider attitude in patients with colorectal cancer. *Surg Endosc.* 2021;35(3):1278-87.
32. Bradford N, Armfield NR, Young J, Smith AC. The case for home based telehealth in pediatric palliative care: a systematic review. *BMC Palliat Care.* 2013;12(1):1-10. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/1472-684x-12-4> .
33. Gomes B, Higginson IJ, Calanzani N, Cohen J, Deliens L, Daveson BA, et al. Preferences for place of death if faced with advanced cancer: a population survey in England, Flanders, Germany, Italy, the Netherlands, Portugal and Spain. *Ann Oncol.* 2012;23(8):2006-15.